

UNIVERSITÉ DE STRASBOURG
FACULTÉ DE MÉDECINE DE STRASBOURG

ANNEE : 2020

N° : 154

THESE
PRESENTEE POUR LE DIPLOME DE
DOCTEUR EN MEDECINE

Diplôme d'État

Mention D.E.S. de Psychiatrie

PAR

Cyril CAZALS

Né le 20/02/1991 à Strasbourg

**Les stratégies de déstigmatisation concernant les troubles
psychiques.**

Exemple de la formation READ auprès des étudiants en médecine.

Président de thèse : VIDAILHET Pierre, Professeur

Directeur de thèse : MENGIN Amaury, Docteur

1
FACULTÉ DE MÉDECINE
(U.F.R. des Sciences Médicales)

Edition JUIN 2020
Année universitaire 2019-2020



- **Président de l'Université** M. DENEKEN Michel
- **Doyen de la Faculté** M. SIBILIA Jean
- **Assesseur du Doyen (13.01.10 et 08.02.11)** M. GOICHOT Bernard
- **Doyens honoraires : (1976-1983)** M. DORNER Marc
- **(1983-1989)** M. MANTZ Jean-Marie
- **(1989-1994)** M. VINCENDON Guy
- **(1994-2001)** M. GERLINGER Pierre
- **(3.10.01-7.02.11)** M. LUDES Bertrand
- **Chargé de mission auprès du Doyen** M. VICENTE Gilbert
- **Responsable Administratif** M. BITSCH Samuel

**HOPITAUX UNIVERSITAIRES
DE STRASBOURG (HUS)**

Directeur général :
M. GAUTIER Christophe



A1 - PROFESSEUR TITULAIRE DU COLLEGE DE FRANCE

MANDEL Jean-Louis Chaire "Génétique humaine" (à compter du 01.11.2003)

A2 - MEMBRE SENIOR A L'INSTITUT UNIVERSITAIRE DE FRANCE (I.U.F.)

BAHRAM Séiamak Immunologie biologique (01.10.2013 au 31.09.2018)
DOLLFUS Hélène Génétique clinique (01.10.2014 au 31.09.2019)

A3 - PROFESSEUR(E)S DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS (PU-PH)

PO214

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
ADAM Philippe P0001	NRP6 NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de chirurgie orthopédique et de Traumatologie / HP	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
AKLADIOS Cherif P0191	NRP6 CS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique/ HP	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : Gynécologie-Obstétrique
ANDRES Emmanuel P0002	NRP6 CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine Interne, Diabète et Maladies métaboliques / HC	53.01 Option : médecine Interne
ANHEIM Mathieu P0003	NRP6 NCS	• Pôle Tête et Cou-CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
ARNAUD Laurent P0186	NRP6 NCS	• Pôle MIRNED - Service de Rhumatologie / Hôpital de Hautepierre	50.01 Rhumatologie
BACHELLIER Philippe P0004	RP6 CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Serv. de chirurgie générale, hépatique et endocrinienne et Transplantation / HP	53.02 Chirurgie générale
BAHRAM Seiamak P0005	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil Institut d'Hématologie et d'Immunologie / Hôpital Civil / Faculté	47.03 Immunologie (option biologique)
BALDAUF Jean-Jacques P0006	NRP6 NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / Hôpital de Hautepierre	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : Gynécologie-Obstétrique
BAUMERT Thomas P0007	NRP6 CU	• Pôle Hépatodigestif de l'Hôpital Civil - Unité d'Hépatologie - Service d'Hépatogastro-Entérologie / NHC	52.01 Gastro-entérologie ; hépatologie Option : hépatologie
Mme BEAU-FALLER Michèle M0007 / PO170	NRP6 NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire (option biologique)
BEAUJEU Rémy P0008	NRP6 Resp	• Pôle d'Imagerie - CME / Activités transversales • Unité de Neuroradiologie interventionnelle / Hôpital de Hautepierre	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
BECMEUR François P0009	RP6 NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital Hautepierre	54.02 Chirurgie infantile
BERNA Fabrice P0192	NRP6 CS	• Pôle de Psychiatrie, Santé mentale et Addictologie - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes ; Addictologie Option : Psychiatrie d'Adultes
BERTSCHY Gilles P0013	NRP6 CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie II / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
BIERRY Guillaume P0178	NRP6 NCS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie II - Neuroradiologie-imagerie ostéoarticulaire-Pédiatrie / Hôpital Hautepierre	43.02 Radiologie et Imagerie médicale (option clinique)
BILBAULT Pascal P0014	NRP6 CS	• Pôle d'Urgences / Réanimations médicales / CAP - Service des Urgences médico-chirurgicales Adultes / Hôpital de Hautepierre	48.02 Réanimation ; Médecine d'urgence Option : médecine d'urgence
BLANC Frédéric P0213	NRP6 NCS	- Pôle de Gériatrie - Service de Médecine Interne - Gériatrie - Hôpital de la Robertsau	53.01 Médecine interne ; addictologie Option : gériatrie et biologie du vieillissement
BODIN Frédéric P0187	NRP6 NCS	• Pôle de Chirurgie Maxillo-faciale, morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie maxillo-faciale et réparatrice / Hôpital Civil	50.04 Chirurgie Plastique, Reconstructrice et Esthétique ; Brûlologie
Mme BOEHM-BURGER Nelly P0016	NCS	• Institut d'Histologie / Faculté de Médecine	42.02 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
BONNOMET François P0017	NRP6 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie orthopédique et de Traumatologie / HP	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
BOURCIER Tristan P0018	NRP6 NCS	• Pôle de Spécialités médicales-Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
BOURGIN Patrice P0020	NRP6 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital Civil	49.01 Neurologie
Mme BRIGAND Cécile P0022	NRP6 NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
BRUANT-RODIER Catherine P0023	NRPô CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie Maxillo-faciale et réparatrice / HP	50.04 Option : chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique
Mme CAILLARD-OHLMANN Sophie P0171	NRPô NCS	• Pôle de Spécialités médicales-Ophthalmologie / SMO - Service de Néphrologie-Transplantation / NHC	52.03 Néphrologie
CASTELAIN Vincent P0027	NRPô NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital Hautepierre	48.02 Réanimation
CHAKFE Nabil P0029	NRPô CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Vasculaire et de transplantation rénale / NHC	51.04 Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire / Option : chirurgie vasculaire
CHARLES Yann-Philippe M0013 / P0172	NRPô NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie du rachis / Chirurgie B / HC	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme CHARLOUX Anne P0028	NRPô NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
Mme CHARPIOT Anne P0030	NRPô NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
CHELLY Jameleddine P0173	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / NHC	47.04 Génétique (option biologique)
Mme CHENARD-NEU Marie-Pierre P0041	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.03 Anatomie et cytologie pathologiques (option biologique)
CLAVERT Philippe P0044	NRPô CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Centre de Chirurgie du Membre supérieur / HP	42.01 Anatomie (option clinique, orthopédie traumatologique)
COLLANGE Olivier P0193	NRPô NCS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation Chirurgicale / NHC	48.01 Anesthésiologie-Réanimation ; Médecine d'urgence (option Anesthésiologie-Réanimation - Type clinique)
CRIBIER Bernard P0045	NRPô CS	• Pôle d'Urologie, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-Vénérologie
DANION Jean-Marie P0046	NRPô NCS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie 1 / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
de BLAY de GAIX Frédéric P0048	RPô CS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie
de SEZE Jérôme P0057	NRPô NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
DEBRY Christian P0049	NRPô CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
DERUELLE Philippe P0199	NRPô NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / Hôpital de Hautepierre	54.03 Gynécologie-Obstétrique; gynécologie médicale: option gynécologie-obstétrique
DIEMUNSCH Pierre P0051	RPô CS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésie-Réanimation Chirurgicale / Hôpital de Hautepierre	48.01 Anesthésiologie-réanimation (option clinique)
Mme DOLLFUS-WALTMANN Hélène P0054	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Service de Génétique Médicale / Hôpital de Hautepierre	47.04 Génétique (type clinique)
EHLINGER Matfhieu P0188	NRPô NCS	• Pôle de l'Appareil Locomoteur - Service de Chirurgie Orthopédique et de Traumatologie/Hôpital de Hautepierre	50.02 Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
Mme ENTZ-WERLE Natacha P0059	NRPô NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie III / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
Mme FACCA Sybille P0179	NRPô NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de la Main et des Nerfs périphériques / HP	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme FAFI-KREMER Samira P0060	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire (Institut) de Virologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Bactériologie-Virologie ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie- Virologie biologique
FALCOZ Pierre-Emmanuel P0052	NRPô NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Chirurgie Thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
FORNECKER Luc-Matthieu P0208	NRPô NCS	• Pôle d'Oncolo-Hématologie - Service d'hématologie et d'Oncologie / Hôp. Hautepierre	47.01 Hématologie ; Transfusion Option : Hématologie
GALLIX Benoit P0214	NCS	• IHU - Institut Hospitalo-Universitaire - Hôpital Civil	43.02 Radiologie et imagerie médicale
GANGI Afshin P0062	RPô CS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A interventionnelle / Nouvel Hôpital Civil	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
GAUCHER David P0063	NRPô NCS	• Pôle des Spécialités Médicales - Ophthalmologie / SMO - Service d'Ophthalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophthalmologie
GENY Bernard P0064	NRPô CS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
GEORG Yannick P0200	NRPô NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Vasculaire et de transplantation rénale / NHC	51.04 Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire / Option : chirurgie vasculaire
GICQUEL Philippe P0065	NRPô CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital Hautepierre	54.02 Chirurgie infantile
GOICHOT Bernard P0066	RPô CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine interne et de nutrition / HP	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
Mme GONZALEZ Maria P0067	NRPô CS	• Pôle de Santé publique et santé au travail - Service de Pathologie Professionnelle et Médecine du Travail / HC	46.02 Médecine et santé au travail Travail

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
GOTTENBERG Jacques-Eric P0068	NRPô CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital Hautepierre	50.01 Rhumatologie
HANNEDOUCHE Thierry P0071	NRPô CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie - Dialyse / Nouvel Hôpital Civil	52.03 Néphrologie
HANSMANN Yves P0072	NRPô CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service des Maladies infectieuses et tropicales / Nouvel Hôpital Civil	45.03 Option : Maladies infectieuses
Mme HELMS Julie M0114 / P0209	NRPô NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation Médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02 Médecine Intensive-Réanimation
HERBRECHT Raoul P0074	RPô NCS	• Pôle d'Oncolo-Hématologie - Service d'hématologie et d'Oncologie / Hôp. Hautepierre	47.01 Hématologie ; Transfusion
HIRSCH Edouard P0075	NRPô NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
IMPERIALE Alessio P0194	NRPô NCS	• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire/Hôpital de Hautepierre	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
ISNER-HOROBETI Marie-Eve P0189		• Pôle de Médecine Physique et de Réadaptation - Institut Universitaire de Réadaptation / Clémenceau	49.05 Médecine Physique et Réadaptation
JAULHAC Benoît P0078	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté de Méd.	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique)
Mme JEANDIDIER Nathalie P0079	NRPô CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service d'Endocrinologie, diabète et nutrition / HC	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
Mme JESEL-MOREL Laurence P0201	NRPô NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
KALTENBACH Georges P0081	RPô CS	• Pôle de Gériatrie - Service de Médecine Interne - Gériatrie / Hôpital de la Robertsau	53.01 Option : gériatrie et biologie du vieillissement
KEMPF Jean-François P0083	RPô CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Centre de Chirurgie Orthopédique et de la Main-CCOM / Illkirch	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme KESSLER Laurence P0084	NRPô NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service d'Endocrinologie, Diabète, Nutrition et Addictologie / Méd. B / HC	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
KESSLER Romain P0085	NRPô NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie
KINDO Michel P0195	NRPô NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
KOPFERSCHMITT Jacques P0086	NRPô NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service d'Urgences médico-chirurgicales adultes/Nouvel Hôpital Civil	48.04 Thérapeutique (option clinique)
Mme KORGANOW Anne-Sophie P0087	NRPô CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
KREMER Stéphane M0038 / P0174	NRPô CS	• Pôle d'Imagerie - Service Imagerie 2 - Neuroradio Ostéoarticulaire - Pédiatrie / HP	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
KUHN Pierre P0175	NRPô NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Néonatalogie et Réanimation néonatale (Pédiatrie II) / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
KURTZ Jean-Emmanuel P0089	NRPô CS	• Pôle d'Onco-Hématologie - Service d'hématologie et d'Oncologie / Hôpital Hautepierre	47.02 Option : Cancérologie (clinique)
Mme LALANNE-TONGIO Laurence P0202	NRPô NCS	• Pôle de Psychiatrie, Santé mentale et Addictologie - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes ; Addictologie (Option : Addictologie)
LANG Hervé P0090	NRPô NCS	• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Urologique / Nouvel Hôpital Civil	52.04 Urologie
LAUGEL Vincent P0092	NRPô CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie 1 / Hôpital Hautepierre	54.01 Pédiatrie
LE MINOR Jean-Marie P0190	NRPô NCS	• Pôle d'Imagerie - Institut d'Anatomie Normale / Faculté de Médecine - Service de Neuroradiologie, d'imagerie Ostéoarticulaire et interventionnelle/ Hôpital de Hautepierre	42.01 Anatomie
LIPSKER Dan P0093	NRPô NCS	• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-vénéréologie
LIVERNEAUX Philippe P0094	NRPô CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie orthopédique et de la main / HP	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
MALOUF Gabriel P0203	NRPô NCS	• Pôle d'Onco-hématologie - Service d'Hématologie et d'Oncologie / Hôpital de Hautepierre	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option : Cancérologie
MARK Manuel P0098	NRPô NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Cytogénétique, Cytologie et Histologie quantitative / Hôpital de Hautepierre	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
MARTIN Thierry P0099	NRPô NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
Mme MASCAUX Céline P0210	NRPô CS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie ; Addictologie

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
Mme MATHELIN Carole P0101	NRPô NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Unité de Sénologie - Hôpital Civil	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; Gynécologie Médicale
MAUVIEUX Laurent P0102	NRPô CS	• Pôle d'Onco-Hématologie - Laboratoire d'Hématologie Biologique - Hôpital de Haute-pierre • Institut d'Hématologie / Faculté de Médecine	47.01 Hématologie ; Transfusion Option Hématologie Biologique
MAZZUCOTELLI Jean-Philippe P0103	RPô CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
MERTES Paul-Michel P0104	NRPô CS	• Pôle d'Anesthésiologie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation chirurgicale / Nouvel Hôpital Civil	48.01 Option : Anesthésiologie-Réanimation (type mixte)
MEYER Nicolas P0105	NRPô NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Laboratoire de Biostatistiques / Hôpital Civil • Biostatistiques et Informatique / Faculté de médecine / Hôpital Civil	46.04 Biostatistiques, Informatique Médicale et Technologies de Communication (option biologique)
MEZIANI Ferhat P0106	NRPô NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation Médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02 Réanimation
MONASSIER Laurent P0107	NRPô CS	• Pôle de Pharmacie-pharmacologie • Unité de Pharmacologie clinique / Nouvel Hôpital Civil	48.03 Option : Pharmacologie fondamentale
MOREL Olivier P0108	NRPô NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
MOULIN Bruno P0109	NRPô CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie - Transplantation / Nouvel Hôpital Civil	52.03 Néphrologie
MUTTER Didier P0111	RPô CS	• Pôle Hépato-digestif de l'Hôpital Civil - Service de Chirurgie Digestive / NHC	52.02 Chirurgie digestive
NAMER Izzie Jacques P0112	NRPô CS	• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire / Haute-pierre / NHC	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
NOEL Georges P0114	NCS	• Centre Régional de Lutte Contre le Cancer Paul Strauss (par convention) - Département de radiothérapie	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option Radiothérapie biologique
OHANA Mickael P0211	NRPô CS	• Pôle d'Imagerie - Serv. d'Imagerie B - Imagerie viscérale et cardio-vasculaire / NHC	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
OHLMANN Patrick P0115	NRPô CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
Mme OLLAND Anne P0204	NRPô NCS	• Pôle de Pathologie Thoracique - Service de Chirurgie thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme PAILLARD Catherine P0180	NRPô CS	• Pôle médico-chirurgicale de Pédiatrie - Service de Pédiatrie III / Hôpital de Haute-pierre	54.01 Pédiatrie
PELACCIA Thierry P0205	NRPô NCS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimation chirurgicales / SAMU-SMUR - Service SAMU/SMUR / HP	48.05 Réanimation ; Médecine d'urgence Option : Médecine d'urgences
Mme PERRETTA Silvana P0117	NRPô NCS	• Pôle Hépato-digestif de l'Hôpital Civil - Service d'Urgence, de Chirurgie Générale et Endocrinienne / NHC	52.02 Chirurgie digestive
PESSAUX Patrick P0118	NRPô NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Urgence, de Chirurgie Générale et Endocrinienne / NHC	53.02 Chirurgie Générale
PETIT Thierry P0119	CDp	• Centre Régional de Lutte Contre le Cancer - Paul Strauss (par convention) - Département de médecine oncologique	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option : Cancérologie Clinique
PIVOT Xavier P0206	NRPô NCS	• Centre Régional de Lutte Contre le Cancer - Paul Strauss (par convention) - Département de médecine oncologique	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option : Cancérologie Clinique
POTTECHER Julien P0181	NRPô NCS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésie et de Réanimation Chirurgicale / Hôpital de Haute-pierre	48.01 Anesthésiologie-réanimation ; Médecine d'urgence (option clinique)
PRADIGNAC Alain P0123	NRPô NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine interne et nutrition / HP	44.04 Nutrition
PROUST François P0182	NRPô CS	• Pôle Tête et Cou - Service de Neurochirurgie / Hôpital de Haute-pierre	49.02 Neurochirurgie
Pr RAUL Jean-Sébastien P0125	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Service de Médecine Légale, Consultation d'Urgences médico-judiciaires et Laboratoire de Toxicologie / Faculté et NHC • Institut de Médecine Légale / Faculté de Médecine	46.03 Médecine Légale et droit de la santé
REIMUND Jean-Marie P0126	NRPô NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépto-Gastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive / HP	52.01 Option : Gastro-entérologie
Pr RICCI Roméo P0127	NRPô NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
RÖHR Serge P0128	NRPô CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
Mme ROSSIGNOL -BERNARD Sylvie P0196	NRPô CS	• Pôle médico-chirurgicale de Pédiatrie - Service de Pédiatrie I / Hôpital de Haute-pierre	54.01 Pédiatrie
ROUL Gérard P0129	NRPô NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
Mme ROY Catherine P0140	NRPô CS	• Pôle d'Imagerie - Serv. d'Imagerie B - Imagerie viscérale et cardio-vasculaire / NHC	43.02 Radiologie et imagerie médicale (opt clinique)
SANANES Nicolas P0212	NRPô CS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique/ HP	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : Gynécologie-Obstétrique

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
SAUDER Philippe P0142	NRPô CS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02 Réanimation
SAUER Arnaud P0183	NRPô NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
SAULEAU Erik-André P0184	NRPô NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Laboratoire de Biostatistiques / Hôpital Civil • Biostatistiques et Informatique / Faculté de médecine / HC	46.04 Biostatistiques, Informatique médicale et Technologies de Communication (option biologique)
SAUSSINE Christian P0143	RPô CS	• Pôle d'Urologie, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Urologique / Nouvel Hôpital Civil	52.04 Urologie
Mme SCHATZ Claude P0147	RPô CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
SCHNEIDER Francis P0144	RPô CS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital de Hautepierre	48.02 Réanimation
Mme SCHRÖDER Carmen P0185	NRPô CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychothérapie pour Enfants et Adolescents / Hôpital Civil	49.04 Pédopsychiatrie ; Addictologie
SCHULTZ Philippe P0145	NRPô NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
SERFATY Lawrence P0197	NRPô NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépto-Gastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive / HP	52.01 Gastro-entérologie ; Hépatologie ; Addictologie Option : Hépatologie
SIBILIA Jean P0146	NRPô NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital Hautepierre	50.01 Rhumatologie
STEIB Jean-Paul P0149	NRPô CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie du rachis / Hôpital de Hautepierre	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
STEPHAN Dominique P0150	NRPô CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service des Maladies vasculaires - HTA - Pharmacologie clinique / Nouvel Hôpital Civil	51.04 Option : Médecine vasculaire
THAVEAU Fabien P0152	NRPô NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie vasculaire et de transplantation rénale / NHC	51.04 Option : Chirurgie vasculaire
Mme TRANCHANT Christine P0153	NRPô CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
VEILLON Francis P0155	NRPô CS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie 1 - Imagerie viscérale, ORL et mammaire / Hôpital Hautepierre	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
VELTEN Michel P0156	NRPô NCS CS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Département de Santé Publique / Secteur 3 - Epidémiologie et Economie de la Santé / Hôpital Civil • Laboratoire d'Epidémiologie et de santé publique / HC / Fac de Médecine • Centre de Lutte contre le Cancer Paul Strauss - Serv. Epidémiologie et de biostatistiques	46.01 Epidémiologie, économie de la santé et prévention (option biologique)
VETTER Denis P0157	NRPô NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine Interne, Diabète et Maladies métaboliques/HC	52.01 Option : Gastro-entérologie
VIDAILHET Pierre P0158	NRPô NCS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
VIVILLE Stéphane P0159	NRPô NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Pathologies tropicales / Fac. de Médecine	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
VOGEL Thomas P0160	NRPô CS	• Pôle de Gériatrie - Service de soins de suite et réadaptations gériatriques / Hôpital de la Robertsau	51.01 Option : Gériatrie et biologie du vieillissement
WEBER Jean-Christophe Pierre P0162	NRPô CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne / Nouvel Hôpital Civil	53.01 Option : Médecine Interne
WOLF Philippe P0207	NRPô NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie Générale et de Transplantations multiorganes / HP - Coordonnateur des activités de prélèvements et transplantations des HU	53.02 Chirurgie générale
Mme WOLFF Valérie P0001	NRPô NCS	• Pôle Tête et Cou - Service de Neurochirurgie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie

HC : Hôpital Civil - HP : Hôpital de Hautepierre - NHC : Nouvel Hôpital Civil

* : CS (Chef de service) ou NCS (Non Chef de service hospitalier) CspI : Chef de service par intérim CSp : Chef de service provisoire (un an)

CU : Chef d'unité fonctionnelle

Pô : Pôle

RPô (Responsable de Pôle) ou NRPô (Non Responsable de Pôle)

Cons. : Consultanat hospitalier (poursuite des fonctions hospitalières sans chefferie de service) Dir : Directeur

(1) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2018

(3)

(5) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2019

(6) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2017

(7) Consultant hospitalier (pour un an) éventuellement renouvelable --> 31.08.2017

(8) Consultant hospitalier (pour une 2ème année) --> 31.08.2017

(9) Consultant hospitalier (pour une 3ème année) --> 31.08.2017

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
----------------	-----	--	--

A4 - PROFESSEUR ASSOCIE DES UNIVERSITES

HABERSETZER François	CS	Pôle Hépato-digestif 4190 Service de Gastro-Entérologie - NHC	52.01 Gastro-Entérologie
CALVEL Laurent	NRP6 CS	Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO Service de Soins palliatifs / NHC	46.05 Médecine palliative
SALVAT Eric		Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur	

MO128	B1 - MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (MCU-PH)		
--------------	---	--	--

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
AGIN Arnaud M0001		• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire/Hôpital de Haute-pierre	43.01 Biophysique et Médecine nucléaire
Mme ANTAL Maria Cristina M0003		• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Haute-pierre • Faculté de Médecine / Institut d'Histologie	42.02 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
Mme ANTONI Delphine M0109		• Centre de lutte contre le cancer Paul Strauss	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie
ARGEMI Xavier M0412 (En disponibilité)		• Pôle de Spécialités médicales – Ophtalmologie / SMO - Service des Maladies infectieuses et tropicales / Nouvel Hôpital Civil	45.03 Maladies infectieuses ; Maladies tropicales Option : Maladies infectieuses
Mme AYME-DIETRICH Estelle M0117		• Pôle de Pharmacologie - Unité de Pharmacologie clinique / Faculté de Médecine	48.03 Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie Option : pharmacologie fondamentale
Mme BARNIG Cindy M0110		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations Fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie
Mme BIANCALANA Valérie M0008		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic Génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
BLONDET Cyrille M0091		• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire/Hôpital de Haute-pierre	43.01 Biophysique et médecine nucléaire (option clinique)
BONNEMAINS Laurent M0099		• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	54.01 Pédiatrie
BOUSIGES Olivier M0092		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
CARAPITO Raphaël M0113		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie
CAZZATO Roberto M0118		• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A interventionnelle / NHC	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
Mme CEBULA Héléne M0124		• Pôle Tête-Cou - Service de Neurochirurgie / HP	49.02 Neurochirurgie
CERALINE Jocelyn M0012		• Pôle d'Oncologie et d'Hématologie - Service d'Oncologie et d'Hématologie / HP	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie (option biologique)
CHOQUET Philippe M0014		• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire / HP	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
COLLONGUES Nicolas M0016		• Pôle Tête et Cou-CETD - Centre d'Investigation Clinique / NHC et HP	49.01 Neurologie
DALI-YOUCHEF Ahmed Nassim M0017		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et Biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Mme de MARTINO Sylvie M0018		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Bactériologie / PTM HUS et Faculté de Médecine	45.01 Bactériologie-virologie Option bactériologie-virologie biologique
Mme DEPIENNE Christel M0400 (En disponibilité)	CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Cytogénétique / HP	47.04 Génétique
DEVYS Didier M0019		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
DOLLÉ Pascal M0021		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Mme ENACHE Irina M0024		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie
Mme FARRUGIA-JACAMON Audrey M0034		• Pôle de Biologie - Service de Médecine Légale, Consultation d'Urgences médico-judiciaires et Laboratoire de Toxicologie / Faculté et HC • Institut de Médecine Légale / Faculté de Médecine	46.03 Médecine Légale et droit de la santé
FILISSETTI Denis M0025		• Pôle de Biologie - Labo. de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS et Faculté	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
FOUCHER Jack M0027		• Institut de Physiologie / Faculté de Médecine • Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	44.02 Physiologie (option clinique)
GUERIN Eric M0032		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire (option biologique)
GUFFROY Aurélien M0125		• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine interne et d'Immunologie clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
Mme HARSAN-RASTEI Laura M0119		• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire / Hôpital de Haute-pierre	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
Mme HEIMBURGER Céline M0120		• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire/Hôpital de Haute-pierre	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
HUBELE Fabrice M0033		• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire / HP et NHC	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
JEGU Jérémie M0101		• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Service de Santé Publique / Hôpital Civil	46.01 Epidémiologie, Economie de la santé et Prévention (option biologique)

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
JEHL François M0035		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique)
KASTNER Philippe M0089		• Pôle de Biologie - Laboratoire de diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
Mme KEMMEL Véronique M0036		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
KOCH Guillaume M0126		- Institut d'Anatomie Normale / Faculté de Médecine	42.01 Anatomie (Option clinique)
Mme LAMOUR Valérie M0040		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Mme LANNES Béatrice M0041		• Institut d'Histologie / Faculté de Médecine • Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.02 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
LAVAUX Thomas M0042		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire
LAVIGNE Thierry M0043	CS	• Pôle de Santé Publique et Santé au travail - Service d'Hygiène hospitalière et de médecine préventive / PTM et HUS - Equipe opérationnelle d'Hygiène	46.01 Epidémiologie, économie de la santé et prévention (option biologique)
Mme LEJAY Anne M0102		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (Biologique)
LENORMAND Cédric M0103		• Pôle de Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-Vénérologie
Mme LETSCHER-BRU Valérie M0045		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS - Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
LHERMITTE Benoît M0115		• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.03 Anatomie et cytologie pathologiques
Mme LONSDORFER-WOLF Evelyne M0090		• Institut de Physiologie Appliquée - Faculté de Médecine • Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie
LUTZ Jean-Christophe M0046		• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Serv. de Chirurgie Maxillo-faciale, plastique reconstructrice et esthétique/HC	55.03 Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
MEYER Alain M0093		• Institut de Physiologie / Faculté de Médecine • Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
MIGUET Laurent M0047		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie biologique / Hôpital de Hautepierre et NHC	44.03 Biologie cellulaire (type mixte : biologique)
Mme MOUTOU Céline ép. GUNTNER M0049	CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic préimplantatoire / CMCO Schiltigheim	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
MULLER Jean M0050		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
Mme NICOLAE Alina M0127		• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.03 Anatomie et Cytologie Pathologiques (Option Clinique)
NOLL Eric M0111		• Pôle d'Anesthésie Réanimation Chirurgicale SAMU-SMUR - Service Anesthésiologie et de Réanimation Chirurgicale - Hôpital Hautepierre	48.01 Anesthésiologie-Réanimation ; Médecine d'urgence
Mme NOURRY Nathalie M0011		• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Service de Pathologie professionnelle et de Médecine du travail - HC	46.02 Médecine et Santé au Travail (option clinique)
PENCREAC'H Erwan M0052		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / Nouvel Hôpital Civil	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
PFAFF Alexander M0053		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS	45.02 Parasitologie et mycologie
Mme PITON Amélie M0094		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / NHC	47.04 Génétique (option biologique)
PREVOST Gilles M0057		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique)
Mme RADOSAVLJEVIC Mirjana M0058		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie (option biologique)
Mme REIX Nathalie M0095		• Pôle de Biologie - Labo. d'Explorations fonctionnelles par les isotopes / NHC - Institut de Physique biologique / Faculté de Médecine	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
ROGUE Patrick (cf. A2) M0060		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire (option biologique)
Mme ROLLAND Delphine M0121		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie biologique / Hautepierre	47.01 Hématologie ; transfusion (type mixte : Hématologie)
ROMAIN Benoît M0061		• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités	
Mme RUPPERT Elisabeth M0106	• Pôle Tête et Cou - Service de Neurologie - Unité de Pathologie du Sommeil / Hôpital Civil		49.01	Neurologie
Mme SABOU Alina M0096	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS • Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine		45.02	Parasitologie et mycologie (option biologique)
Mme SCHEIDECKER Sophie M0122	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil		47.04	Génétique
Mme SCHNEIDER Anne M0107	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie pédiatrique / Hôpital de Hautepierre		54.02	Chirurgie Infantile
SCHRAMM Frédéric M0068	• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté		45.01	Option : Bactériologie -virologie (biologique)
Mme SOLIS Morgane M0123	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Virologie / Hôpital de Hautepierre		45.01	Bactériologie-Virologie ; hygiène hospitalière Option : Bactériologie-Virologie
Mme SORDET Christelle M0069	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital de Hautepierre		50.01	Rhumatologie
TALHA Samy M0070	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et explorations fonctionnelles / NHC		44.02	Physiologie (option clinique)
Mme TALON Isabelle M0039	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Infantile / Hôpital Hautepierre		54.02	Chirurgie infantile
TELETIN Marius M0071	• Pôle de Biologie - Service de Biologie de la Reproduction / CMCO Schiltigheim		54.05	Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
Mme URING-LAMBERT Béatrice M0073	• Institut d'Immunologie / HC • Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil		47.03	Immunologie (option biologique)
VALLAT Laurent M0074	• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie Biologique - Hôpital de Hautepierre		47.01	Hématologie ; Transfusion Option Hématologie Biologique
Mme VELAY-RUSCH Aurélie M0128	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Virologie / Hôpital Civil		45.01	Bactériologie-Virologie ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie- Virologie biologique
Mme VILLARD Odile M0076	• Pôle de Biologie - Labo. de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS et Fac		45.02	Parasitologie et mycologie (option biologique)
Mme WOLF Michèle M0010	• Chargé de mission - Administration générale - Direction de la Qualité / Hôpital Civil		48.03	Option : Pharmacologie fondamentale
Mme ZALOSZYC Ariane ép. MARCANTONI M0116	• Pôle Médico-Chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie I / Hôpital de Hautepierre		54.01	Pédiatrie
ZOLL Joffrey M0077	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / HC		44.02	Physiologie (option clinique)

B2 - PROFESSEURS DES UNIVERSITES (monoappartenant)

Pr BONAHE Christian	P0166	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72.	Epistémologie - Histoire des sciences et des techniques
Mme la Pre RASMUSSEN Anne	P0186	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72.	Epistémologie - Histoire des Sciences et des techniques

B3 - MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES (monoappartenant)

Mr KESSEL Nils		Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72.	Epistémologie - Histoire des Sciences et des techniques
Mr LANDRE Lionel		ICUBE-UMR 7357 - Equipe IMIS / Faculté de Médecine	69.	Neurosciences
Mme THOMAS Marion		Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72.	Epistémologie - Histoire des Sciences et des techniques
Mme SCARFONE Marianna	M0082	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72.	Epistémologie - Histoire des Sciences et des techniques

B4 - MAITRE DE CONFERENCE DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

Mme CHAMBE Juliette	M0108	Département de Médecine générale / Faculté de Médecine	53.03	Médecine générale (01.09.15)
---------------------	-------	--	-------	------------------------------

C - ENSEIGNANTS ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE
C1 - PROFESSEURS ASSOCIES DES UNIVERSITES DE M. G. (mi-temps)

Pr Ass. GRIES Jean-Luc	M0084	Médecine générale (01.09.2017)
Pr GUILLOU Philippe	M0089	Médecine générale (01.11.2013 au 31.08.2016)
Pr HILD Philippe	M0090	Médecine générale (01.11.2013 au 31.08.2016)

C2 - MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE - TITULAIRE

Dre CHAMBE Juliette	M0108	53.03 Médecine générale (01.09.2015)
Dr LORENZO Mathieu		

C3 - MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DES UNIVERSITES DE M. G. (mi-temps)

Dre BERTHOU anne	M0109	Médecine générale (01.09.2015 au 31.08.2018)
Dr BREITWILLER-DUMAS Claire		Médecine générale (01.09.2016 au 31.08.2019)
Dr ROUGERIE Fabien	M0097	Médecine générale (01.09.2014 au 31.08.2017)
Dr SANSELME Anne-Elisabeth		Médecine générale

D - ENSEIGNANTS DE LANGUES ETRANGERES
D1 - PROFESSEUR AGREGE, PRAG et PRCE DE LANGUES

Mme ACKER-KESSLER Pia	M0085	Professeure certifiée d'Anglais (depuis 01.09.03)
Mme CANDAS Peggy	M0086	Professeure agrégée d'Anglais (depuis le 01.09.99)
Mme SIEBENBOUR Marie-Noëlle	M0087	Professeure certifiée d'Allemand (depuis 01.09.11)
Mme JUNGER Nicole	M0088	Professeure certifiée d'Anglais (depuis 01.09.09)
Mme MARTEN Susanne	M0098	Professeure certifiée d'Allemand (depuis 01.09.14)

E - PRATICIENS HOSPITALIERS - CHEFS DE SERVICE NON UNIVERSITAIRES

Dr ASTRUC Dominique	NRPô CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Serv. de Néonatalogie et de Réanimation néonatale (Pédiatrie 2) / Hôpital de Hautepierre
Dr ASTRUC Dominique (par intérim)	NRPô CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Réanimation pédiatrique spécialisée et de surveillance continue / Hôpital de Hautepierre
Dr CALVEL Laurent	NRPô CS	• Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Soins Palliatifs / NHC et Hôpital de Hautepierre
Dr DELPLANCQ Hervé	NRPô CS	- SAMU-SMUR
Dr GARBIN Olivier	CS	- Service de Gynécologie-Obstétrique / CMCO Schiltigheim
Dre GAUGLER Elise	NRPô CS	• Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - UCSA - Centre d'addictologie / Nouvel Hôpital Civil
Dre GERARD Bénédicte	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Département de génétique / Nouvel Hôpital Civil
Mme GOURIEUX Bénédicte	RPô CS	• Pôle de Pharmacie-pharmacologie - Service de Pharmacie-Stérilisation / Nouvel Hôpital Civil
Dr KARCHER Patrick	NRPô CS	• Pôle de Gériatrie - Service de Soins de suite de Longue Durée et d'hébergement gériatrique / EHPAD / Hôpital de la Robertsau
Pr LESSINGER Jean-Marc	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biologie et biologie moléculaire / Nouvel Hôpital Civil + Hautepierre
Mme Dre LICHTBLAU Isabelle	NRPô Resp	• Pôle de Biologie - Laboratoire de biologie de la reproduction / CMCO de Schiltigheim
Mme Dre MARTIN-HUNYADI Catherine	NRPô CS	• Pôle de Gériatrie - Secteur Evaluation / Hôpital de la Robertsau
Dr NISAND Gabriel	RPô CS	• Pôle de Santé Publique et Santé au travail - Service de Santé Publique - DIM / Hôpital Civil
Dr REY David	NRPô CS	• Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - «Le trait d'union» - Centre de soins de l'infection par le VIH / Nouvel Hôpital Civil
Dr TCHOMAKOV Dimitar	NRPô CS	• Pôle Médico-chirurgical de Pédiatrie - Service des Urgences Médico-Chirurgicales pédiatriques - HP
Mme Dre TEBACHER-ALT Martine	NRPô NCS Resp	• Pôle d'Activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Maladies vasculaires et Hypertension - Centre de pharmacovigilance / Nouvel Hôpital Civil
Mme Dre TOURNOUD Christine	NRPô CS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Centre Antipoison-Toxicovigilance / Nouvel Hôpital Civil

F1 - PROFESSEURS ÉMÉRITES

- o **de droit et à vie** (membre de l'Institut)
 - CHAMBON Pierre (Biochimie et biologie moléculaire)
 - MANDEL Jean-Louis (Génétique et biologie moléculaire et cellulaire)
- o **pour trois ans (1er septembre 2017 au 31 août 2020)**
 - BELLOCQ Jean-Pierre (Anatomie Cytologie pathologique)
 - CHRISTMANN Daniel (Maladies Infectieuses et tropicales)
 - MULLER André (Thérapeutique)
- o **pour trois ans (1er septembre 2018 au 31 août 2021)**
 - Mme DANION-GRILLIAT Anne (Pédopsychiatrie, addictologie)
- o **pour trois ans (1er avril 2019 au 31 mars 2022)**
 - Mme STEIB Annick (Anesthésie, Réanimation chirurgicale)
- o **pour trois ans (1er septembre 2019 au 31 août 2022)**
 - DUFOUR Patrick (Cancérologie clinique)
 - NISAND Israël (Gynécologie-obstétrique)
 - PINGET Michel (Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques)
 - Mme QUOIX Elisabeth (Pneumologie)

F2 - PROFESSEUR des UNIVERSITES ASSOCIE (mi-temps)

M. SOLER Luc CNU-31 IRCAD (01.09.2009 - 30.09.2012 / renouvelé 01.10.2012-30.09.2015-30.09.2021)

F3 - PROFESSEURS CONVENTIONNÉS* DE L'UNIVERSITE

Dr BRAUN Jean-Jacques	ORL (2012-2013 / 2013-2014 / 2014-2015 / 2015-2016)
Pr CHARRON Dominique	Université Paris Diderot (2016-2017 / 2017-2018)
Mme GUI Yali	(Shaanxi/Chine) (2016-2017)
Mme Dre GRAS-VINCENDON Agnès	Pédopsychiatrie (2010-2011 / 2011-2012 / 2013-2014 / 2014-2015)
Dr JENNY Jean-Yves	Chirurgie orthopédique (2014-2015 / 2015-2016 / 2016-2017 / 2017-2018)
Mme KIEFFER Brigitte	IGBMC (2014-2015 / 2015-2016 / 2016-2017)
Dr KINTZ Pascal	Médecine Légale (2016-2017 / 2017-2018)
Dr LAND Walter G.	Immunologie (2013-2014 à 2015-2016 / 2016-2017)
Dr LANG Jean-Philippe	Psychiatrie (2015-2016 / 2016-2017 / 2017-2018)
Dr LECOCQ Jehan	IURC - Clémenceau (2016-2017 / 2017-2018)
Dr REIS Jacques	Neurologie (2017-2018)
Pr REN Guo Sheng	(Chongqing / Chine) / Oncologie (2014-2015 à 2016-2017)
Dr RICCO Jean-Baptiste	CHU Poitiers (2017-2018)

(* 4 années au maximum)

G1 - PROFESSEURS HONORAIRES

ADLOFF Michel (Chirurgie digestive) / 01.09.94	KUNTZMANN Francis (Gériatrie) / 01.09.07
BABIN Serge (Orthopédie et Traumatologie) / 01.09.01	KURTZ Daniel (Neurologie) / 01.09.98
BAREISS Pierre (Cardiologie) / 01.09.12	LANG Gabriel (Orthopédie et traumatologie) / 01.10.98
BATZENSCHLAGER André (Anatomie Pathologique) / 01.10.95	LANG Jean-Marie (Hématologie clinique) / 01.09.11
BAUMANN René (Hépatogastro-entérologie) / 01.09.10	LANGER Bruno (Gynécologie) / 01.11.19
BERGERAT Jean-Pierre (Cancérologie) / 01.01.16	LEVY Jean-Marc (Pédiatrie) / 01.10.95
BERTHEL Marc (Gériatrie) / 01.09.18	LONSDORFER Jean (Physiologie) / 01.09.10
BIENTZ Michel (Hygiène Hospitalière) / 01.09.04	LUTZ Patrick (Pédiatrie) / 01.09.16
BLICKLE Jean-Frédéric (Médecine Interne) / 15.10.17	MAILLOT Claude (Anatomie normale) / 01.09.03
BLOCH Pierre (Radiologie) / 01.10.95	MAITRE Michel (Biochimie et biol. moléculaire) / 01.09.13
BOURJAT Pierre (Radiologie) / 01.09.03	MANDEL Jean-Louis (Génétique) / 01.09.16
BOUSQUET Pascal (Pharmacologie) / 01.09.19	MANGIN Patrice (Médecine Légale) / 01.12.14
BRECHENMACHER Claude (Cardiologie) / 01.07.99	MANTZ Jean-Marie (Réanimation médicale) / 01.10.94
BRETTES Jean-Philippe (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.10	MARESCAUX Christian (Neurologie) / 01.09.19
BROGARD Jean-Marie (Médecine interne) / 01.09.02	MARESCAUX Jacques (Chirurgie digestive) / 01.09.16
BURGHARD Guy (Pneumologie) / 01.10.86	MARK Jean-Joseph (Biochimie et biologie cellulaire) / 01.09.99
BURSZTEJN Claude (Pédopsychiatrie) / 01.09.18	MESSER Jean (Pédiatrie) / 01.09.07
CANTINEAU Alain (Medecine et Santé au travail) / 01.09.15	MEYER Christian (Chirurgie générale) / 01.09.13
CAZENAVE Jean-Pierre (Hématologie) / 01.09.15	MEYER Pierre (Biostatistiques, informatique méd.) / 01.09.10
CHAMPY Maxime (Stomatologie) / 01.10.95	MINCK Raymond (Bactériologie) / 01.10.93
CHAUVIN Michel (Cardiologue) / 01.09.18	MONTEIL Henri (Bactériologie) / 01.09.11
CINQUALBRE Jacques (Chirurgie générale) / 01.10.12	MORAND Georges (Chirurgie thoracique) / 01.09.09
CLAVERT Jean-Michel (Chirurgie infantile) / 31.10.16	MOSSARD Jean-Marie (Cardiologie) / 01.09.09
COLLARD Maurice (Neurologie) / 01.09.00	OUDET Pierre (Biologie cellulaire) / 01.09.13
CONRAUX Claude (Oto-Rhino-Laryngologie) / 01.09.98	PASQUALI Jean-Louis (Immunologie clinique) / 01.09.15
CONSTANTINESCO André (Biophysique et médecine nucléaire) / 01.09.11	PATRIS Michel (Psychiatrie) / 01.09.15
DIETEMANN Jean-Louis (Radiologie) / 01.09.17	Mme PAULI Gabrielle (Pneumologie) / 01.09.11
DOFFOEL Michel (Gastroentérologie) / 01.09.17	POTTECHER Thierry (Anesthésie-Réanimation) / 01.09.18
DUCLOS Bernard (Hépatogastro-Hépatologie) / 01.09.19	REYS Philippe (Chirurgie générale) / 01.09.98
DUPEYRON Jean-Pierre (Anesthésiologie-Réa.Chir.) / 01.09.13	RITTER Jean (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.02
EISENMANN Bernard (Chirurgie cardio-vasculaire) / 01.04.10	RUMPLER Yves (Biol. développement) / 01.09.10
FABRE Michel (Cytologie et histologie) / 01.09.02	SANDNER Guy (Physiologie) / 01.09.14
FISCHBACH Michel (Pédiatrie) / 01.10.16	SAUVAGE Paul (Chirurgie infantile) / 01.09.04
FLAMENT Jacques (Ophtalmologie) / 01.09.09	SCHAFF Georges (Physiologie) / 01.10.95
GAY Gérard (Hépatogastro-entérologie) / 01.09.13	SCHLAEDER Guy (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.01
GERLINGER Pierre (Biol. de la Reproduction) / 01.09.04	SCHLIENGER Jean-Louis (Médecine Interne) / 01.08.11
GRENIER Jacques (Chirurgie digestive) / 01.09.97	SCHRAUB Simon (Radiothérapie) / 01.09.12
GROSSHANS Edouard (Dermatologie) / 01.09.03	SCHWARTZ Jean (Pharmacologie) / 01.10.87
GRUCKER Daniel (Biophysique) / 01.09.18	SICK Henri (Anatomie Normale) / 01.09.06
GUT Jean-Pierre (Virologie) / 01.09.14	STIERLE Jean-Luc (ORL) / 01.09.10
HASSELMANN Michel (Réanimation médicale) / 01.09.18	STOLL Claude (Génétique) / 01.09.09
HAUPTMANN Georges (Hématologie biologique) / 01.09.06	STOLL-KELLER Françoise (Virologie) / 01.09.15
HEID Ernest (Dermatologie) / 01.09.04	STORCK Daniel (Médecine interne) / 01.09.03
IMBS Jean-Louis (Pharmacologie) / 01.09.09	TEMPE Jean-Daniel (Réanimation médicale) / 01.09.06
IMLER Marc (Médecine interne) / 01.09.98	TONGIO Jean (Radiologie) / 01.09.02
JACQMIN Didier (Urologie) / 09.08.17	TREISSER Alain (Gynécologie-Obstétrique) / 24.03.08
JAECK Daniel (Chirurgie générale) / 01.09.11	VAUTRAVERS Philippe (Médecine physique et réadaptation) / 01.09.16
JAEGER Jean-Henri (Chirurgie orthopédique) / 01.09.11	VETTER Jean-Marie (Anatomie pathologique) / 01.09.13
JESEL Michel (Médecine physique et réadaptation) / 01.09.04	VINCENDON Guy (Biochimie) / 01.09.08
KAHN Jean-Luc (Anatomie) / 01.09.18	WALTER Paul (Anatomie Pathologique) / 01.09.09
KEHR Pierre (Chirurgie orthopédique) / 01.09.06	WEITZENBLUM Emmanuel (Pneumologie) / 01.09.11
KEMPF Jules (Biologie cellulaire) / 01.10.95	WIHLM Jean-Marie (Chirurgie thoracique) / 01.09.13
KRETZ Jean-Georges (Chirurgie vasculaire) / 01.09.18	WILK Astrid (Chirurgie maxillo-faciale) / 01.09.15
KRIEGER Jean (Neurologie) / 01.01.07	WILLARD Daniel (Pédiatrie) / 01.09.96
KUNTZ Jean-Louis (Rhumatologie) / 01.09.08	WOLFRAM-GABEL Renée (Anatomie) / 01.09.96

Légende des adresses :

FAC : Faculté de Médecine : 4, rue Kirschleger - F - 67085 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.68.85.35.20 - Fax : 03.68.85.35.18 ou 03.68.85.34.67

HOPITAUX UNIVERSITAIRES DE STRASBOURG (HUS) :

- NHC : **Nouvel Hôpital Civil** : 1, place de l'Hôpital - BP 426 - F - 67091 Strasbourg Cedex - Tél. : 03 69 55 07 08

- HC : **Hôpital Civil** : 1, Place de l'Hôpital - B.P. 426 - F - 67091 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.11.67.68

- HP : **Hôpital de Hautepierre** : Avenue Molière - B.P. 49 - F - 67098 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.12.80.00

- **Hôpital de La Robertsau** : 83, rue Himmerich - F - 67015 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.11.55.11

- **Hôpital de l'Elsau** : 15, rue Cranach - 67200 Strasbourg - Tél. : 03.88.11.67.68

CMCO - Centre Médico-Chirurgical et Obstétrical : 19, rue Louis Pasteur - BP 120 - Schiltigheim - F - 67303 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.62.83.00

C.C.O.M. - Centre de Chirurgie Orthopédique et de la Main : 10, avenue Baumann - B.P. 96 - F - 67403 Illkirch Graffenstaden Cedex - Tél. : 03.88.55.20.00

E.F.S. : Etablissement Français du Sang - Alsace : 10, rue Spielmann - BP N°36 - 67065 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.21.25.25

Centre Régional de Lutte contre le cancer "Paul Straus" - 3, rue de la Porte de l'Hôpital - F-67085 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.25.24.24

IURC - Institut Universitaire de Réadaptation Clemenceau - CHU de Strasbourg et UGECAM (Union pour la Gestion des Etablissements des Caisses d'Assurance Maladie) - 45 boulevard Clemenceau - 67082 Strasbourg Cedex

RESPONSABLE DE LA BIBLIOTHÈQUE DE MÉDECINE ET ODONTOLOGIE ET DU DÉPARTEMENT SCIENCES, TECHNIQUES ET SANTÉ DU SERVICE COMMUN DE DOCUMENTATION DE L'UNIVERSITÉ DE STRASBOURG

Monsieur Olivier DIVE, Conservateur

LA FACULTÉ A ARRÊTÉ QUE LES OPINIONS ÉMISES DANS LES DISSERTATIONS
QUI LUI SONT PRÉSENTÉES DOIVENT ÊTRE CONSIDÉRÉES COMME PROPRES
A LEURS AUTEURS ET QU'ELLE N'ENTEND NI LES APPROUVER, NI LES IMPROUVER

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette école, de mes chers condisciples, je promets et je jure au nom de l'Être suprême d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe.

Ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser les crimes.

Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis resté fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

Remerciements

Aux membres du jury :

Je vous remercie de l'honneur que vous me faites en participant à ce jury de thèse et d'avoir accepté de juger mon travail. Veuillez trouver ici l'expression de mes plus vifs remerciements et de mon profond respect.

Je tiens à remercier le **Professeur Pierre Vidailhet** de m'avoir fait l'honneur d'accepter de présider ce jury de thèse et de diriger l'étude READ que nous avons mis en place sur Strasbourg. Merci également d'avoir consacré votre temps pour nous aider sur le terrain au moment où nous en avons le plus besoin. Je vous remercie encore pour votre engagement envers les internes et pour nous avoir accompagné tout au long des différentes étapes de l'internat. Veuillez recevoir l'expression de ma gratitude et de mon plus profond respect.

Je tiens à remercier le **Professeur Fabrice Berna** pour sa disponibilité et sa compréhension. Je vous remercie à nouveau d'avoir accepté de participer à ce jury de thèse et de l'intérêt que vous portez à mon travail. Je tiens à vous remercier pour la qualité de votre enseignement et votre engagement dans l'accompagnement des internes. Soyez assuré de ma plus grande reconnaissance.

Je tiens à remercier le **Professeur Gilles Bertschy** d'avoir accepté de faire partie de ce jury de thèse, pour sa disponibilité et sa bienveillance. Je vous remercie sincèrement pour la richesse de votre enseignement et l'humanité de votre pratique clinique. Vous avez grandement contribué à éveiller mon intérêt pour la psychiatrie hospitalière. Veuillez trouver ici le témoignage de mon respect le plus sincère.

Je tiens à remercier le **Docteur Amaury Mengin** d'avoir accepté d'encadrer ce travail ainsi que pour sa sympathie, sa bienveillance, sa rigueur et sa grande disponibilité. Merci encore pour tes conseils, ton accompagnement rassurant et ta patience. Je suis très heureux de t'avoir rencontré au cours de mon internat et que tu m'aies proposé de participer à cette aventure passionnante sur la stigmatisation. Sois assuré de mon plus grand respect.

A mes collègues :

Merci à tous ceux avec qui j'ai eu l'occasion de travailler et d'apprendre énormément de choses au cours de mon internat. Grosse pensée aux équipes de l'unité C des Hôpitaux Civils de Colmar, des urgences psychiatriques de Colmar et de Strasbourg, de l'unité 3013, de l'hôpital de jour, de la pédopsychiatrie à Bischwiller et du G04 à l'EPSAN. Quel plaisir j'ai eu à travailler avec vous !

Merci à tous les médecins aux côtés de qui j'ai beaucoup appris et que je respecte énormément : Alexandra De Herbay, Djamel Radji, Estelle Goddard, Philippe Meyer, Anne Sougy, Diana Iosub, Pauline Cavarelli, Michel Le gal, Mélusine Monnery, Myriam Riegert, Jean-Baptiste Causin, Julie Clauss, Marie Heugas-Lacoste, Arianne Rogue et Sami Soltani.

Merci à Rachida, Laurence, Valérie et Daniel pour votre accueil chaleureux dès le matin à la clinique ! Et merci Déborah pour ton accueil dès notre arrivée au 45 !

Je remercie Sylvain Lemoine pour son accompagnement et son enseignement de qualité lorsque j'étais à l'unité C et de me faire confiance pour la suite de ma carrière professionnelle.

Je remercie Pascale Bouchet qui m'a accompagné tout au long de mon dernier semestre.

Merci pour ta bienveillance et ta patience à toute épreuve (et pour les nombreuses pâtisseries !). Je suis heureux de poursuivre ma route en ta compagnie. Merci également d'avoir éveillé mon intérêt pour la psychiatrie de liaison.

Merci à tous mes collègues de Colmar, je salue tout particulièrement Pascal, Hiroshi, Nadia, Yves, Lucile, Chloé, Audrey, Fabrice, Christian, Sarah et Mélanie.

Merci à tous mes supers co-internes de promo ! On a vraiment eu une promo très soudée. Une pensée toute particulière pour Clément, mon « bro », mon frère que j'aime; Charlotte, « chacha », ma pote de galère, qui a toujours été là pour ramer avec moi ; Ben, toujours dispo pour l'apéro et avec qui on discute des heures à refaire le monde ; Jeanne, toujours chaleureuse, toujours de bonne humeur et toujours dispo pour râler et se plaindre avec moi, Katherine, ma super co-interne des urgences, nounou des chats et qui a toujours le cœur sur la main (et toujours dispo pour l'apéro aussi d'ailleurs) !

Et aussi, Pauline J et Pauline V, Alexandre C (le meilleur), Alexandre F, Yoann, Erwan, Lucile, Martin, Pierre-Édouard, Hélène, Jérémy, Daniel, Gaëtan, Raphaël, Mélanie, Shams, Sarah, Juliette, Floriane, William D et William <3, Aurélien, Ludo, Sammy, Christophe, Emma, Ilya, Camille et tous ceux que je ne cite pas mais avec qui j'ai passé de bons moments.

Merci encore à tous pour votre soutien et votre amitié.

A mes proches :

Merci pour votre soutien tout au long de ces années.

Merci aux vieux briscards de la Rob' et du lycée : Lorenzo, Clément, Alex, Florian, Daniel, Julien, Jean-Marie, Lion, Esther, Thibaut, Nico : ne changez pas !

Merci aux amis que je me suis fait au cours des études, je pense tout particulièrement à Paul, Nathan, Laura, Ben, Benoît, Adrien « Kurt », Micky, Audrey, Éric Hossan, Éric Hurst, Lise, Anne-Sophie, Candice, Barbara, Amélie... Une pensée tout particulière pour Marc-André et Thibaut, tous deux très présents au cours des derniers mois.

Merci à toute ma famille d'avoir cru en moi et de m'avoir accompagné dans mes choix tout au long de mon parcours.

Merci à la belle-famille avec une pensée toute particulière pour Sarah, Thierry et Thomas.

Merci à ma maman, *kocham cię*.

Merci à Lucile, l'amour et la lumière de ma vie.

Et merci à tous ceux qui liront cette thèse. Et si besoin, vous pouvez trouver le résumé en 4^e de couverture ! Bonne lecture.

« Le pire dans la maladie mentale, c'est que les gens s'attendent à ce que vous agissiez comme si vous n'en aviez pas. »

Le Joker (Joker, Todd Phillips – 2019)

« Nous vivons hélas une époque où il est plus facile de briser les atomes que nos préjugés. »

Albert Einstein

Table des matières

Table des matières.....	21
Acronymes et abréviations	24
Introduction.....	26
I. Stigmatisation et troubles psychiques	29
1. La stigmatisation.....	29
A. Définition et historique.....	29
B. Modèles conceptuels.....	32
C. Les différents types de stigmatisation	37
2. Stéréotypes dans la population générale et conséquences	42
A. Stéréotypes concernant les troubles psychiques dans la population générale	42
B. Les conséquences des stéréotypes en matière de stigmatisation et d'attitude.....	49
3. Conséquences de la stigmatisation et de la discrimination	53
4. Quelles sont les autres cibles de stigmatisation ?.....	57
5. Quels vecteurs de stigmatisation concernant les troubles psychiques ?	60
II. Stratégies de déstigmatisation concernant les troubles psychiques.....	65
1. Recommandations actuelles.....	65
A. Au niveau international	65
a. <i>Recommandations de l'OMS</i>	65
b. <i>Recommandations de la WPA</i>	68
c. <i>Recommandations de l'EPA</i>	70
B. En France.....	72
a. <i>Le programme pluriannuel « Psychiatrie et santé mentale » de la HAS</i>	72
b. <i>Les recommandations des CLSM</i>	73

2. Quelles stratégies ?	75
A. Stigmatisation publique	75
a. <i>La protestation</i>	75
b. <i>L'éducation</i>	78
c. <i>Le contact</i>	82
d. <i>Association de deux stratégies : éducation et contact</i>	84
B. L'auto-stigmatisation.....	85
a. <i>La psychoéducation</i>	85
b. <i>La restructuration cognitive</i>	86
c. <i>La pleine conscience</i>	87
d. <i>La divulgation</i>	87
e. <i>Le soutien par les pairs</i>	89
f. <i>L'empowerment</i>	91
C. Stigmatisation structurelle	94
a. <i>La réforme législative</i>	95
b. <i>Le plaidoyer</i>	96
c. <i>Sensibilisation des médias</i>	98
d. <i>Changement de la terminologie</i>	100
3. Quelles sont les populations à cibler ?	102
A. Population générale	102
B. Population cible	103
a. <i>Professionnels de santé</i>	104
b. <i>Étudiants en médecine</i>	107
4. Exemples internationaux de lutte contre la stigmatisation.....	108
III. Mise en place de READ auprès des étudiants en médecine à Strasbourg	116
1. Présentation de « READ »	116
2. Méthodologie.....	117
A. Design de l'étude	117

B.	Objectifs et bénéfices attendus	117
C.	Population de l'étude	118
D.	Mesures.....	119
E.	Taille de l'échantillon.....	121
F.	Collecte des données	122
G.	Contenu de la formation READ	123
H.	Analyse statistique.....	125
3.	Résultats	126
A.	Caractéristiques des participants	126
B.	Résultats concernant les critères principaux.....	127
C.	Ressenti des participants.....	129
4.	Discussion	130
A.	Une étude originale et novatrice.....	130
B.	Interprétation des résultats.....	131
C.	Biais et limites	134
	Conclusion.....	136
	Bibliographie.....	141
	Annexes	161

Acronymes et abréviations

BASTA : Bavarian anti-stigma action

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

CHU : Centre Hospitalo-Universitaire

CLSM : Comité Local de Santé Mentale

COP : programme « Coming out proud »

ECOS : Examen Clinique à Objectif Structuré

EPA : « European Psychiatric Association » en anglais et « Association Européenne de Psychiatrie » en français

EPE : expert.e par expérience

HAS : Haute Autorité de santé

INDIGO : INternational study of Discrimination and stIGma Outcomes

INPES : Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé

MSP : Médiateur de santé/pair

OMS : Organisation mondiale de la santé

ONG : Organisation non gouvernementale

READ : « Responding to Experienced and Anticipated Discrimination » en anglais et traduit en français par « RÉAgir à la Discrimination vécue et anticipée »

SISM : Semaine d'information sur la santé mentale

TTC : programme « Time to change »

UNAFAM : Union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques

WPA : « World Psychiatric Association » en anglais et « Association Mondiale de Psychiatrie » en français

Introduction

La stigmatisation des personnes atteintes de troubles psychiques a toujours existé. Néanmoins, si nous jetons un regard rétrospectif sur les deux derniers siècles et sur ce que l'on appelle aujourd'hui la psychiatrie moderne, ce n'est qu'au cours des 60 dernières années, grâce notamment à l'influence des travaux d'Erwin Goffman, que le terme de stigmatisation a évolué, passant d'une idée floue et mal définie à un concept largement utilisé et décrit, étayé par de nombreuses études scientifiques. Ce terme est aujourd'hui largement utilisé dans le langage courant.

Il est intéressant de voir à quel point la stigmatisation a un impact sur tous les domaines de la vie des personnes atteintes d'un trouble psychique, de l'annonce du diagnostic et de l'évolution ultérieure de la maladie, à l'auto-stigmatisation, à la stigmatisation structurelle et jusqu'à la stigmatisation par les professionnels de santé.

Aujourd'hui, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) rappelle que les troubles psychiques sont responsables d'une part importante de la morbidité et de la mortalité et estime que 25% de la population mondiale est affectée à un moment donné de sa vie par un trouble psychique. En France, l'on estime que douze millions de personnes sont touchées par les troubles psychiques. Malgré cela, le niveau de stigmatisation à l'égard des personnes atteintes d'un trouble psychique reste toujours élevé et constitue un problème majeur de santé publique. A croire que la peur associée à la maladie psychique soit profondément ancrée au sein de l'humanité.

Dans ce travail de thèse, nous définirons dans un premier temps les concepts de stigmatisation et de discrimination et la façon dont ils sont intriqués avec les troubles

psychiques. Nous prendrons notamment le temps d'explorer les représentations, le plus souvent erronées, associées aux troubles psychiques ainsi que les conséquences de la stigmatisation et de la discrimination pour les personnes concernées. Nous verrons d'ailleurs que la stigmatisation ne concerne pas uniquement les troubles psychiques, mais a tendance à s'étendre à tous ceux qui se trouvent autour, comme les proches, la famille ou encore les soignants.

Nous concluons cette première partie en nous interrogeant sur les différents vecteurs de stigmatisation et en particulier sur la place des soignants et des étudiants en médecine comme potentiels vecteurs.

En deuxième partie, nous chercherons à identifier les différents discours et les différentes stratégies pour lutter contre la stigmatisation des troubles psychiques. Nous verrons qu'il s'agit d'un combat qui doit être mené dans la durée et à des échelles très diverses. Pour ce faire, nous illustrerons les différents concepts abordés par des exemples d'initiatives contemporaines visant à diminuer la stigmatisation et ses conséquences.

Enfin, pour conclure ce travail de thèse, nous détaillerons le projet READ (RÉAgir à la Discrimination vécue et anticipée), une formation innovante anti-stigmatisation destinée aux étudiants en médecine que nous avons mise en place à Strasbourg dans le cadre d'une étude internationale.

Veuillez noter que dans ce travail, nous parlerons de « troubles psychiques » et de « personnes atteintes ou souffrant de troubles psychiques ». En ces termes, nous englobons

le très large spectre des « maladies mentales » ou « pathologies psychiatriques » chroniques et sévères ainsi que des troubles plus passagers comme les diagnostics de crises.

I. Stigmatisation et troubles psychiques

1. La stigmatisation

A. Définition et historique

Nous allons, dans un premier temps, nous intéresser à l'étymologie et à la définition actuelle du mot « stigmaté » et de son substantif « stigmatisation ».

Le terme « stigmaté », provenant du grec ancien « *stizein* », signifiait « tatouer », « marquer au fer rouge » et « *stigma* » renvoyait à la marque indélébile que l'on imprimait au fer sur la peau des esclaves de la Grèce Antique pour que l'on puisse les identifier et indiquer au reste de la population leur statut d'infériorité et leur moindre valeur en tant que membres de cette société. En mutant en « *stigmata* » avec le latin, le terme désigne alors une marque d'infamie ou d'ignominie pour celui qui la porte.

Selon le Centre national de ressources textuelles et lexicales, le fait de « stigmatiser » est une « opération consistant à marquer de façon indélébile le corps d'une personne pour lui imprimer un signe distinctif, une marque d'infamie » (1).

Il s'agit donc d'une marque visible, d'un signe distinctif permettant à tous de reconnaître et de savoir afin de marquer la différence. Elle persiste dans le temps malgré la disparition de la cause qui l'a provoquée (par exemple les stigmates de la variole qui désignent les cicatrices résiduelles d'une atteinte ancienne de la maladie).

L'historique de ce terme révèle toutefois qu'il a pu revêtir une image plus positive, voire glorifiante. Ce fut le cas, par exemple, dans le christianisme, où les « stigmates du Christ », désignant les marques secondaires de la crucifixion de Jésus-Christ, sont apparus chez certaines personnes comme un signe de la grâce divine. C'était la preuve que la personne avait vécu une vie remarquable et exemplaire, hors du péché (2). Étonnamment, c'est aussi dans le

milieu chrétien que, quelques siècles plus tard, l'on associera l'application péjorative du terme « stigmatisation » à la maladie mentale et au péché (3). L'approche inquisitoriale vis-à-vis des « sorcières », décrite dans le *Malleus Maleficarum*, représentait en effet une attitude négative et condamnatrice à l'égard des maladies mentales. On y retrouve des descriptions très claires faisant état de pathologies que l'on connaît aujourd'hui sous le nom de schizophrénie ou de dépression par exemple (4).

La notion de « stigmaté » va progressivement s'infiltrer dans le vocabulaire médical à la fin du XIX^e siècle désignant alors « un état morbide peu apparent » ou « des traces laissées par une maladie ». Dans l'histoire de la psychiatrie, les stigmates étaient les signes objectifs permettant le diagnostic d'un état morbide (tare, folie, crime, etc.) selon la théorie de la dégénérescence d'abord formulée par Bénédict Augustin Morel en 1857, puis révisée par Valentin Magnan en 1887. Selon cette théorie, l'origine des maladies mentales est héréditaire, traduisant la transmission d'un terrain « taré » d'une génération à l'autre, avec une aggravation de génération en génération. L'école de Magnan va ainsi énumérer les stigmates « physiques » et « moraux » de la dégénérescence, permettant de poser le diagnostic de « dégénéré » (5). Le stigmaté est donc un indice apparent qui révèle chez l'individu un état et un passé le plus souvent considéré comme dégradant.

Ce sont les travaux du sociologue américain Erving Goffmann (1922 – 1982) qui ont fait naître le concept de stigmatisation tel qu'il est utilisé aujourd'hui en sciences sociales. Selon lui, « le stigmaté est l'attribut qui rend l'individu différent de la catégorie dans laquelle on voudrait le classer » (6). En effet, chaque membre d'une société est doté d'une identité sociale, à savoir une série de signes extérieurs définissant le rang qui lui est assigné dans la structure sociale. Mais cette identité possède deux dimensions et il y a donc stigmaté lorsqu'il

existe un décalage entre l'identité sociale réelle d'un individu, celle à laquelle il appartient, et l'identité sociale virtuelle d'un individu, celle à laquelle il devrait appartenir. La personne porteuse du stigmate se retrouve ainsi discréditée aux yeux des autres et est vue comme une personne de moindre importance. L'individu stigmatisé se définissant alors « comme n'étant en rien différent d'un quelconque être humain, alors même qu'il se conçoit (et que les autres le définissent) comme quelqu'un à part » (6).

Erwing Goffmann distingue trois grandes catégories de stigmates, innés ou acquis :

- « **Les stigmates corporels** » qu'il appelle « monstruosités du corps » comprenant les particularités physiques tels que les handicaps physiques, les défauts du visage ou du corps, les troubles de la vision, etc.
- « **Les tares de caractère** » comprenant les troubles du caractère et de la personnalité, les séjours passés en psychiatrie, la tendance à l'éthylisme chronique, etc.
- « **Les stigmates tribaux** » comprenant la race de l'individu, sa religion ou sa nationalité. Ces derniers peuvent se transmettre de génération en génération.

Ces différents stigmates produiraient alors une frontière entre deux groupes, celui des stigmatisés, marqués d'un « attribut jetant un discrédit profond », et celui des normaux (6). Il précise toutefois « qu'il faut bien voir qu'en réalité, c'est en termes de relations et non d'attributions qu'il convient d'en parler ». Le stigmate, et donc le processus de stigmatisation, ne dépend pas uniquement de la manière d'être identifié mais aussi de la relation entretenue par les individus. Pour l'auteur, le stigmate est donc nécessairement « social et relationnel ».

B. Modèles conceptuels

Pour Erving Goffmann, la stigmatisation est un « processus dynamique d'évaluation discréditant significativement un individu aux yeux des autres » en raison d'une condition particulière ou du groupe d'appartenance (3). Il est à noter que depuis l'essai fondateur de Goffmann cité plus haut, de nombreux chercheurs ont travaillé sur cette notion et sa définition. Le recensement des publications sur le sujet montre qu'elles ont quadruplé entre la période allant de 1964 à 1989 et celle de 1990 à 2004 (7).

Pour Graham Thornicroft, professeur en psychiatrie faisant autorité concernant la question de la stigmatisation et la discrimination en santé mentale, le processus de stigmatisation comporte trois aspects majeurs (8), à savoir des problèmes liés :

- **à la connaissance** : ignorance d'une situation, d'une personne ou de son groupe ;
- **à l'attitude** : cette dernière est issue d'un préjugé, d'une idée reçue et entraîne un préjudice ;
- **au comportement** : discrimination, ségrégation et exclusion.

Le concept de stigmatisation est difficile à définir tant il se situe au carrefour de disciplines variées telles que la psychologie, la sociologie, l'anthropologie ou encore les sciences politiques (9).

Denise Jodelet rappelle aussi que la stigmatisation est un « phénomène complexe qui réclame une approche pluridisciplinaire » (7). Plus récemment, l'on retrouve deux principaux modèles de compréhension appliqués à la stigmatisation des troubles psychiques (10) : celui développé par Link et Phelan (9) et celui développé par Corrigan (11).

Dans le modèle proposé par Link et Phelan (9), il est nécessaire que cinq éléments convergent dans une situation d'inégalité de pouvoir. Dans un premier temps, les individus doivent faire des distinctions entre eux en fonction des différences socialement marquées : cela conduit à un « étiquetage » (orientation sexuelle, couleur de peau, troubles psychiques, etc.). Ensuite, une étiquette négative est attribuée à cette étiquette en fonction des croyances culturelles du groupe dominant : cela engendre l'apparition d'un stéréotype négatif (par exemple : « Les personnes présentant une maladie mentale sont dangereuses »). Par la suite, les personnes « étiquetées » sont mises à l'écart et placées dans des catégories distinctes afin de marquer un certain degré de séparation entre le « nous » et le « eux ». Le quatrième élément consiste en la perte de statut social pour les personnes étiquetées (par exemple : « Comme les personnes présentant une maladie mentale sont dangereuses, elles ne doivent plus travailler » ou bien « Cette personne à une schizophrénie, il faut donc l'enfermer »). Enfin, la discrimination, résultant de la stigmatisation, génère des inégalités sociales (par exemple l'accès à l'emploi potentiellement plus difficile pour les personnes ayant un trouble psychique). Les auteurs rappellent que le groupe stigmatisé doit avoir une position inférieure sur le plan économique, social et politique (inégalité de pouvoir). La figure 1 ci-dessous schématise ce processus de stigmatisation.

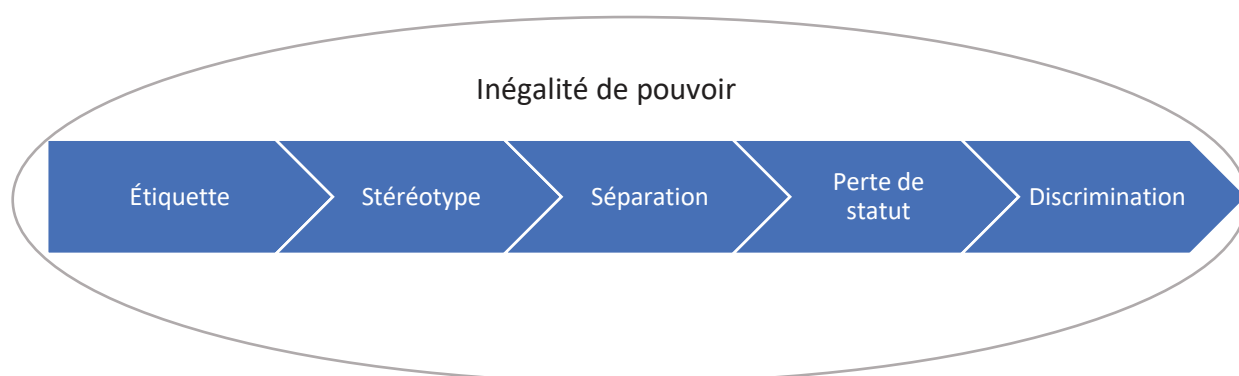


Figure 1. Stigmatisation en santé mentale selon le travail de Link et Phelan (Bruce G. Link & Phelan, 2001).

La seconde vision, proposée par l'équipe de Corrigan, est basée sur un modèle cognitivo-comportemental (11). Ce modèle s'inspire des travaux de Weiner qui a développé la « théorie de l'attribution causale » (12) et repose sur un processus en trois étapes. La première étape est la perception par l'individu de signaux signifiant qu'une autre personne présente une différence par rapport à la norme, à savoir dans le cas de la santé mentale, un signe s'apparentant à un trouble psychique. Un exemple possible serait « Cette personne parle seule dans la rue, elle est folle ! ». La deuxième étape consiste à associer ces signaux reçus à des stéréotypes négatifs. Par exemple : « Les fous sont des gens violents ». Enfin, la troisième étape est la conséquence d'une réponse affective à des stéréotypes négatifs, qui peut conduire à des comportements discriminatoires telles que des conduites d'évitement (figure 2).

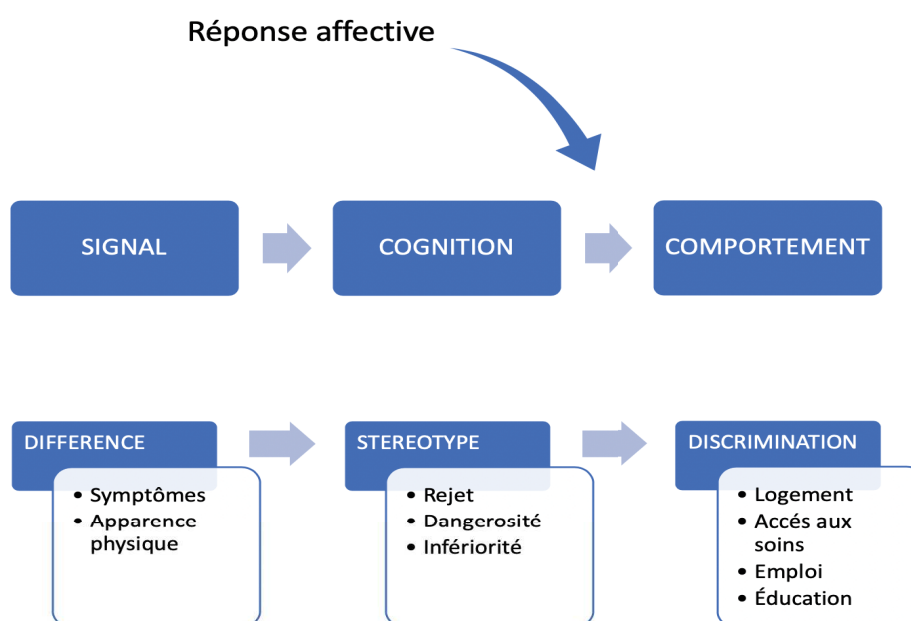


Figure 2. Modèle conceptuel de la stigmatisation en santé mentale selon le travail de Corrigan (Patrick W.Corrigan, 2000).

Dans une revue de la littérature datant de 2005, Rüsç et ses collaborateurs (11) tentent d'intégrer ces différents champs de recherche afin de proposer une définition de la stigmatisation et de l'auto-stigmatisation à travers un modèle cognitivo-social. La stigmatisation est alors définie comme les réactions que la population générale a envers un groupe, basées sur la stigmatisation de ce même groupe. Il est souvent tenu pour acquis de distinguer les différents groupes de la société et d'en étiqueter les différences humaines. C'est le fait d'apposer cette étiquette qui va impliquer une séparation sociale entre le « nous » et le « eux », porteurs de l'étiquette, malgré l'absence d'une frontière claire et distincte. C'est face à ce constat de séparation que la psychologie sociale a pu identifier les différents aspects cognitifs, émotionnels et comportementaux de la stigmatisation, à savoir le stéréotype, le préjugé et la discrimination. Il est important de préciser ces notions.

Les stéréotypes sont pour Leyens « des théories implicites de la personnalité, que partage l'ensemble des membres d'un groupe, à propos de l'ensemble des membres d'un autre groupe et du sien propre » (13). Selon lui et, contrairement aux préjugés, « les stéréotypes ne sont pas forcément négatifs » et servent à « rendre l'environnement complexe dans lequel on vit, plus compréhensible et prévisible ». Ils sont relatifs à une base de connaissances communes (socio-historique). Ils sont efficaces dans la mesure où ils permettent d'anticiper rapidement les impressions et les attentes que l'on peut avoir d'une personne appartenant à un groupe stéréotypé.

Le préjugé apparaît lorsqu'on est en accord avec un stéréotype négatif et aura pour conséquence une réaction émotionnelle négative (10). Un exemple courant en santé mentale serait : « on ne peut pas aider les personnes avec un trouble psychique ». La réaction émotionnelle négative associée serait dans ce cas : « elles me font toutes peur ». Le préjugé est alors susceptible d'entraîner une réaction comportementale, à savoir la discrimination.

Ainsi, un préjugé suscitant la peur comme dans l'exemple donné ci-dessus peut conduire à un comportement d'évitement ou à un refus d'aider.

Les stéréotypes et les préjugés ne suffisent pas pour entraîner une stigmatisation. A ces éléments s'ajoute une différence de pouvoir qui conduit à un traitement inégal des personnes concernées.

En santé mentale, « stigmatiser » équivaudrait donc à tout acte ou parole transformant le diagnostic en une marque négative, une étiquette pour la personne ou le groupe de personnes affectées par un trouble psychique et conduisant à des inégalités de traitement.

Arboleda – Florez et Stuart définissent la stigmatisation en santé mentale comme « l'ensemble des attitudes négatives et préjudiciables envers les personnes atteintes d'une maladie mentale » (3).

Concernant le concept d'attitude, G. W. Allport donne la définition suivante : « Une attitude est un état mental et nerveux de préparation (« *a mental and neural state of readiness* »), organisé à partir de l'expérience, exerçant une influence directive ou dynamique sur les réponses de l'individu à tous les objets ou situations auxquels il est confronté ». Selon cette définition, il est impossible d'expliquer un comportement quelconque sans recourir à la notion d'attitude, et les attitudes guident les comportements et trouvent leur origine dans l'expérience (14).

C. Les différents types de stigmatisation

L'on distingue différents types de stigmatisation en santé mentale. Nous les définissons ici comme ils l'ont été au cours de la formation READ, qui sera présentée en dernière partie.

L'auto-stigmatisation : il s'agit de la réaction de l'individu qui est stigmatisé ou qui appartient à un groupe stigmatisé qui retourne l'attitude stigmatisante contre lui-même. Elle est également connue sous le nom de « stigmatisation intériorisée » (*self stigma*). En santé mentale, elle peut être définie comme « l'appropriation par l'individu des préjugés et des stéréotypes qui se manifestent à l'égard du trouble psychique dont il souffre » (15). Un exemple serait : « Je fais une dépression, c'est de ma faute, je suis un moins que rien et je n'ai même pas la force de m'en sortir ». Il est facile de comprendre comment ce raisonnement renforce les affects négatifs et est responsable d'une « auto-discrimination ». Les principales conséquences de ce phénomène sont une baisse de l'estime de soi, une diminution de la perception de ses propres compétences, une diminution de la qualité de vie et un repli sur soi avec une diminution des interactions sociales (10) (16). L'individu n'osera, par exemple, pas demander de l'aide, parler de ses difficultés ou se rendre sur ses lieux de rendez-vous habituels (professionnel, familial, amical, médical, etc.). Ce mécanisme va aggraver la vie de la personne sur deux plans : premièrement, la crainte de la stigmatisation va conduire à l'isolement et à l'aggravation de la situation professionnelle et familiale de la personne (perte d'emploi, séparation, etc.) et deuxièmement, elle va empirer la sévérité des symptômes de la personne et favoriser l'apparition de comorbidités (anxiété, dépression, phobies, etc.).

Corrigan (15) développe le concept du « **paradoxe de l'auto-stigmatisation** » où il décrit les types de réactions possibles à la stigmatisation pour les individus concernés :

- Les personnes qui portent l'attribut stigmatisant mais **qui ne s'identifient pas** au groupe stigmatisé et ne développent donc pas d'auto-dévalorisation. Elles restent indifférentes et considèrent que les stéréotypes et la discrimination ne les concernent pas.
- Les personnes qui portent l'attribut stigmatisant et **qui s'identifient** au groupe stigmatisé. Elles seront sensibles à la stigmatisation mais réagiront de deux manières différentes :
 - Soit les personnes concernées considéreront que les stéréotypes exprimés à leur encontre sont **justifiés**, ce qui conduira à l'auto-dévalorisation et aux autres conséquences énumérées plus haut.
 - Soit les personnes concernées considéreront que les stéréotypes exprimés à leur encontre sont **illégitimes**, ce qui entraînera un sentiment d'injustice, une augmentation de la confiance en soi et de la colère dite « constructive ». Ce type de réaction permet aux individus de modifier leur rôle dans le système de santé mentale, en participant plus activement à leur plan de traitement et en s'impliquant davantage pour une meilleure qualité des services de santé (responsabilisation ou *empowerment*).

La stigmatisation publique (ou interpersonnelle): il s'agit des attitudes et comportements d'une personne ou d'un groupe de personnes envers un autre groupe de personnes et de ses membres. Elle est sous-tendue par des préjugés et des croyances profondément ancrées et réfractaires à l'évolution et au changement. Les idées fausses les plus répandues sont, par exemple, le fait qu'une personne souffrant de troubles psychiques ne peut pas se rétablir, que ceux qui souffrent de schizophrénie sont violents et qu'il suffit

d'un peu de volonté pour maîtriser ses troubles. Une enquête menée par J.L Roelandt (17) auprès de la population française montre clairement que même si l'image du « dépressif » tend à s'améliorer dans la mesure où il est considéré comme « familier », celle du « fou » ou du « malade mental » reste associée à de nombreuses représentations stigmatisantes telles que la dangerosité, l'imprévisibilité et l'irresponsabilité.

La stigmatisation structurelle (ou organisationnelle), sous-tendue par **la stigmatisation institutionnelle** : il s'agit des barrières institutionnelles et des pratiques institutionnalisées qui entravent la participation sociale et le plein exercice de la citoyenneté des personnes qui sont atteintes d'un trouble psychique ou qui l'ont été par le passé. Elle peut être intentionnelle et non intentionnelle (18). C'est ce type de stigmatisation qui conduit, par exemple, à des inégalités dans la recherche d'emploi, les prêts bancaires ou l'accès au logement. A plus grande échelle, elle peut conduire à des situations injustes privant parfois les personnes concernées de droits fondamentaux tels que le droit de vote ou de participation à un parti politique.

Ces différents niveaux de stigmatisation ainsi que leurs interactions sont résumés dans le schéma ci-dessous, issu de la formation READ :

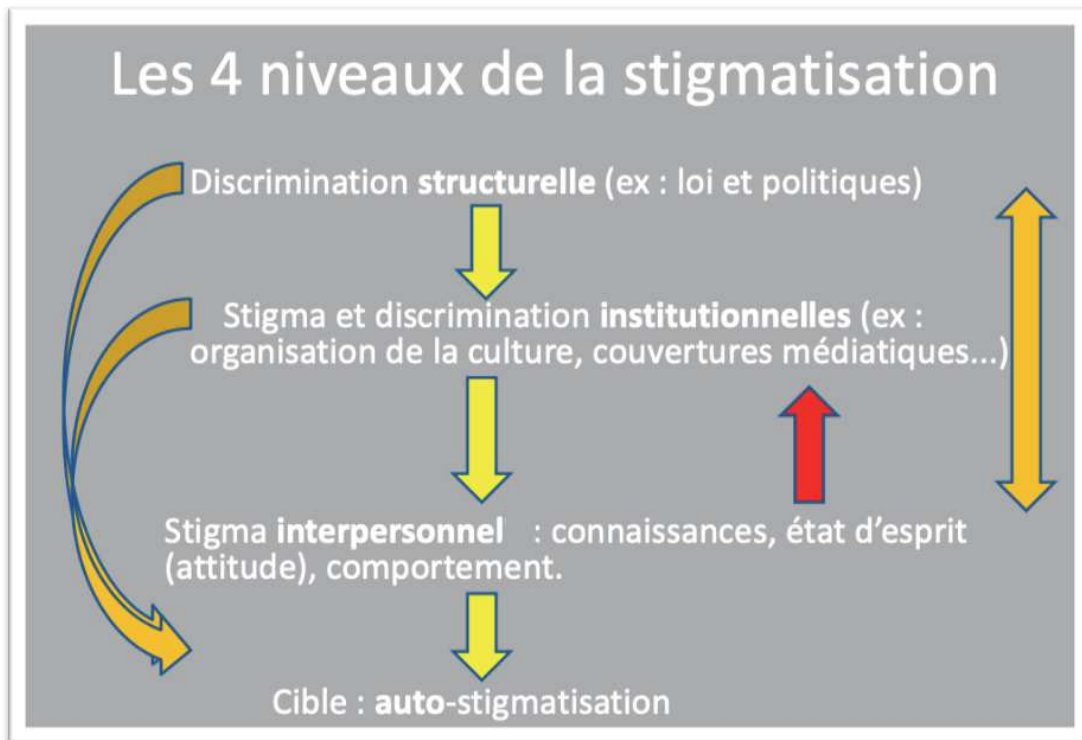


Figure 3. Les 4 niveaux de la stigmatisation (formation READ, 2018).

Pour faire le point sur le vocabulaire utilisé, nous avons vu précédemment que la **discrimination** était la réaction comportementale, la conséquence d'un préjugé et donc étroitement liée à la stigmatisation. Elle se retrouve aux mêmes niveaux que la stigmatisation. Elle consiste en une distinction injuste dans la manière dont des catégories de personnes, sont traitées dans une situation donnée (2). L'on peut distinguer :

- **discrimination anticipée** : elle se produit lorsqu'une personne souffrant d'un trouble psychique anticipe une réaction de rejet à son égard en raison de son trouble ;
- **discrimination vécue (ou expérimentée)** : elle se produit lorsqu'une personne souffrant d'un trouble psychique a été la cible d'un traitement injuste en raison de son trouble. Elle renforce la discrimination anticipée.

L'étude internationale de G. Thornicroft et al. (19) en donne un exemple : sur les 732 personnes interrogées ayant reçu un diagnostic de schizophrénie, 47% ont expérimenté la

discrimination quand il s'agissait de se faire des amis ou de les garder, 43% de la part de la famille, 29% lorsqu'elles ont cherché un emploi, 29% pour garder un emploi et 27% lors des relations intimes ou sexuelles. Les expériences positives existent mais sont rares. La discrimination anticipée a touché 64% de l'échantillon lors de la recherche d'un emploi ou d'une formation et 55 % lors de la recherche d'une relation personnelle intime. 72% des personnes interrogées ont ressenti le besoin de dissimuler leur diagnostic. Cette étude illustre le taux élevé de discrimination vécue et anticipée parmi ces personnes. Le schéma suivant (figure 4) illustre la relation entre la discrimination vécue et la discrimination anticipée (19) :

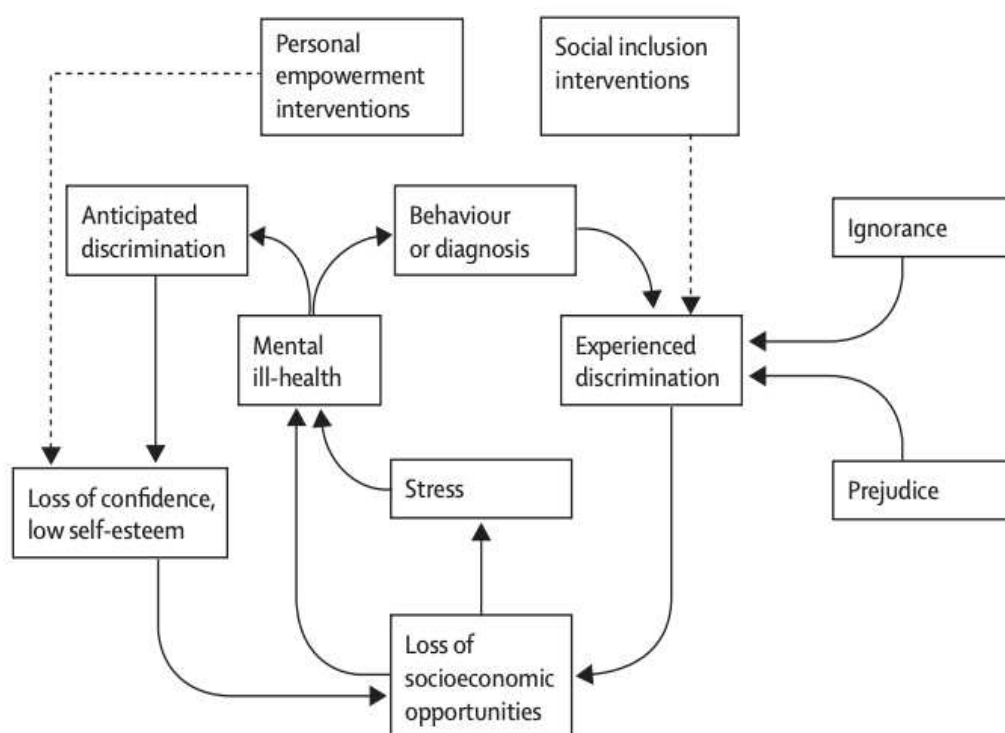


Figure 4. Relation entre la discrimination vécue et anticipée.

L'ignorance (la non-connaissance) et les **préjugés** (à droite) conduisent à **la discrimination vécue** (au centre droit), alimentée par **les comportements et le diagnostic** lorsqu'il est révélé (au centre haut). Cette discrimination entraîne une **perte d'opportunités socio-économiques** (en bas) ce qui est un facteur de stress (au centre bas) et peut alimenter un **trouble de santé mentale** (au centre gauche). Ce trouble renforcera la discrimination vécue ou conduira à **la discrimination anticipée** (à gauche) avec **une perte de confiance en soi et une faible estime de soi** (en bas à gauche) qui, à son tour, affecteront les opportunités socio-économiques et ainsi de suite. Les flèches en pointillés représentent les deux principales cibles d'intervention (en haut) : **les interventions visant à favoriser l'inclusion sociale et celles renforçant la capacité d'agir et de reprendre le contrôle de sa vie et de sa maladie (empowerment)**.

2. Stéréotypes dans la population générale et conséquences

A. Stéréotypes concernant les troubles psychiques dans la population générale

La stigmatisation et les discriminations envers les personnes souffrant de troubles psychiques semblent ancrées dans les habitudes sociales et réfractaires à toute évolution ou changement. L'histoire de la psychiatrie nous montre d'ailleurs que la ségrégation des malades psychiques semble être une constante à travers les siècles et les cultures. Des « faibles d'esprits » au Moyen-Âge aux « usagers des services de santé mentale », en passant par le « fou » et le « malade mental », l'histoire apparaît comme un processus de désacralisation de cette « folie » qui fait peur pour tenter, en la médicalisant, de la faire disparaître au profit de la « maladie mentale ». Cette « médicalisation » de la folie est d'ailleurs souvent symbolisée par le geste dramatique de Philippe Pinel délivrant de leurs chaînes les aliénés de l'hospice de Bicêtre. Ainsi, toute « L'Histoire de la Folie » pourrait être décrite comme une tentative d'échapper à cette représentation stigmatisante et discriminante à la fois par changements d'appellations et par évolution des concepts.

Cette « médicalisation de la folie » semble toutefois avoir échoué si l'on considère les résultats de la vaste enquête internationale menée par J.L. Roelandt et al. depuis 1999 auprès de plus de 36 000 personnes, intitulée « Santé Mentale en Population Générale : images et réalités » (SMPG) (17). L'enquête SMPG porte en effet sur les représentations des troubles psychiques en population générale, et montre également qu'un tiers des Français souffre de troubles psychiques. Les trois « archétypes » décrits sont le « fou », le « malade mental » et le « dépressif ». Il est à noter que le « malade mental » correspond ici au « fou » médicalisé dont deux représentations se dégagent : l'une, purement médicale, lui impute des problèmes et un handicap ayant un fondement biologique et relevant de la compétence du psychiatre

qui peut le comprendre, ce qui le rend moins inquiétant et l'autre établit une forte proximité avec le fou. Les résultats principaux en termes de stéréotypes sont les suivants : pour la population générale, le « fou » est inadapté au monde, à la société, à la réalité et est imprévisible, ce qui le rend dangereux. Les comportements qui lui sont attribués sont le meurtre (45% des répondants), le viol (39%), l'inceste (37,6%) et la violence envers les autres (29%). Le « malade mental », s'il peut se rapprocher du « fou » par des comportements violents, est plus souvent considéré comme ayant un problème médical. Si, pour 46 % des personnes interrogées, commettre un viol ou un inceste est associé au fait d'être « malade mental », d'autres comportements plus liés à des troubles psychiques tels que le délire, les hallucinations, la déficience intellectuelle lui sont associés par la moitié des répondants. En ce qui concerne la dépression, les comportements que les répondants attribuent au « dépressif » se distinguent nettement de ceux qu'ils imputent au « fou » ou au « malade mental ». En effet, les personnes interrogées décrivent spontanément le « dépressif » comme quelqu'un de triste, qui pleure, qui voit la vie en noir et qui ne sait plus y faire face. Les comportements les plus associés sont le fait de pleurer souvent (87%), les tentatives de suicide (80%) et l'isolement ou le repli sur soi (62%). En termes de pronostic, pour 78% des répondants, le « fou » et le « malade mental » ne peuvent être soignés qu'avec un traitement médicamenteux. Parmi les personnes interrogées, un tiers estime qu'il est possible de guérir le « fou » contre 55% pour le « malade mental » et plus de 90% pour le « dépressif ».

Ainsi, même si l'image du « dépressif » tend à s'améliorer dans la mesure où il est considéré comme « familier », il reste encore souvent associé à quelqu'un qui n'a pas « la motivation pour aller mieux » et qui « ne fait pas suffisamment d'efforts ». Le dessinateur américain Charles Schulz, père de Snoopy et de Charlie Brown, présenté par sa biographe comme une personne « vivant dans l'anxiété et essayant de lutter perpétuellement contre la

dépression » et « un expert de l'échec », a régulièrement évoqué la question de la dépression et des troubles psychiques dans ses bandes dessinées (20)(21). Dans une de ses planches les plus iconiques, Lucy, « faisant fonction de psychiatre et titulaire d'un diplôme de psychologie » et, admettons-le, donnant des conseils abominables, répond à Charlie Brown que, pour guérir sa dépression, il suffit de « se secouer » et réclame sa paie (22).



Illustration 1. Extrait de la bande dessinée "Snoopy" (Charles Schultz, 1959). En haut à gauche « Aide psychiatrique, 5 cents », en haut à droite « J'ai des sentiments profonds de dépression », en bas à gauche « Qu'est-ce que je peux faire pour ça ? », en bas à droite « Secoue toi ! Ça fera 5 cents s'il te plaît ».

Pour le « fou » et le « malade mental » ce sont essentiellement des représentations stigmatisantes telles que la dangerosité, l'imprévisibilité et l'irresponsabilité qui restent associées (23).

Avant de poursuivre, il faut rappeler que si le terme de « dangerosité » n'est apparu dans les dictionnaires français qu'en 1963, la folie a toujours été associée dans l'imaginaire

collectif au danger, à la violence et même aux actes criminels violents ; l'expression « fou dangereux » fait d'ailleurs partie du langage courant. Dans sa thèse intitulée *Histoire de la folie à l'âge classique*, M. Foucault a dénoncé la psychiatrie de l'époque comme l'héritière du « grand enfermement » de l'âge classique, visant avant tout à tenir à l'écart et à enfermer, de manière préventive, l'individu qui s'écarte des normes afin de protéger « les gens de bon sens » (24). Au cours des dernières décennies, de nombreuses études ont porté sur la dangerosité psychiatrique. La prévalence de la violence est plus élevée chez les personnes atteintes de schizophrénie que dans la population générale. Le nombre d'actes violents commis par des patients schizophrènes est estimé entre 3 et 5 % (25)(26). Si l'on considère l'ensemble des patients souffrant de schizophrénie, 90 % d'entre eux n'ont jamais été violents (27). En décembre 2010, une audition publique a été organisée par la HAS (Haute Autorité de santé) afin d'identifier les facteurs de risque de passage à l'acte agressif à l'encontre d'autrui chez les personnes atteintes de schizophrénie. Parmi ceux-ci, des facteurs sociodémographiques (âge jeune, sexe masculin), historiques (antécédents de violence envers autrui), contextuels (événement de vie stressant dans l'année précédant le passage à l'acte) et cliniques (forme paranoïde, symptomatologie psychotique aiguë, mauvaise observance médicamenteuse) ont été identifiés. En outre, l'abus de substances psychoactives et les antécédents de violence sont les principaux facteurs de passage à l'acte, que la personne soit atteinte ou non d'un trouble psychique (28). Il est donc très difficile de prévoir l'apparition d'un comportement violent chez un individu, car les facteurs sont trop multiples et hétérogènes. Avec la politique de secteur et le rapprochement de la psychiatrie avec la société, des réseaux de soins se sont développés dans le domaine judiciaire afin de participer à la prise en charge des personnes atteintes de troubles psychiques. Ainsi, des services spécialisés tels que les unités hospitalières spécialement aménagées ou les unités pour

malades difficiles ont été mis en place, ces premières étant en lien direct avec les établissements pénitentiaires et les secondes n'admettant que les personnes qui « présentent pour autrui un danger tel que les soins, la surveillance et les mesures de sûreté nécessaires ne peuvent être mis en œuvre que dans une unité spécifique » (29). En milieu médical, la dangerosité est donc une question sensible, car elle se situe à l'intersection des domaines social, juridique et politique. Toutefois ce n'est pas une maladie en soi qui justifie un traitement spécifique. La prévention de la dangerosité doit donc se garder d'être une prédiction, le risque étant de maintenir à l'hôpital des personnes dont l'état est stable, par crainte d'une éventuelle récurrence. La lutte contre la stigmatisation des troubles psychiques peut également contribuer à la prévention de la dangerosité, en offrant les soins qui vont au-delà du traitement de la maladie et en visant à la réintégration du malade dans la société (30).

Ces représentations erronées et stigmatisantes sur les troubles psychiques persistent comme le montrent de nombreuses études internationales et longitudinales (31)(32)(33).

L'analyse secondaire réalisée par Angermeyer en 2010 (34) sur les résultats d'enquêtes menées, depuis plus de trente ans, dans différents pays des continents américain, asiatique et européen montre toutefois qu'une amélioration des connaissances concernant les troubles psychiques (notamment en termes de reconnaissance des symptômes) va de pair avec une réduction significative de la dangerosité prêtée à ceux qui en souffrent.

Dans une revue d'articles, Hayward et ses collaborateurs résument les principaux résultats d'études portant sur la stigmatisation des troubles psychiques et proposent quatre explications possibles, basée sur quatre stéréotypes : dangerosité, attribution de la responsabilité, mauvais pronostic et perturbation des contacts sociaux (20). En ce qui

concerne l'idée de dangerosité, la population générale a tendance à croire que les personnes atteintes d'un trouble psychique sont plus enclines à la violence (stéréotype) et en ont de ce fait peur de ce qui pourrait advenir (préjugé). Il existe une corrélation positive entre la croyance que les personnes souffrant de troubles psychiques sont dangereuses et la distanciation sociale (discrimination) (36). Riskind et Wahl montrent que les vignettes cliniques de personne souffrant de troubles psychiques avec une symptomatologie « active » (comprendre la prédominance de symptômes positifs) effrayent plus la population que les vignettes « passives » (prédominance de symptômes négatifs) (37).

L'idée d'attribution de responsabilité, développée dans les travaux de Weiner (12), a été étudiée par les auteurs en observant les jugements et les réactions d'un groupe d'étudiants au contact de différents groupes stigmatisés, à savoir : les malades du SIDA, les personnes souffrant d'obésité et les vétérans de guerre souffrant de troubles psychiques. Ils ont constaté que les personnes souffrant de troubles psychiques étaient considérées comme plus responsables de leur état que celles atteintes d'une maladie physique, qu'elles provoquaient plus de colère que de compassion et qu'elles étaient de ce fait moins enclines à susciter de l'empathie et un comportement d'aide.

De nombreux auteurs ont exploré l'idée du mauvais pronostic en santé mentale. Goldin (38) note que les personnes atteintes de troubles psychiques ont tendance à être d'avantage stigmatisées lorsqu'elles sont perçues comme des malades chroniques, difficiles voire impossible à traiter et avec un mauvais pronostic. Selon Norman et Mella (39), le rejet social est corrélé à la croyance que les troubles psychiques sont de mauvais pronostic.

Enfin, le stéréotype de perturbation des interactions sociales, décrit par Goffman dans *Stigmaté* est basé sur la croyance erronée que les personnes qui souffrent de troubles psychiques ne peuvent pas s'adapter aux normes sociales établies et que la population

générale à tendance à se sentir mal à l'aise lorsque les règles et conventions sociales ne sont pas respectées (6).

La stigmatisation prend naissance dans le constat d'une différence entre l'individu « marqué » et l'individu « non marqué » par l'attribut stigmatisant. L'ignorance, du sujet non marqué, concernant cette différence favorise l'émergence de croyances et d'attitudes négatives. Une hypothèse envisagée serait donc qu'une meilleure connaissance de la maladie psychique pourrait diminuer l'intensité de sa stigmatisation. Cette hypothèse fait débat dans la littérature. Plusieurs études montrent que plus le niveau de connaissance d'une personne sur un trouble psychique est élevé, moins elle le stigmatise. Ce phénomène a notamment été observé dans le cadre de la schizophrénie (33)(40). Néanmoins, un désaccord persiste au sein de la communauté scientifique quant à savoir si la connaissance de l'étiologie d'un trouble psychique a une incidence sur la stigmatisation. Certains chercheurs pensent en effet que la divulgation des causes d'une pathologie telle que la schizophrénie auprès du grand public pourrait accroître le désir de distanciation sociale car cela renforcerait l'image d'une pathologie incurable, grave et héréditaire (41)(42). Il a même été démontré que la considération d'une origine génétique augmenterait le désir de distanciation sociale envers les membres de la famille de l'individu malade (43). Mais inversement, les causes génétiques étant hors de contrôle du sujet malade, la perception de sa responsabilité peut être perçue comme moindre par le grand public (43)(41). Certains aspects des causes psychosociales du trouble psychique tels que la maltraitance dans l'enfance et des psycho-traumatismes, tendent à susciter l'empathie de la population générale plutôt que le rejet (44).

Ce constat nous montre bien que la seule information est insuffisante. Elle doit être précédée d'une déconstruction des stéréotypes.

B. Les conséquences des stéréotypes en matière de stigmatisation et d'attitude

Plusieurs études ont exploré la relation entre les attributs observés chez l'individu souffrant de troubles psychiques et les comportements qu'ils provoquent chez les autres. Ainsi, plus les attributs perçus sont potentiellement négatifs (dangerosité, imprévisibilité, irresponsabilité, incurabilité, etc.), plus les émotions ressenties sont négatives (peur, colère, manque d'empathie, etc.) et plus les comportements qui en résultent seront discriminatoires (31)(32). A l'inverse, le désir de distanciation sociale sera moindre si la population générale perçoit des attributs positifs tels que l'intelligence ou la créativité artistique (45).

Selon Corrigan et Watson (16), la population générale réagit selon quatre formes en termes de comportements stigmatisants :

- le refus d'aider les personnes affectées par les troubles psychiques ;
- l'évitement social avec refus d'interaction avec la personne affectée par un trouble psychique ;
- traitements coercitifs ;
- isolement en institution.

A titre d'exemple, l'étude de Stuart et Arboleda-Florez (33), dans laquelle 1653 personnes de plus de 15 ans ont été interrogées, indique que 11,6% des participants se sentiraient mal à l'aise d'avoir une conversation avec un sujet schizophrène et 16,1% se sentiraient mal à l'aise s'ils devaient travailler avec un sujet schizophrène. 18,1% des personnes interrogées ne seraient pas capables de maintenir une amitié et 47% seraient gênées de cohabiter avec une personne ayant ce diagnostic. Enfin, 75,2% des répondants refuseraient d'épouser une personne souffrant de schizophrénie. Une autre étude, réalisée par Martin et al. (46), rapporte que, lors d'un sondage mené auprès de 1444 personnes, plus

de la moitié d'entre elles ne souhaitaient pas passer une soirée avec une personne souffrant d'un trouble psychique, travailler avec elle ou avoir un membre de sa famille qui l'épouse. Dans ce même sondage, Pescosolido et al. (47) ont constaté que 44,5% des personnes enquêtées étaient favorables à des traitements coercitifs pour les personnes atteintes de schizophrénie. D'une manière plus générale, les participants à ce sondage ont tendance à croire que les personnes souffrant d'un trouble psychique sont plus dangereuses et moins capables.

Angermeyer et son équipe déplore le faible degré d'évolution ces dernières années concernant ces stéréotypes envers les personnes souffrant de troubles psychiques (36).

Dans son ouvrage *Représentations sociales et mondes de vie* (48), Denise Jodelet rappelle que « selon la façon dont sont expliquées et qualifiées les étiologies et la nature des troubles psychiques et, selon la façon dont on envisagera leur effet sur le fonctionnement psychique et la conduite sociale, les attitudes adoptées vis-à-vis de ceux qui les manifestent varieront. » L'auteure emprunte au sociologue P. Bourdieu, l'exemple de l'alcoolisme dont la réalité se trouve modifiée en fonction de la façon dont on le conçoit. Cette pratique peut en effet se concevoir de différentes manières et peut ainsi être attribuée « soit à une tare héréditaire, soit à une déchéance morale, soit à une tradition culturelle, soit à une pratique compensatoire à des difficultés existentielles ». Les raisons de l'alcoolisme entraînent des conséquences attitudinales et comportementales différentes. Ainsi, parler de « tare héréditaire » ou de « déchéance morale » conduira à la condamnation et au rejet, tandis que penser à « habitude culturelle » ou à « compensation psychologique » conduira à la compréhension et à une plus grande acceptation.

Notons que les conséquences en termes de stigmatisation ne sont pas les mêmes en fonction du diagnostic.

- **Troubles psychiques par rapport aux pathologies somatiques :**

Bien que la stigmatisation puisse toucher toute personne affectée par une pathologie, il a été démontré que la population générale discrédite plus facilement les personnes atteintes d'un trouble psychique que celles atteintes d'un trouble somatique (49)(40).

Les personnes atteintes de troubles psychiques sont considérées comme étant plus responsables de l'origine et de l'évolution de leur maladie contrairement à celles atteintes d'une pathologie somatique. Aux yeux du grand public, l'origine des pathologies somatiques est considérée comme incontrôlable et avec une évolution stable. Elles induisent un sentiment de pitié avec la mise en place de comportements d'aide contrairement aux troubles psychiques qui vont plutôt susciter la colère. L'origine des troubles psychiques est souvent considérée comme contrôlable (manque d'effort personnel ou de volonté de la part de la personne) (50) (10).

Les résultats d'une récente étude menée sur 1807 personnes de la population générale au moyen d'un questionnaire en ligne et dirigée par le Professeur F. Berna montrent que la schizophrénie est considérée comme plus pénible, moins curable et associée à une stigmatisation plus importante que les maladies somatiques. Le traitement médicamenteux était moins souvent envisagé pour la schizophrénie que pour d'autres maladies somatiques. L'étude a également démontré que les facteurs associés à une bonne observance du traitement étaient la perception du caractère curable de la maladie ainsi que la confiance dans l'efficacité du traitement. Ces deux facteurs ont eu une influence plus faible dans le cas des pathologies somatiques. Les auteurs concluent que les représentations négatives sont plus graves pour les troubles psychiques, en particulier la schizophrénie, par rapport aux pathologies somatiques, et qu'elles peuvent influencer l'observance médicamenteuse des patients (51).

- **Tous les troubles psychiques ne sont pas égaux :**

Le comportement stigmatisant de la population générale va aussi différer en fonction du type de trouble psychique dont souffre l'individu concerné.

Angermeyer et Dietrich (52) montrent dans leur revue de la littérature qu'une proportion non négligeable de la population ne sait pas distinguer correctement les différentes pathologies psychiatriques. Les symptômes de la schizophrénie sont le plus souvent reconnus comme étant l'expression d'un trouble psychique (69-88%) par opposition aux symptômes de dépression (26-69%) ou de l'alcoolisme chronique (26-69%).

En termes d'attributs associés, l'imprévisibilité est plus prononcée dans le contexte de l'alcoolisme chronique (71%) et de la schizophrénie (54-85%) que dans celui de la dépression (28-56%) ou des troubles anxieux (50%). La dangerosité suit le même schéma, puisqu'elle est associée essentiellement à l'alcoolisme chronique (65-71%), puis à la schizophrénie (18-71%) et enfin à la dépression (14-33%) et aux troubles anxieux (26%) (52).

Les réactions de rejet sont plus prononcées envers les personnes ayant un problème de toxicomanie et d'alcool d'abord, puis envers les personnes atteintes de schizophrénie et enfin envers les personnes présentant un trouble anxieux ou une dépression (52).

Les personnes souffrant de toxicomanie et de trouble du comportement alimentaire sont le plus souvent considérées comme responsables de leur trouble (38).

Dans une étude française de 2012 (53), les auteurs se sont intéressés aux représentations associées à l'autisme, à la schizophrénie et au trouble bipolaire. Il s'agissait d'une enquête auprès de 1000 adultes sélectionnés à partir d'un panel d'étude de marché établi. Le questionnaire en 21 points portait sur les connaissances, les attitudes et les comportements à l'égard de chaque trouble. Bien que 95 % des personnes interrogées aient reconnu le nom de chaque trouble, moins de 70 % d'entre elles en connaissaient les

caractéristiques et seulement 33 % estimaient que les informations diffusées au grand public étaient instructives. La plupart des personnes interrogées ont identifié les médias comme la principale source d'information sur ces différents troubles psychiques, devant les médecins et les différentes structures de santé. Les troubles psychiques étaient majoritairement perçus de manière négative (61%). Les termes ressortant le plus ont été « fou » et « lunatique ». Les patients souffrant de schizophrénie étaient perçus comme dangereux pour 65% des répondants avec un désir de distanciation sociale contre 29 % pour les troubles bipolaires et 7 % pour l'autisme. La familiarité avec un trouble psychique (antécédents personnels ou familiaux) n'a pas permis de réellement réduire la discrimination à l'égard de la schizophrénie, contrairement au trouble autistique et au trouble bipolaire.

L'étude SMPG (17) citée plus haut a également constaté cette inégalité concernant la représentation des différents troubles psychiques par la population générale avec le « fou », inadapté et en décalage dans la société, le « malade mental » dont la pathologie est localisée au niveau cérébral et le « dépressif » qui souffre clairement sur le plan psychologique.

3. Conséquences de la stigmatisation et de la discrimination

La majorité des études relatives aux conséquences de la stigmatisation et de la discrimination font état d'une « double peine » à laquelle doivent faire face les personnes souffrant de troubles psychiques. En effet, les conséquences secondaires aux symptômes d'un trouble psychique sont déjà lourdes à supporter. A cela s'ajoute la stigmatisation secondaire aux croyances erronées de la population générale, avec des conséquences qui touchent presque tous les domaines de la vie de l'individu (44)(16)(9)(10). De plus, ces conséquences ne se limitent pas à la seule personne concernée par le trouble psychique et s'étendront également à l'entourage et au niveau institutionnel (54)(16)(10).

- **Au niveau individuel :**

« Croyez-moi, il n'y a rien de plus dévastateur, discréditant et déstabilisant pour un individu qui se remet d'une maladie mentale que la stigmatisation » (55). Ces paroles, prononcées par une personne souffrant de schizophrénie, reflètent une réalité confirmée par de nombreuses études (54).

La stigmatisation entraîne des retards de consultation, un déni des troubles et une absence ou une diminution du recours aux soins psychiques ou physiques (56)(57)(58). Dans leur étude de 2010, Livingston et al. (59) ont constaté une forte corrélation négative entre l'auto-stigmatisation et une série de variables psychosociales. Ainsi, plus l'auto-stigmatisation est forte, plus l'estime de soi, l'espoir, le sentiment de contrôle (*empowerment*), le sentiment d'efficacité, la qualité de vie et le soutien social (sentiment d'appartenance et d'intégration) sont faibles. L'étude a aussi révélé une association positive entre l'auto-stigmatisation et la sévérité des symptômes psychiatriques et une association négative pour l'adhésion au traitement. Ainsi, la stigmatisation conduit à une dégradation globale de la qualité de vie de l'individu avec une perte d'estime de soi, des difficultés à trouver un emploi et un logement et, finalement, à une mise à l'écart et un isolement (60). La stigmatisation n'est pas seulement la conséquence d'un trouble psychique, elle est aussi un facteur de risque pour la santé de l'individu et une cause d'incapacité et de handicap (54).

Le retard, voire l'absence de diagnostic des pathologies somatiques, très fréquentes chez les patients atteints de troubles psychiques, est une véritable perte de chance. De nombreuses études internationales ont montré que les principales causes de décès associées aux troubles psychiques sont le suicide et les maladies cardiovasculaires (dues à un retard de diagnostic et aux effets secondaires des traitements médicamenteux), et qui occasionneraient

une réduction de l'espérance de vie de dix à vingt ans selon les pathologies concernées (61)(62)(63).

En France, une étude récente conduite par Santé Publique France confirme ces résultats. Cette étude décrit la mortalité des personnes souffrant de troubles psychiques (hors démence de la maladie d'Alzheimer) en France et son évolution de 2000 à 2013. Les trois premières causes de décès des personnes ayant un trouble psychique sont les causes cardio-vasculaires (27,3%), le cancer (18,3%) et enfin le suicide (11,1%). Pour les décès sans mention d'un trouble psychique, le suicide (1,3%) se place loin derrière le cancer (31%) et les maladies cardio-vasculaires (28,9%). De plus, l'âge moyen de décès des personnes atteintes de schizophrénie ou d'addiction à l'alcool est bien inférieur à celui de la population générale : 59,8 ans pour les cas de schizophrénie et 59,6 ans dans les cas d'addiction à l'alcool respectivement, contre 76,2 ans dans la population générale en l'absence de troubles psychiques (64).

Cette étude montre une fois de plus l'importance de prendre en compte à la fois la composante psychiatrique et la composante physique des personnes souffrant de troubles psychiques.

- **Au niveau de l'entourage**

L'environnement de la personne souffrant d'un trouble psychique est également affecté par le phénomène de stigmatisation. Le préjudice subi peut engendrer de grands bouleversements dans les relations et réduire les interactions sociales familiales normales (65). Les travaux de Hatfield (66) montrent, dans les familles où un parent proche est victime d'un trouble psychique, un état de stress plus important, un sentiment de honte et d'impuissance, une difficulté accrue à contrôler les émotions au sein des relations familiales

et l'apparition plus fréquente de crises conjugales entre les parents. Une consommation accrue d'alcool ou d'anxiolytiques, des troubles du sommeil, un niveau d'anxiété et d'épuisement élevé ou le développement de symptômes dépressifs ont également été observés dans ces familles. Pour désigner les attitudes négatives vécues par l'entourage des personnes présentant un trouble psychique, certains auteurs parlent de « stigmatisation par association » ou « *courtesy stigma* ». Ce concept, initialement développé par Goffman en 1963 (67), correspond à la perte de respect d'une personne de la part de la société parce qu'elle est associée à une personne stigmatisée. Par exemple, une personne qui a un frère souffrant de schizophrénie pourrait aussi être traitée de manière injuste du fait de sa parenté avec un « malade mental ».

- **Au niveau institutionnel**

Les idées reçues quant à l'incurabilité de certains troubles psychiques conduisent à une réduction des moyens déployés par les pouvoirs politiques. Certains auteurs soutiennent que l'allocation de fonds dans le domaine de la recherche consacrée à la santé mentale est plus faible que pour d'autres maladies (9). En ce qui concerne les États-Unis, Corrigan et Watson évoquent les différents facteurs pouvant influencer les décisions politiques sur la répartition des fonds dans le domaine de la santé, à savoir : l'étendue des besoins, l'existence de moyens efficaces, le degré de responsabilité des patients à l'égard de leur maladie et l'orientation politique du gouvernement (50). Ils dénoncent une insuffisance des budgets alloués au domaine de la santé mentale par rapport à la fréquence élevée des troubles psychiques au sein de la population générale. A titre d'exemple, au Canada, la recherche en santé mentale a obtenu environ 5% des budgets de recherche nationale en santé, alors que les troubles psychiques concernent 20% de la population (68). En France, seul 4% du budget public de la

recherche en santé est alloué à la recherche en psychiatrie pour une prévalence similaire des troubles psychiques (69).

Un récent rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales de 2017, portant sur les moyens du ministère de la santé ciblés sur la santé mentale, souligne l'absence de « stratégie du ministère de la santé sur la recherche en santé mentale », de « mutualisation des budgets autour d'un projet commun » et de « lien entre les chercheurs et les décideurs » (70). Il s'avère pourtant qu'investir dans la recherche en psychiatrie se révèle particulièrement rentable pour un pays. Des chercheurs britanniques ont en effet estimé que les gains en termes de santé et de PIB résultant des investissements dans la recherche en santé mentale sont largement rentables et génèrent même des bénéfices (71).

4. Quelles sont les autres cibles de stigmatisation ?

Comme nous l'avons déjà vu, les personnes souffrant de troubles psychiques ne sont pas les seules touchées par la stigmatisation. En effet, les proches, les familles mais aussi les professionnels de santé ainsi que la discipline psychiatrique elle-même sont affectés par ces représentations erronées.

Le cliché le plus courant sur le psychiatre est qu'il est lui-même fou ou bizarre pour avoir bien voulu s'occuper de la folie. En outre, le psychiatre lui-même souffrirait de troubles psychiques et aurait choisi de devenir psychiatre pour les soigner (72)(73)(74).

L'influence des messages médiatiques sur ces représentations, qu'ils soient d'information ou de divertissements, ne fait plus aucun doute. Dans la fiction, le psychiatre est souvent un méchant : il est volontiers dépeint comme un meurtrier, un violeur, un pédophile, un charlatan ou un escroc. Dans sa forme la plus bienveillante, il est un idiot

inefficace, incapable de gérer sa propre vie. Il est aussi représenté comme quelqu'un qui manque de rigueur et dont le discours et les conclusions sont le plus souvent hermétiques pour le patient. Enfin, il n'est pas un « vrai médecin » (75)(76). Selon une étude américaine, les psychiatres sont dépeints comme malveillants et antagonistes dans plus de la moitié des films américains analysés (77).

Dans le monde médical lui-même, la psychiatrie n'a que peu la cote et peine à convaincre. C'est une spécialité qui est peu choisie au niveau international et le recrutement de psychiatres est difficile dans de nombreux pays (78)(79)(80). Bien que la France ne soit pas citée parmi les pays les plus marqués par les problèmes de recrutement de psychiatres, la psychiatrie figure aujourd'hui parmi les quatre spécialités les moins choisies aux Épreuves Classantes Nationales (ECN) aux côtés de la médecine générale, de la médecine du travail et de la santé publique (81). Cette tendance ne semble pas s'améliorer dans la mesure où lors du choix des spécialités par les internes français en 2019, 17,6% des postes de psychiatrie sont restés non pourvus contre 4% en 2018 (82).

Dans certaines études, des étudiants en médecine rapportent avoir souvent entendu de la part de leurs professeurs ou de médecins sur leur lieu de stage des propos dépréciant la psychiatrie et les psychiatres, ainsi que les traitements psychiatriques, la psychiatrie comme choix de carrière, les patients psychiatriques et la formation psychiatrique (83)(84). Dans l'étude de Stuart et Sartorius (83), 90% des 1057 enseignants en médecine interrogés pensent que les psychiatres ne sont pas des bons « modèles » pour les étudiants en médecine.

L'article issu de la thèse du docteur Sebbane (81)(85) est lui aussi évocateur quant à la représentation de l'interne en psychiatrie auprès de ses confrères. En effet, cette étude qui a été menée auprès de 1296 internes français a montré que parmi les internes de toutes les

spécialités confondues, 56% pensent « qu'un psychiatre a probablement des antécédents dans la mesure où il est souvent bizarre », 42% pensent qu'« un interne en psychiatrie n'est plus médecin » et un peu plus de 30% pensent qu'un interne en psychiatrie « va mal finir », et que la psychiatrie est « contagieuse ». Cela étant, les résultats de cette étude mettent à mal certaines de ces idées préconçues dans la mesure où les internes en psychiatrie ne présentent pas significativement plus d'antécédents psychiatriques familiaux ou personnels que leurs confrères des autres spécialités et ne déclarent pas prendre plus de psychotropes.

La récente revue de la littérature et la méta-analyse de M.C Angermeyer et al. de 2017 est plutôt génératrice d'espoir dans la mesure où elle montre une amélioration globale de la perception de la santé mentale par la population générale au cours des 15 dernières années. Cent soixante-deux articles, parus entre 2000 et 2015, ont fait l'objet de cette analyse. Il en ressort que les psychiatres, les psychologues et les psychothérapeutes sont de plus en plus souvent recommandés pour soigner la schizophrénie dans les pays d'Europe et d'Amérique du nord. Le médecin généraliste reste privilégié quand il s'agit de traiter la dépression. La psychothérapie reste systématiquement préférée à la médication mais l'attitude à l'égard de la médication s'est nettement améliorée au cours des vingt dernières années. Les personnes issues de la population générale ont de plus en plus de facilité à orienter quelqu'un vers un psychiatre ou un psychothérapeute, mais elles préfèrent cacher le fait qu'elles ont recours à un professionnel de santé mentale quand elles sont elles-mêmes affectées par un trouble psychique. Les auteurs soulignent un important écart entre les attitudes réelles du grand public à l'égard de la psychiatrie et celles perçues par les psychiatres eux-mêmes. Ils émettent l'hypothèse d'une tendance significative à l'auto-stigmatisation chez les psychiatres eux-mêmes (86).

Ainsi, si la stigmatisation et la discrimination concernent les personnes souffrant de troubles psychiques, l'on se rend compte que les professionnels de santé mentale sont également concernés, et ce dès le début de leurs études. C'est même la spécialité tout entière qui est encore fréquemment pointée du doigt et les médias, le grand public ou même les médecins ont tendance à « se ranger du côté de la critique négative et de l'*a priori* » (85).

5. Quels vecteurs de stigmatisation concernant les troubles psychiques ?

Loch et Rössler divisent les vecteurs de stigmatisation en trois niveaux principaux : le « palier macro », comprenant la population générale, les médias, la législation et les institutions de financement des soins en santé mentale ; le « palier intermédiaire » avec les professionnels de santé physique et psychique et les services de santé physiques et psychiques ; « le palier micro » ou « palier intime », comprenant la famille, les proches et les personnes touchées par la discrimination par l'auto-stigmatisation (87).

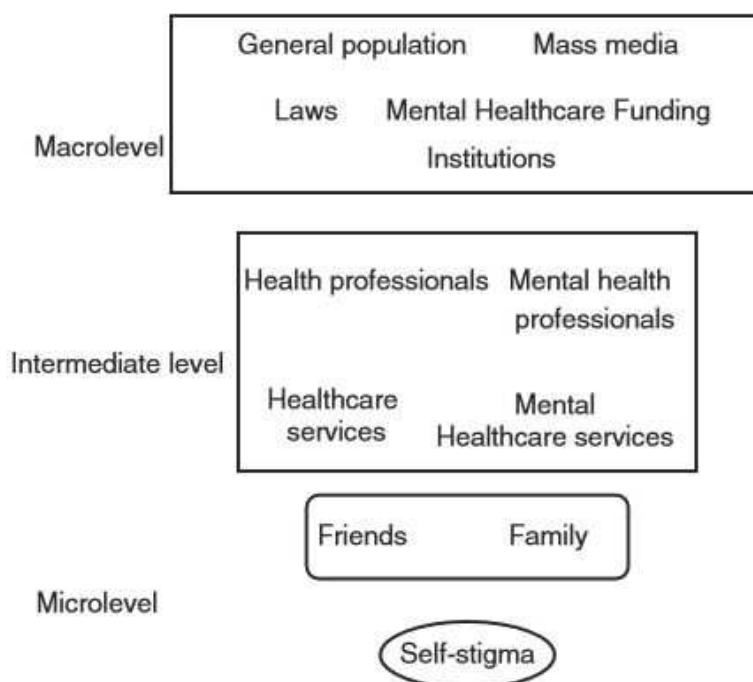


Figure 5. Les différents paliers de la stigmatisation des troubles psychiques selon Loch et Rössler (Loch et Rössler, 2012). Au niveau du palier macro, en haut, l'on retrouve la population générale, les médias de masse, la législation et les institutions de financement des soins en santé mentale. Au niveau du palier intermédiaire, au milieu, l'on retrouve les professionnels de santé physique et psychique et les services de santé physiques et psychiques. Au niveau du palier micro ou palier intime, en bas, l'on retrouve la famille, les proches et les personnes touchées par la discrimination par l'auto-stigmatisation.

Dans ce chapitre, nous nous concentrerons sur les professionnels de santé, dont les étudiants en médecine, en tant que vecteurs de stigmatisation et sur l'importance d'en faire une cible prioritaire d'intervention.

En effet, parmi les différents groupes qui ont été identifiés comme sources de stigmatisation et de discrimination, les professionnels de santé, mentale ou physique, y compris les étudiants en médecine, sont particulièrement représentés (88)(89).

Dans une étude réalisée par Arvaniti et al., une grande partie de leur échantillon, composé de professionnels de santé et d'étudiants en médecine dans un hôpital universitaire général, avait tendance à afficher des comportements discriminants à l'égard des patients souffrants de troubles psychiques, par exemple en imposant d'avantage de restriction aux

sorties alors qu'aucun argument ne le justifiait. Cependant, les auteurs observaient une corrélation négative entre les comportements discriminants et les contacts répétés avec ces patients (90).

Selon les résultats français de l'étude INDIGO (*INternational study of Discrimination and stIGma Outcomes*) concernant « la discrimination vécue par les personnes ayant reçu un diagnostic de troubles schizophréniques », près de la moitié (46%, dont 25% « beaucoup ») des répondants ont ressenti « un sentiment de non-respect, d'humiliation et/ou d'injustice à cause de (leurs) contacts avec des équipes de santé mentale ». Ce résultat soulève deux problématiques : les usagers sont stigmatisés par la population générale parce qu'ils fréquentent des équipes de santé mentale et ils sont également stigmatisés par ces mêmes équipes (60).

Des résultats similaires ont déjà été présentés dans une revue de la littérature de Schulze de 2007, où les patients souffrant de troubles psychiques ont rapporté que leur contact avec des professionnels de santé mentale et la qualité des services de santé mentale étaient deux des expériences les plus stigmatisantes qu'ils aient jamais vécues (91).

Selon l'article publié dans *The Lancet* en 2016, par Thornicroft et al., de nombreuses personnes atteintes de troubles psychiques déclarent que le personnel de santé, mentale ou physique, est une source majeure de stigmatisation et de discrimination et ce dans de nombreux pays à travers le monde. Les auteurs affirment aussi que « les personnes qui souffrent de troubles psychiques n'ont pas ressenti de diminution de la stigmatisation par les membres du personnel de soin au fil des années » (92).

En 2006, une enquête téléphonique a été menée auprès de 1073 professionnels de santé mentale (psychiatres, psychologues, infirmiers et autres thérapeutes) et de 1737 personnes de la population générale. Il a été constaté que les psychiatres avaient une vision

plus stigmatisantes des personnes souffrant de troubles psychiques que les autres professionnels de la santé et que la population générale. En outre, les psychiatres considéraient plus fréquemment les personnes atteintes de troubles psychiques comme « dangereuses, moins compétentes et plus dérangeantes sur le plan social ». Les professionnels de santé mentale avaient bien évidemment une meilleure base de connaissance concernant les troubles psychiques, ce qui expliquait en partie ces résultats. Les auteurs de cette étude rappelaient également que, du fait de sa connaissance, le rôle du psychiatre est aussi de « former et d'éduquer les non connaisseurs au sujet de la santé mentale ». Toutefois, les psychiatres doivent également rester conscients qu'ils adhèrent eux aussi à des stéréotypes négatifs et qu'ils ont des comportements potentiellement stigmatisants (93).

L'on pouvait s'attendre à ce que les professionnels de santé, et plus particulièrement les professionnels de santé mentale, aient une vision plus positive des personnes souffrant de troubles psychiques. Or, d'après les études décrites ci-dessus, ce n'est pas toujours le cas. Les résultats nous montrent que les professionnels de santé contribuent et renforcent la stigmatisation de ces troubles, parfois même plus que la population générale (87). Par conséquent, l'une des recommandations du *Royal College of Psychiatrist* au Royaume-Uni a été de sensibiliser les professionnels de santé, et notamment les psychiatres, à ce problème (94).

Comme le rappellent Magliano et al. (95), les professionnels de santé mentale devraient être sensibilisés aux préjugés qu'ils peuvent avoir à l'égard des personnes souffrant de troubles psychiques dans la mesure où ils peuvent influencer la perception du grand public ainsi que favoriser l'acceptation sociale de ces personnes.

Enfin, comme nous le verrons par la suite, les professionnels de santé peuvent aussi contribuer très largement à devenir des vecteurs de « déstigmatisation » en ce qui concerne les troubles psychiques.

II. Stratégies de déstigmatisation concernant les troubles psychiques

Comme nous l'avons indiqué précédemment, la stigmatisation et la discrimination associées aux troubles psychiques restent un fardeau majeur pour les personnes qui en souffrent, leurs familles et la société. Des efforts ont été déployés depuis les années 1950 pour réduire les préjugés à l'égard des personnes atteintes de troubles psychiques, mais ils restent omniprésents (10).

Au cours des dernières décennies, nous avons assisté à une augmentation de la volonté de lutter contre la stigmatisation et, malgré une prise de conscience tardive, la lutte contre celle-ci est désormais reconnue comme un objectif majeur des politiques de santé françaises (97) et internationales (98). Dans son rapport sur la santé dans le monde de 2001, l'OMS cite d'ailleurs la stigmatisation comme « l'un des plus grands obstacles au traitement des maladies mentales » (99).

Tournons maintenant notre attention vers les recommandations officielles et les différentes stratégies et interventions efficaces possibles visant à réduire la stigmatisation.

1. Recommandations actuelles

A. Au niveau international

a. Recommandations de l'OMS

La prise de conscience du fait que les troubles psychiques sont courants et constituent un problème majeur de santé publique a considérablement augmenté au cours des dernières années. Depuis le début des années 2000, les organismes internationaux et les gouvernements nationaux ont pris un engagement accru à cet égard. Par exemple, l'OMS a

fait de la lutte contre la stigmatisation des troubles psychiques un impératif de santé publique. Deux grands programmes ont ainsi été proposés : en 2001, sur les nouveaux concepts et les nouveaux espoirs pour la santé mentale (99), et en 2005 sur la lutte collective contre la stigmatisation (98).

A plusieurs égards, de nombreux progrès ont été réalisés depuis ces deux programmes. La prise de conscience et l'acceptation de la « bonne santé mentale » en tant que valeur et droit indispensables ont continué à se développer au niveau international. De nouvelles alliances et de nouveaux partenariats se sont formés, notamment avec des organisations de la société civile qui plaident en faveur de l'amélioration des droits et de l'accès aux services pour les personnes souffrant de troubles psychiques et leurs familles. En outre, la base de données sur les ressources disponibles dans les pays et les interventions efficaces, réalisables et abordables à mettre en œuvre dans les pays à faible et moyen revenu s'est considérablement améliorée (100)(101).

Néanmoins, à d'autres égards, la situation actuelle n'est pas différente de ce qu'elle était il y a une vingtaine d'années. La violation des droits de l'homme à l'encontre des personnes souffrant de troubles psychiques reste encore trop répandue (102) et les ressources allouées à la santé mentale restent extrêmement modestes avec un écart au niveau des traitements plus important que jamais (103).

C'est à la lumière de ce constat qu'en mai 2013, tous les États membres de l'OMS ont approuvé le « Plan d'Action pour la santé mentale 2013-2020 » (104). Ce plan d'action s'articule autour de 4 objectifs, tous conçus pour servir l'objectif général de « promouvoir le bien-être mental, prévenir les troubles psychiques, fournir des soins, améliorer le rétablissement, promouvoir les droits de l'homme et réduire la mortalité, la morbidité et

l'invalidité des personnes atteintes de troubles mentaux ». Les objectifs, résumés par S. Saxena et al. (105) sont les suivants :

- renforcer l'efficacité du leadership et de la gouvernance en matière de santé mentale ;
- fournir des services de santé mentale et des services sociaux complets, intégrés et adaptés aux soins en santé mentale communautaire ;
- mettre en œuvre des stratégies de promotion et de prévention en matière de santé mentale ;
- renforcer les systèmes d'information et la recherche en santé mentale.

Le plan d'action reconnaît aussi l'importance de la stigmatisation des troubles psychiques. En particulier, il note qu'en raison de la stigmatisation et de la discrimination qui en résulte, les droits fondamentaux des personnes souffrant de troubles psychiques sont souvent bafoués avec de nombreuses restrictions quant au droit au travail, au logement, à l'éducation, etc.

La vision du plan d'action proposé par l'OMS est celle d'un monde dans lequel « la santé mentale est valorisée et promue, où les troubles mentaux sont évités et où les personnes atteintes de ces troubles peuvent exercer tous leurs droits et accéder à des services de soins et sociaux adaptés afin de favoriser leur rétablissement », dans le but d'atteindre « le niveau de santé le plus élevé possible et de participer pleinement à la société et au travail, sans stigmatisation ni discrimination » (104).

Enfin, ce plan d'action reconnaît clairement que des efforts sont encore nécessaires de la part des gouvernements et des partenaires de la société civile afin de réduire la stigmatisation des troubles psychiques.

b. Recommandations de la WPA

C'est en 1996 que la World Psychiatric Association (WPA - Association Mondiale de Psychiatrie) a lancé un programme international de lutte contre la stigmatisation et la discrimination en santé mentale, plus connu sous le nom de « *Open the doors* »(101)(107)(108). Ce programme était initialement axé sur la stigmatisation de la schizophrénie plutôt que sur les autres troubles psychiques et la maladie mentale en général. Il y a plusieurs raisons à cela. Tout d'abord, le terme « schizophrénie » est un paradigme de la santé mentale et l'opinion publique, lorsqu'on lui demande de décrire une personne souffrant de troubles psychiques, cite systématiquement des symptômes tels que le délire et les hallucinations, caractéristiques de la schizophrénie, comme étant les signes distinctifs d'un « fou ». La stigmatisation liée à la schizophrénie est aussi plus importante que celle liée à d'autres troubles psychiques. Enfin, le choix de la schizophrénie comme axe central du programme rend la définition des activités du programme moins complexe et l'évaluation de son succès plus simple (109).

Les objectifs du programme international de la WPA sont les suivants :

- dissiper les stéréotypes et les préjugés concernant la schizophrénie ;
- améliorer l'attitude du public à l'égard des personnes qui sont ou ont été atteintes de schizophrénie et de leurs familles ;
- encourager des actions visant à éliminer la discrimination et les préjugés.

Pour atteindre ces objectifs, les différents membres de cet engagement international s'accordent sur trois principes fondamentaux (109) :

- les buts et objectifs du programme doivent être élaborés sur la base des priorités et des besoins des personnes qui souffrent de schizophrénie, et de leurs familles,

recueillis à partir d'évaluation quantitatives et qualitatives des besoins et réalisés grâce à leur participation active à tous les aspects de l'élaboration, de la mise en œuvre et de l'évaluation du programme ;

- les programmes locaux doivent encourager une large participation des membres de la communauté, au-delà du seul secteur de la santé mentale : il est important que les participants viennent d'horizons divers ;
- les équipes doivent s'engager à créer de campagnes viables sur le long terme.

Au total, le programme de la WPA a réalisé pas moins de 200 interventions différentes et travaillé avec 12 groupes cibles différents dans 18 pays. Il convient de noter que la France ne fait pas parti de ce programme. Ces groupes cibles ont été définis sur la base des propriétés et des besoins recueillis auprès des personnes atteintes de schizophrénie et de leurs familles et nous donnent ainsi un aperçu des sources de stigmatisation les plus courantes. Sur les 18 premiers sites étudiés, 15 visaient les médecins généralistes et autres personnels de santé, ce qui en fait le groupe cible le plus fréquent. Les autres groupes cibles comprenaient les élèves des écoles primaires et secondaires (n=13), les journalistes et les médias (n=13), les psychiatres et les professionnels de la santé mentale (n=12), les personnes atteintes de schizophrénie (n=11), les familles et les amis des personnes atteintes de schizophrénie (n=11), le grand public (n=11) ; les membres de la communauté religieuse et du clergé (n=6), les fonctionnaires et les organisations non gouvernementales (n=5), les entreprises et les employeurs (n=5), les étudiants en médecine (n=3), et le personnel judiciaire et les forces de l'ordre (n=2) (110).

Ces différentes interventions consistaient en des programmes éducatifs basés sur le contact (n=12), des programmes de protestation (n=6), des campagnes médiatiques utilisant

la télévision ou la radio (n=10), ainsi que des productions théâtrales dirigées par les consommateurs et des grands concerts de charité impliquant des célébrités internationales (n=8). La majorité des sites ont publié leurs résultats dans des revues scientifiques (109).

Ces approches éducatives et basées sur le contact avec les populations cibles sont conformes aux données de la littérature scientifique (3)(10)(110)(111) et ont obtenu des résultats satisfaisants (112).

c. Recommandations de l'EPA

L'European Psychiatric Association (EPA) a été fondée en 1983 à Strasbourg avec deux objectifs principaux : créer une association de psychiatres européens pour promouvoir la recherche, le traitement et l'éducation en Europe sur la question des troubles psychiques et agir en tant que médiateur privilégié entre les praticiens et les autorités publiques dans le domaine de la politique de santé mentale.

L'EPA entretient des contacts étroits avec le Conseil de l'Europe, la plus ancienne organisation internationale de défense des droits de l'homme en Europe. Depuis 2003, l'EPA bénéficie d'un statut participatif auprès du Conseil de l'Europe, ce qui lui facilite d'avoir une connaissance approfondie et permanente des questions débattues au Conseil et d'y participer activement.

Chaque année, l'association organise un congrès scientifique qui attire plus de 3000 participants d'Europe et d'ailleurs. Un accent particulier est mis sur les questions éthiques liées aux soins des personnes souffrant de troubles psychiques.

A l'occasion du 30^e anniversaire de l'EPA, un symposium centré sur la stigmatisation et intitulé « Les personnes atteintes de maladie mentale sont-elles vraiment des citoyens européens ? », dirigé par Norman Sartorius a eu lieu à Strasbourg en 2013 (113). Son objectif

était de sensibiliser les participants à l'importance de mettre en place des actions et des dispositions législatives appropriées pour protéger les personnes concernées par des troubles psychiques. Le symposium a abordé les aspects politiques, éthiques et culturels de la stigmatisation et de la discrimination en Europe. M. Kastrup (114) a résumé les principaux engagements pris lors de cet événement :

- promouvoir et défendre le respect des personnes atteintes de maladie mentale et l'élaboration et la mise en œuvre de lois et d'autres réglementations visant à garantir le respect des droits et l'homme et des droits civils de ces personnes, ainsi que de leurs familles et de leurs proches ;
- lutter contre la discrimination et pour la mise à disposition de soins équitables et de qualité aux personnes atteintes de troubles psychiques, indépendamment de l'âge, du sexe, de la sexualité, de la nationalité, de la religion ou de l'origine ethnique ;
- agir en tant qu'individus et experts du domaine psychiatrique contre toute discrimination fondée sur la maladie mentale ou le handicap psychique et faire tout son possible pour prévenir et surmonter la stigmatisation ;
- protéger la confidentialité des informations relatives aux personnes souffrant de troubles psychiques.

Sur le plan pratique, l'EPA organise depuis 2002 des cours dans le cadre de la formation médicale continue conçus pour répondre aux demandes des professionnels travaillant dans le domaine des soins en santé mentale. Ces cours sont ouverts à tous les membres et ont pour objectif d'améliorer les connaissances sur les troubles psychiques et de proposer des exemples concrets de stratégies pour lutter contre la stigmatisation. Des cours tels que « Comment développer un programme de lutte contre la stigmatisation et la discrimination

de la schizophrénie » ou « Combattre la stigmatisation et la discrimination avec un budget limité » ont connu un grand succès (114).

L'EPA a également élaboré de nombreux documents de référence à l'intention des professionnels de santé mentale. Parmi ceux-ci, l'article de Bhugra et al. (115) qui explore les causes potentielles des attitudes négatives envers les psychiatres et la psychiatrie avec quelques contre-stratégies proposées. Les auteurs concluent que les psychiatres et les autres professionnels de la santé, en plus de leur rôle de soignants, doivent également assumer un rôle de meneur (*leadership* dans le texte) et devenir des défenseurs des droits des patients et de leurs familles. Les soignants sont ici considérés à la fois comme vecteurs de stigmatisation et comme agent potentiels de lutte contre celle-ci.

B. En France

a. *Le programme pluriannuel « Psychiatrie et santé mentale » de la HAS*

En France, la politique de santé mentale est déterminée par une série de textes allant de circulaires à des lois qui se succèdent depuis plus de 60 ans (116). Pour la mettre en œuvre, les pouvoirs publics s'appuient depuis 2001 sur des plans nationaux, en collaboration avec la HAS. Ces plans nationaux sont en cohérence avec les priorités établies par le ministère des Solidarités et de la Santé (117).

Le plan « Psychiatrie et santé mentale 2005-2008 » a placé la déstigmatisation des troubles psychiques en tête de liste et cette priorité est réitérée dans le plan de 2011. Ce plan prévoyait notamment des « campagnes de communication à long terme et en différents volets » afin d'améliorer les connaissances du grand public sur la dépression et la schizophrénie (118). Cependant, peu d'actions d'envergure ont finalement été mises en œuvre en France et celles qui l'ont été n'ont eu qu'un impact limité. A. Milon cite notamment

l'exemple de la campagne sur la dépression chez l'adulte conduite par l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES), campagne qui a souffert de divergences de vues « sur le caractère médical ou sociétal du trouble et sur les préconisations faites » (119).

Plus récemment, l'ancienne ministre française des Solidarités et de la Santé, Agnès Buzyn, dans son rapport de juin 2018, a soutenu la mise en place d'actions « de sensibilisation ou de formation des médecins, des médias, des usagers des services de santé mentale et de la population générale » afin de contribuer à « déstigmatiser ces maladies et les personnes touchées » (120). Le 28 juin 2018 l'ancienne ministre a présenté sa feuille de route pour la santé mentale et la psychiatrie lors du 1^{er} Comité Stratégique de la Santé Mentale et de la Psychiatrie. Trente-sept mesures ont été proposées, déclinées autour de trois grands axes d'intervention pour « porter une vision positive de la santé mentale, déterminant essentiel de la santé, et pour promouvoir une psychiatrie qui ne soit plus le parent pauvre de la médecine » (120).

b. Les recommandations des CLSM

La question de la santé mentale étant actuellement très présente dans le paysage social, il était nécessaire qu'un travail collaboratif entre les différents acteurs de la cité et de la santé mentale puisse se mettre en place. La convergence entre le développement de la psychiatrie citoyenne et la sensibilisation des élus à la souffrance et au handicap psychique a été le moteur de la création des Conseil Locaux de Santé Mentale (CLSM) en France. Le CLSM se définit comme « une plateforme de concertation et de coordination entre les élus locaux d'un territoire, la psychiatrie publique, les usagers et les aidants. Il a pour objectif de définir et mettre en œuvre des politiques locales et des actions permettant l'amélioration de la santé mentale des populations concernées » (121).

Comme le cadre législatif entourant les CLSM est basé sur des mesures incitatives, il ne s'agit pas d'instances obligatoires et hiérarchiques. Toutefois, les CLSM répondent aux recommandations émanant (122) :

- de la stratégie européenne sur la santé mentale engagée par l'OMS depuis 2005 (98) ;
- de l'Union européenne, qui fait référence aux CLSM depuis 2010 comme l'un des outils techniques permettant de formaliser les recommandations formulées par l'OMS au niveau local ;
- le Plan Psychiatrie et Santé Mentale 2011-2015 ;
- la cour des comptes ;
- du Haut conseil de la santé publique.

Leurs objectifs stratégiques sont :

- mettre en place un observatoire en santé mentale ;
- permettre l'accès et la continuité des soins ;
- favoriser l'inclusion sociale et l'autonomie des usagers ;
- participer aux actions de lutte contre la stigmatisation ;
- promouvoir la santé mentale ;
- mettre en œuvre le volet « santé mentale » lorsqu'il existe un contrat local de santé établi entre la ville et les Agences régionales de santé.

En ce qui concerne la lutte contre la stigmatisation, des actions de préventions et d'informations sur les troubles psychiques sont régulièrement mises en œuvre. A titre d'exemple, des Semaines d'Information sur la Santé Mentale (SISM) sont organisées depuis plus de 20 ans (122). A partir d'un thème fixé chaque année par le comité de coordination,

chacun est libre de mettre en place des projets qui répondent aux objectifs de la SISM, à savoir l'information sur la santé mentale et sa promotion. Plusieurs centaines d'événements ont ainsi lieu durant la deuxième semaine de mars sur l'ensemble du territoire national (visites de structures de soins, témoignages, débats, films, concerts, etc.). Depuis 5 ans à Strasbourg, le CLSM de l'Eurométropole et les bénévoles de l'Union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques (Unafam) organisent une marche pour la santé mentale dans le but de déstigmatiser les troubles psychiques et de promouvoir le lien positif entre activité sportive et le bien-être mental. L'édition 2020 des SISM qui devait aborder le thème « Santé mentale et discriminations », prévue du 16 au 29 mars, a malheureusement été annulée en raison de l'épidémie de Covid-19 (123).

2. Quelles stratégies ?

A. Stigmatisation publique

La littérature scientifique identifie trois approches pour réduire la stigmatisation publique des troubles psychiques : la protestation, l'éducation et le contact (124)(3)(111)(125).

a. La protestation

Parmi les différentes stratégies de lutte contre la stigmatisation des troubles psychiques, la protestation est la moins étudiée (126).

Selon les travaux de N. Rüsç et al. (10), la protestation est essentiellement utilisée contre des déclarations publiques, des reportages ou des publicités stigmatisantes et plusieurs interventions ont réussi à modifier de telles déclarations publiques. Il s'agit ici d'envoyer deux

types de messages : l'un aux diffuseurs de contenus stigmatisants afin qu'ils cessent de véhiculer des idées reçues, l'autre à la population générale afin qu'elle cesse de croire en ces visions négatives des troubles psychiques. Bien que des recherches en psychologie sociale aient montré que la protestation peut conduire à la suppression des stéréotypes et des comportements discriminatoires, deux problèmes se posent dans la pratique (127) :

- premièrement, l'élimination des idées reçues exige beaucoup d'efforts et de ressources, et la population générale est réticente à apprendre de nouvelles informations qui contrediraient les anciennes ;
- deuxièmement, il semble y avoir un « effet rebond » : les sujets à qui l'on demande de supprimer ces idées reçues les verront plutôt renforcées.

La protestation semble donc être efficace en tant que stratégie réactive pour réduire les comportements stigmatisants, mais moins efficace pour promouvoir de nouvelles attitudes positives.

Dans un article paru en 2015, H.S. Peek et al. (128) identifient les psychologues et les psychiatres comme des voix précieuses contre la stigmatisation en ligne. Des appels sont lancés aux professionnels de la santé mentale à créer des blogs de sensibilisation ou à utiliser des réseaux sociaux tels que *Twitter* (129) pour mieux informer le grand public sur les troubles psychiques et contrer les stéréotypes négatifs que l'on retrouve fréquemment en ligne. En effet, Internet est de plus en plus utilisé pour rechercher des informations médicales, et ses informations sont susceptibles d'influencer les décisions des gens concernant leur santé (130)(131). Les professionnels de santé mentale ont tout intérêt à atteindre ce public croissant en devenant actif sur Internet.

L'on peut aussi citer l'exemple du programme BASTA (132) (Bavarian Anti Stigma Action), signifiant « assez » en allemand et en italien, mené depuis Munich et qui comprend

des campagnes de protestation, des alertes sur les messages stigmatisants dans les médias et des programmes éducatifs. Ce programme était destiné aux écoles, aux employés, aux policiers et aux médias. En se concentrant sur une fonction de suivi des messages diffusés au grand public, BASTA semble être efficace pour stopper une majorité de messages très stigmatisants (133).

Un autre exemple est l'importante mobilisation contre une épreuve de l'émission de Fort Boyard, jeu télévisé, intitulée « L'Asile ». Joan, qui anime le blog « Comme des fous » résume l'épreuve (134) : « En passant la porte d'entrée du *Boyard Psychiatric Hospital*, le candidat se retrouve dans un sas, où Passe-Muraille lui enfile une camisole de force. Sur le vêtement sont accrochés plusieurs petites balles blanches et rouges [...] Pour ressortir de la salle capitonnée et récupérer la clé dans la première partie de la cellule, le candidat doit se secouer, se contorsionner et se frotter contre les murs [...] Mais dans la salle capitonnée sans porte de sortie, les candidats deviennent fous rapidement ! Pour compliquer la tâche, l'ensemble de la cellule tourne sur elle-même. » Cette épreuve a évidemment suscité la colère de nombreuses associations et collectifs d'utilisateurs dont « SOS Psychophobie » (135), qui a dénoncé dans une pétition « une représentation dévalorisante et stigmatisante des personnes psychiatriquées et hospitalisées en psychiatrie » et qu'une « telle représentation contribue à banaliser ces pratiques (la contention, la mise en isolement, etc) en les transformant en spectacle ». La pétition a recueilli plus de 2600 signatures et le Conseil Supérieur de l'Audiovisuel a finalement émis « une mise en garde » à France Télévisions, jugeant l'épreuve « caricaturale et stigmatisante à l'égard des personnes souffrants de troubles psychiatriques ou psychiques ». L'épreuve a été rebaptisée « Cellule capitonnée » et a fait l'objet d'un nouveau travail de montage pour les émissions futures (136).



Illustration 2. Épreuve de "L'Asile" renommée "Chambre capitonnée" (Fort Boyard, 2017).

b. L'éducation

L'éducation est, dans ce contexte, la communication d'informations vérifiées pour que le public puisse avoir un avis éclairé sur les troubles psychiques. Les interventions éducatives visent à réduire la stigmatisation en remplaçant les mythes et les stéréotypes négatifs par des faits. Ces interventions peuvent prendre diverses formes ou bénéficier de différents supports : livres, enseignement, vidéos, programmes structurés, campagnes de prévention, etc. Elles présentent l'avantage d'être peu coûteuses, facilement reproductibles et d'avoir une large portée.

Les recherches relatives à ces interventions suggèrent que les changements en termes de comportement ne sont pas souvent évalués et que le degré de changement atteint peut être faible et relativement bref (137). Il existe cependant des approches éducatives plus globales qui peuvent améliorer les connaissances sur la santé mentale et également réduire certains aspects de la stigmatisation.

C'est notamment le cas des approches fondées sur « la connaissance en santé mentale » ou « *mental health literacy* », un concept développé par le professeur australien A.F. Jorm dans les années 1990 (138). Le professeur Jorm a constaté des inégalités importantes entre les connaissances du grand public sur les maladies somatiques et psychiques. Ainsi, s'il est largement admis que le grand public utilise les connaissances scientifiques disponibles en ce qui concerne les maladies somatiques pour les reconnaître, les prévenir et les traiter, ce n'est pas le cas pour les maladies psychiques. Le concept de « connaissance en santé mentale » n'est pas simplement une question de connaissances, mais plutôt « un savoir global permettant d'agir au profit de sa propre santé mentale ou celle des autres » (138). Ce concept comporte de nombreux éléments, notamment « la connaissance des moyens de prévenir les troubles mentaux, la reconnaissance du moment où le trouble se développe, la connaissance des possibilités de recherche d'aide et des traitements disponibles, la connaissance des stratégies d'auto-assistance efficaces pour les problèmes plus légers et les compétences en matière de premiers secours pour aider les autres qui développent un trouble mental ou qui sont en crise ». Ces connaissances doivent être largement diffusées auprès des patients afin de mieux gérer leur maladie, auprès des soignants pour apporter un soutien efficace aux personnes atteintes et à leur familles, et plus largement à la population générale (139).

Un exemple d'intervention éducative fondée sur cette approche est le programme « *Mental Health First Aid* », une série de cours destinés au grand public ou à des populations plus ciblées, développé par B. Kitchener et T. Jorm en Australie puis mis en œuvre dans d'autres pays du monde qui a conduit à une amélioration des connaissances sur les troubles psychiques, à une augmentation des comportements bienveillants et à une réduction des comportements discriminatoires à l'égard des personnes concernées (140)(141).

Les stratégies éducatives sont les plus efficaces pour combattre la stigmatisation de la schizophrénie (142). Elles sont les plus adaptées aux enfants et aux adolescents (125). Elles représentent actuellement les méthodes les plus fréquemment utilisées (92).

En France, l'on peut citer l'exemple de la campagne de sensibilisation « Accepter les différences, ça vaut aussi pour les troubles psychiques », lancée en 2005 par le Centre Collaborateur de l'OMS pour la recherche et la formation en santé mentale (CCOMS) en partenariat avec les associations de familles et d'usagers. Il s'agit de la première campagne de sensibilisation aux troubles psychiques en France et consiste en la communication d'informations précises sur la santé mentale par le biais de différents supports de communication (télévision, réseaux sociaux, presse et affiches). L'affiche de la campagne montrait une tache symétrique (principe d'une tache d'encre sur une feuille de papier pliée en deux) semblable à celle que l'on trouve dans le test de Rorschach, où chacun peut voir quelque chose de différent avec le texte « Et si votre voisin voit autre chose que vous... Vous le mettez à l'écart ? » (143).



Illustration 3. Exemple d'affiche diffusée au cours de la campagne « Accepter les différences, ça vaut aussi pour les troubles psychiques » (2015).

Dans un autre genre, l'on peut aussi évoquer la chaîne YouTube « Le PsyLab » (144) animée par Christophe Debien, psychiatre et ancien responsable des urgences psychiatriques du CHU (Centre Hospitalo-Universitaire) de Lille, et Geoffrey Marcaggi, psychiatre à Louvroil avec la vocation de rendre accessible gratuitement et de manière ludique des informations fiables sur les troubles psychiques, ou encore la chaîne Youtube de « La psychiatre zinzin », gérée par une psychiatre qui préserve son anonymat et qui a pour objectif de déconstruire les mythes liés au monde de la psychiatrie (145).

Les chercheurs et les thérapeutes s'intéressent également de plus en plus à l'impact des jeux vidéo. Il s'agit d'une industrie en pleine extension qui génère des bénéfices substantiels et l'on estime qu'il y aura 2 milliards de joueurs en 2020 (146). Au-delà du simple divertissement, les jeux vidéo se sont avérés efficaces pour promouvoir l'apprentissage en raison de leur interactivité, de leur attrait, de leur capacité à maintenir l'engagement des participants et de leur propension à l'apprentissage émotionnel(147)(148). Les recherches montrent que les jeux vidéo sont adaptés pour promouvoir, sensibiliser et éduquer aux questions liées à la santé mentale, ainsi que pour changer la perception qu'ont les joueurs des troubles psychiques (149). Un exemple en est le récent jeu *Hellblade : Senua's Sacrifice* (150), où le joueur incarne Senua, une guerrière Pictes, qui développe un trouble psychotique suite à la destruction de son village et à la mort de l'amour de sa vie. Le jeu se concentre sur son voyage à travers les terres interdites du royaume de Hel pour ramener l'âme de son amour perdu. Au cours de sa quête, l'héroïne devra vaincre de nombreux ennemis démoniaques tout en faisant face à divers symptômes de son trouble psychotique, tels que des hallucinations auditives et visuelles. Pendant les temps de chargement ou lors du lancement du jeu, le joueur voit s'afficher sur son écran des informations sur les troubles psychiques ainsi que des sites internet fiables à consulter pour obtenir des informations ou de l'aide supplémentaires. En

collaborant avec des professionnels de la santé mentale, des chercheurs et des personnes ayant eu des troubles psychiques, les développeurs ont créé une expérience de jeu qui dépeint la psychose de manière réaliste et non stigmatisante (151). Les développeurs du jeu se sont aussi inspirés d'études qui ont montré que le fait d'exposer des personnes en bonne santé à des simulations d'hallucinations peut améliorer l'empathie et la compréhension envers les personnes souffrant de troubles psychiques (152)(153). Après la sortie du jeu, les développeurs ont proposé un documentaire vidéo expliquant l'ensemble du processus de développement de *Hellblade* et la manière dont ils ont collaboré avec les professionnels de santé mentale (154). Le documentaire comportait aussi des témoignages de joueurs, tel que voici : « J'ai eu un épisode psychotique il y a plusieurs années, mon frère n'a jamais su comprendre [...] Je l'ai entendu dire qu'il avait honte de moi [...] Après avoir fait ce jeu, il est revenu vers moi et s'est excusé. Vous avez réussi à faire passer un message que je n'ai jamais pu. ».

c. Le contact

Le contact avec les personnes atteintes de troubles psychiques pourrait renforcer les effets des stratégies éducatives sur la réduction de la stigmatisation. Lorsque l'éducation et le contact sont combinés, ce dernier semble être l'intervention la plus efficace (155). Dans le même ordre d'idée, l'on comprendra que le bénéfice des discussions et des échanges entre les personnes atteintes de troubles psychiques et la population générale est plus important qu'une lecture qui serait effectuée devant un auditoire silencieux.

Les recherches en psychologie sociale montrent que les membres d'une majorité auront un comportement moins stigmatisant envers les membres d'une minorité après les

avoir rencontrés (45)(156). Ces conclusions peuvent s'appliquer aux personnes souffrant de troubles psychiques (157).

Les différents facteurs permettant de créer un environnement propice aux contacts interpersonnels et à la réduction de la stigmatisation sont notamment l'égalité de statut entre les différents participants, les interactions coopératives et le soutien institutionnel (158). En comparaison à l'éducation, le contact est plus susceptible d'améliorer les attitudes, car un contact agréable et constructif, par opposition à une information abstraite, aura tendance à favoriser les associations entre caractéristiques positives et les membres du groupe stigmatisé (159). Chez les adultes, le contact est plus efficace que l'approche éducative (125).

Deux types de contacts interpersonnels sont décrits : le contact direct, c'est-à-dire face à face, et le contact indirect, par exemple au moyen d'un écran interposé. Les deux types de contact sont efficaces pour réduire les comportements discriminatoires (160). Si certaines études montrent que le contact direct est plus efficace (125), des études plus récentes montrent, au contraire, que cette tendance est de moins en moins vérifiée (161)(126).

Dans une étude publiée en 2016 dans *The Lancet*, G. Thornicroft et son équipe démontrent que le contact est le type d'intervention le plus efficace pour améliorer les connaissances et les attitudes liées à la stigmatisation à court terme notamment pour des « groupes spécifiques, tels que les étudiants » (92). Dans un article de 2019, l'auteur constate que le contact est l'intervention la plus efficace chez les jeunes adultes s'il est combiné avec l'éducation (161). Déjà en 2012, Arboleda-Florez avait constaté que « les approches basées sur les contacts permettaient une amélioration des connaissances, une réduction des attitudes négatives et une diminution du désir de distanciation sociale chez les lycéens, les étudiants en psychologie, en journalisme et en médecine » mais déplorait que ce type

d'intervention, bien que prometteur, soit peu utilisé dans la formation des professionnels de santé (3).

Cette promotion d'une plus grande connaissance et familiarité avec les personnes souffrants de troubles psychiques est étayée par le fait bien établi que la connaissance personnelle d'une personne qui souffre de troubles psychiques est associée à une plus grande tolérance générale concernant ce type de troubles (162). L'on peut donc s'attendre à ce que les campagnes qui encouragent le contact avec les personnes atteintes de troubles psychiques conduisent à une amélioration des attitudes et à une meilleure intégration de ces personnes. Il apparaît cependant que les bénéfices observés lors de ces campagnes ciblées ne se retrouvent pas nécessairement à plus grande échelle, lors de campagnes nationales ou internationales (133). En effet, le bénéfice à long terme de ces campagnes n'a pas été exploré et doit faire l'objet d'un examen plus approfondi (162).

d. Association de deux stratégies : éducation et contact

La combinaison des approches éducative et par le contact semble être une approche complète et optimale en termes de réduction de la stigmatisation et d'amélioration des attitudes envers les personnes atteintes de troubles psychiques (10)(89)(161). Il s'agit de la deuxième approche la plus utilisée actuellement (92).

Afin de lutter au mieux contre la stigmatisation structurelle, il est nécessaire de multiplier les enquêtes sur les sources de stigmatisation, de sélectionner les groupes-cibles, de choisir les messages et les médias, d'évaluer l'impact des interventions et d'affiner continuellement leur contenu et leur qualité.

Ces interventions doivent aussi contenir des informations adaptées à l'âge des personnes ciblées (163).

B. L'auto-stigmatisation

L'auto-stigmatisation est fréquente chez les personnes souffrant de troubles psychiques. Les résultats d'une vaste enquête, menée auprès de 1 000 participants atteints de schizophrénie dans 14 pays montrent que près d'un sur deux a signalé des niveaux d'auto-stigmatisation modérés à élevés (164). Parmi les personnes souffrant de troubles bipolaires ou de dépression, environ une sur cinq présentait un niveau élevé d'auto-stigmatisation. Ces chiffres, ainsi que les conséquences de l'auto-stigmatisation, détaillées dans la première partie, suggèrent que des interventions auprès des personnes souffrant de troubles psychiques doivent être mises en place. Les principales stratégies décrites dans la littérature scientifique sont présentées ci-dessous, mais il convient de préciser que ces stratégies sont le plus souvent combinées entre elles.

a. La psychoéducation

La psychoéducation ou l'éducation thérapeutique vise à former les patients atteints de maladies chroniques (et leur entourage) à être actifs dans le processus de soins et de gestion de la maladie. Il ne s'agit pas seulement d'une transmission d'informations, mais aussi « d'une méthode pédagogique adaptée aux troubles ayant pour but une clarification de l'identité, une appropriation du pouvoir et une modification des attitudes et des comportements » (165).

La psychoéducation des personnes atteintes de troubles psychiques et souffrant d'auto-stigmatisation consiste à donner des informations vérifiées sur leurs troubles afin de réduire la mauvaise image qu'ils ont d'eux-mêmes. Ainsi, elle fournit des informations sur l'étiologie du trouble, sur la manière dont l'auto-stigmatisation se développe et affecte les personnes concernées et sur les nombreux clichés véhiculés. Elle peut également présenter des exemples de personnes atteintes de troubles psychiques plus ou moins sévères qui ont

été capables de réussir sur le plan professionnel et personnel (166). L'objectif est ici de corriger la vision négative et déformée des troubles psychiques et de donner une image plus positive et plus réaliste de ceux-ci.

Il s'agit actuellement de l'intervention la plus amplement testée comme moyen de lutte contre l'auto-stigmatisation (167). Dans une méta-analyse datant de 2016, les auteurs notent que si « la plupart des interventions proposées concernant l'auto-stigmatisation sont efficaces, la psychoéducation, incluant des techniques de restructuration cognitive, semble être la plus performante » (168).

b. La restructuration cognitive

La restructuration cognitive est un ensemble de techniques utilisées dans la thérapie cognitivo-comportementale. Les participants apprennent à identifier les liens entre les événements, les pensées, les comportements et les émotions afin d'identifier et modifier une pensée dysfonctionnelle (par exemple la pensée défaitiste ou auto-dévalorisante) (169). Dans notre cadre, l'auto-stigmatisation peut être considérée comme un schéma de pensée dysfonctionnel et la personne concernée devra être aidée à distinguer les pensées automatiques négatives, à en tester leur validité et à développer des pensées alternatives plus fonctionnelles. Par exemple, une personne atteinte d'un trouble psychique qui pourrait penser « Je ne suis pas capable de fonctionner normalement parce que je suis fou », pourrait aussi aborder cette pensée avec des preuves contradictoires telles que « Je sais faire la cuisine et j'aide souvent ma famille dans les tâches ménagères » et être ainsi amené à penser par exemple « J'ai beau avoir un trouble psychique, mais je suis quand même capable d'atteindre des objectifs qui comptent pour moi et mes proches ».

c. La pleine conscience

La pleine conscience, *mindfulness*, est un état qui consiste à concentrer l'attention sur l'expérience en cours, de manière ponctuelle et sans porter de jugement (170). Il s'agit d'un entraînement visant à maintenir la conscience de ses sensations, pensées ou sentiments actuels, tels que la respiration ou les sensations corporelles, afin de les expérimenter au fur et à mesure qu'ils surgissent et s'atténuent. Les personnes souffrant de troubles psychiques sont encouragées à éviter de juger leurs potentielles pensées auto-stigmatisantes et les émotions associées et à les considérer comme des événements passagers de leur esprit. L'objectif n'est pas de lutter pour se distancier de ses pensées ou émotions potentiellement auto-stigmatisantes, mais de s'entraîner à vivre avec elles, sans pour autant être d'accord avec elles (171). Les individus prennent ainsi du recul par rapport à leurs pensées plutôt que de les voir comme un reflet de la réalité, ce qui réduit le risque d'auto-stigmatisation. A titre d'exemple, chaque fois qu'une personne pense « Je suis quelqu'un de mauvais parce que je souffre d'un trouble psychique », elle peut se dire à la place « Ce n'est qu'une pensée passagère », en l'observant et en ne portant aucun jugement.

De nombreuses études récentes (172)(173) confirment l'efficacité de la pleine conscience dans la réduction de l'auto-stigmatisation.

d. La divulgation

La divulgation de son trouble psychique peut protéger contre les conséquences négatives de la stigmatisation (10). Selon Corrigan et al., les personnes qui révèlent certains aspects de leur trouble jouissent souvent d'une plus grande autonomie, d'une meilleure estime de soi et d'une plus grande confiance quant à la poursuite de leurs objectifs de vie (174). Toutefois, avant de partager leur expérience, les personnes concernées doivent évaluer

le rapport entre les risques et les avantages de la divulgation dans différents contextes et à qui et comment divulguer. Corrigan et Rao soulignent différents niveaux de divulgation, allant de l'évitement social complet et du secret jusqu'à la divulgation complète des troubles psychiques, sans filtre (175).

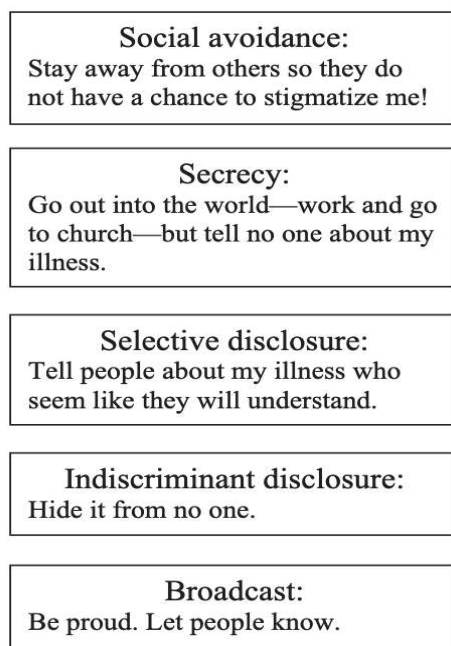


Figure 6. Les différents niveaux des stratégies de divulgation (Corrigan et Rao, 2012). De haut en bas ; évitement social : rester loin des autres pour qu'ils n'aient pas la chance de me stigmatiser ; garder le secret : sortir voir le monde, travailler et aller à l'église mais ne parler à personne de ma maladie ; divulgation sélective : parler de ma maladie à des personnes qui peuvent comprendre ; divulgation sans discernement : ne cacher la maladie à personne ; divulgation complète : être fier et faire savoir.

En réponse à ces constatations, les auteurs ont développé le programme « *Coming Out Proud* » (COP) pour aider les personnes souffrant de troubles psychiques à faire face à la divulgation. Il s'agit d'un programme en trois parties qui aborde les questions clés liées à la divulgation, à savoir : 1) le rapport bénéfice-risque de la divulgation de son trouble psychique, 2) l'éventail des approches stratégiques de la divulgation et 3) les avantages du soutien par les pairs (174).

Les premiers résultats du programme COP sont prometteurs dans la mesure où ils montrent une réduction de l'auto-stigmatisation et une diminution du stress lié à la stigmatisation dans le groupe d'intervention par rapport au groupe contrôle. Le fait de divulguer son trouble psychique s'est aussi avéré être un facteur qui renforce le sentiment d'autonomie personnelle (*empowerment*), ce qui a amélioré le bien-être du groupe intervention (176).

La divulgation offre de nombreux avantages, tels qu'une amélioration de l'estime de soi et de l'efficacité personnelle, qui favorisent la santé mentale laquelle peut, à son tour, améliorer la santé physique et le bien-être de la personne. La divulgation peut également améliorer les relations dans de nombreux contextes sociaux, y compris dans le milieu professionnel (174). Cependant, elle peut avoir des contreparties sérieuses telles que des préjudices et des conduites discriminatoires (commérages, exclusion des événements professionnels ou des projets professionnels, remise en cause des compétences, etc.) (177). Le rapport bénéfice-risque en faveur de la divulgation dépend donc de l'individu concerné et du contexte dans lequel il évolue (les conséquences de la divulgation ne seront pas les mêmes dans le milieu professionnel qu'au sein d'une communauté religieuse, par exemple). Il appartient donc à la personne concernée de choisir si elle souhaite ou non divulguer son trouble. Elle peut être accompagnée dans cette démarche par un professionnel de santé, un membre de sa famille ou un pair, par exemple. Les entretiens motivationnels semblent être efficaces pour faciliter la prise de décision (174).

e. Le soutien par les pairs

Le soutien par les pairs, ou « *peer support* », est le soutien de personnes qui ont vécu un trouble psychique pour d'autres personnes qui en sont victimes. Il s'agit d'une ressource

importante dans la lutte contre l'auto-stigmatisation. Ces programmes, plus ou moins structurés, sont conçus pour renforcer le sentiment d'autonomie et d'auto-détermination. Les groupes de soutien par les pairs offrent un soutien émotionnel, de l'empathie et fournissent des informations sur le rétablissement et les capacités d'adaptation. L'acte de partager avec les autres, ou d'aider les autres, donne aux gens la possibilité d'affirmer leur indépendance et leur estime de soi (175). La participation à des groupes d'entraide favorise l'identification à un groupe ou la fierté d'en faire partie, ce qui peut encourager les personnes atteintes de troubles psychiques à se tourner vers leurs pairs pour obtenir de l'aide et accroître leur sentiment d'autonomie (174)(178).

Le concept de soutien par les pairs en ligne, « *online peer-to-peer support* », se développe également et cette nouvelle forme d'interaction sociale a été décrite comme l'une des plus innovantes dans le domaine de l'e-santé (santé numérique) (179). Alors que les réseaux sociaux et les médias en ligne prennent de plus en plus d'importance dans nos vies, il n'est pas surprenant de voir des personnes souffrant d'un trouble psychique, plus ou moins sévère, partager leur expérience de la maladie, demander des conseils, apprendre les uns des autres et se soutenir mutuellement (180)(181).

Dans une étude de 2016 (182), les personnes atteintes d'un trouble psychique grave (trouble bipolaire, trouble schizo-affectif ou schizophrénie) ont déclaré avoir tiré profit de l'interaction avec leurs pairs en ligne grâce à « une meilleure connexion sociale, un sentiment d'appartenance au groupe et le partage d'histoires personnelles et de stratégies pour faire face aux difficultés quotidiennes de la vie avec un trouble psychique ». En apprenant de leurs pairs en ligne, ces personnes peuvent avoir un aperçu des décisions importantes en matière de soins de santé, ce qui pourrait favoriser des comportements de recherche de soins. Ces personnes pourraient également avoir accès à des interventions en faveur du bien-être

mental et physique par le biais de médias sociaux qui pourraient intégrer un soutien mutuel entre pairs, aider à promouvoir l'engagement dans leur traitement et atteindre une population plus large. Il existe néanmoins des risques comme l'exposition à des informations trompeuses, le fait de faire face à des commentaires hostiles ou désobligeants de la part d'autres personnes ou le fait de se sentir plus incertain quant à son état de santé.

Un essai randomisé publié dans *The Lancet* en 2018 a évalué l'efficacité d'un programme d'autogestion faisant intervenir des « pairs-aidants », qui ont eux-mêmes vécus et se remettant d'un trouble psychique, sur le taux de réadmission dans les unités psychiatriques de soins aigus de patients souffrant d'une pathologie psychiatrique (183). Les auteurs ont constaté que le risque de réadmission dans l'unité psychiatrique de soins aigus était significativement réduit dans le groupe des patients ayant bénéficié de séances d'entraide entre pairs par rapport au groupe de contrôle qui n'avait qu'un cahier d'activité personnel. Ces résultats confirment donc l'impact réel de la collaboration entre pairs.

f. L'empowerment

Au-delà des actions à mener pour remettre en cause les représentations sociales fausses ou négatives, il est nécessaire de réaffirmer la position civique des personnes touchées par les troubles psychiques. Mais plus que cela, il est indispensable que les personnes touchées par la stigmatisation incarnent et défendent elles-mêmes leur position civique. On parle ici de tout ce qui peut favoriser *l'empowerment*.

L'empowerment peut se définir comme le pouvoir d'agir et de décider, ce qui permet de retrouver un sentiment de contrôle sur sa vie, sur soi-même et sur son environnement. Sa clef réside dans la « transformation des rapports de force et des relations de pouvoir entre les individus, les groupes, les services et les gouvernements » (184). N. Rüschi et son équipe

considèrent *l'empowerment* et *l'auto-stigmatisation* comme des opposés sur le même *continuum* (185). *L'empowerment* est essentiel pour réduire *l'auto-stigmatisation* (167). Plusieurs auteurs ont montré une corrélation positive entre *l'empowerment*, le bien-être, le rétablissement et la réduction de *l'auto-stigmatisation* chez les personnes souffrant de troubles psychiques (186)(187). Plusieurs moyens existent pour le renforcer (188) : 1) permettre aux personnes atteintes de troubles psychiques de participer plus activement au traitement, ce qui leur donne un plus grand contrôle sur leur maladie ; 2) favoriser leur participation au partage des connaissances sur les troubles psychiques ; et 3) développer les formations aux compétences dispensées par les groupes de soutien par les pairs. Pour A. Caria et al., chaque personne individuellement, ainsi que les associations d'usagers et de proches collectivement, peuvent jouer un rôle clef dans la modification des rapports de force, qui peut être mises en œuvre à plusieurs niveaux (189) :

- le développement de pratiques psychiatriques respectueuses des droits de l'homme ;
- l'intégration du point de vue des usagers à tous les niveaux ;
- la prestation des soins psychiatriques dans la cité ;
- le développement d'une offre de soins psychiatriques basée sur les concepts de rétablissement et de réhabilitation ;
- la réforme de la formation initiale et continue des professionnels de santé mentale ;
- la possibilité d'un recours systématique à la plainte en cas de maltraitance ou de discrimination.

Favoriser *l'empowerment* pour agir contre la stigmatisation et la discrimination implique notamment la notion de « participation ». Cette notion a été largement développée depuis la loi du 4 mars 2002 relative au droit des malades (190). Elle vise à reconnaître les personnes non plus comme des « patients victimes d'une maladie » mais comme des

« utilisateurs d'un système de santé » possédant des connaissances et des compétences potentiellement utiles à d'autres personnes malades ou à des professionnels de santé. Cette notion de participation ne signifie pas seulement « inviter » des usagers « à assister » mais aussi les interroger activement, les écouter et prendre en considération leurs points de vue sur les questions qui les concernent. C. Loubières et al. (191) précisent que même si cette « parole se libère », elle ne va pas encore de soi, tant pour ceux qui l'expriment que pour ceux qui la reçoivent. En effet, pour la personne affectée par un trouble psychique, il faut oser et assumer de s'exprimer publiquement face au grand public ou à des professionnels de santé sur son expérience subjective de la maladie, qui n'a pas nécessairement été prise en compte jusqu'à présent, voire remise en cause. Pour les professionnels de santé, cela implique de recevoir une voix qui « revendique, qui défend, qui s'oppose ». La relation thérapeutique évolue, elle n'est plus une interaction entre le connaissant et l'ignorant ou entre un expert et un profane, mais plutôt un partenariat.

Ainsi, les savoirs expérientiels des personnes concernées ou ayant fait l'expérience d'un trouble psychique ne devraient plus être mis de côté. Ils doivent être valorisés dans la mesure où ils complètent les connaissances académiques et expérientielles des professionnels de santé. Il ne s'agit pas d'exclure un savoir pour un autre, mais plutôt de proposer une approche globale qui apportera les meilleures réponses aux questions concernant la santé mentale.

L'intégration dans les équipes de soins des personnes ayant vécu un trouble psychique et qui se sont rétablies se généralise. Il convient de rappeler que le « rétablissement », ou « *recovery* », est un concept anglo-saxon qui trouve son origine dans les mouvements d'usagers des années 1980 et 1990, qui prônait la reprise du pouvoir d'agir (*empowerment*)

et la défense des droits des « patients ». Il s'agit d'un parcours personnel permettant à la personne de se réapproprier sa vie afin de se réinsérer dans la société. L'un des fondateurs du mouvement de rétablissement, Bill Anthony, a décrit ce processus comme « un moyen de vivre une vie satisfaisante, remplie d'espoir et productive malgré les limites dues à la maladie. [...] Le rétablissement va de pair avec la découverte d'un nouveau sens et d'un nouveau but dans sa vie, en surmontant les effets catastrophiques de la maladie mentale... » (192). Le rétablissement se concentre donc sur le devenir global de la personne, sur la réalisation de soi et pas seulement sur l'évolution du trouble et la réduction des symptômes.

Ainsi, depuis plusieurs années, différents pays développent des programmes visant à professionnaliser la médiation en santé par les pairs. Les terminologies varient selon les programmes mais évoquent toutes la même fonction : l'on parle de « pairs-aidants » au Québec, de « *peer support worker* » au Royaume-Uni ou de « médiateurs de santé/pairs » (MSP) en France. Même si les modalités d'application de ces différents programmes varient, ils sont tous basés sur un principe commun, celui du partage d'expérience.

Dans le cadre du programme MSP en France, en cours depuis 2012 (193), les médiateurs intégreront les services de soins et travailleront en collaboration avec les équipes. Leurs compétences résideront sur leur savoir expérientiel de la maladie, complété par une formation universitaire spécifique. Il convient également de noter que le co-formateur « expert par expérience » (EPE) de la formation READ que nous avons mis en place à Strasbourg a rejoint le programme MSP.

C. Stigmatisation structurelle

Il ne suffit pas d'améliorer les attitudes et les comportements des gens pour lutter contre la stigmatisation. En effet, malgré les meilleures intentions au niveau individuel, la

discrimination peut persister en raison de lois ou de règlements sociaux et culturels anciens et non réévalués (194). Des initiatives globales de lutte contre la stigmatisation des patients souffrants de troubles psychiques peuvent influencer sur la discrimination structurelle en s'attaquant spécifiquement à la législation, au financement des soins en santé mentale ou à la défense des droits des personnes concernées.

Selon Cook et al., il y a deux niveaux auxquels l'on peut agir pour réduire la stigmatisation structurelle. Premièrement, par des interventions au niveau individuel, comme nous l'avons vu plus haut, qui peuvent, au fil du temps, modifier les comportements du grand public. Deuxièmement, par des interventions s'adressant directement au niveau structurel, soit en ciblant la société dans son ensemble, soit en ciblant des institutions spécifiques (les entreprises, les services de soins, les médias, etc.) (195).

a. La réforme législative

L'une des principales stratégies de lutte contre la stigmatisation structurelle décrite dans la littérature est l'action sur le plan législatif ou réforme législative (3)(186). Elle vise à promouvoir de nouvelles lois pour interdire toute discrimination envers les personnes victimes d'un trouble psychique et pour garantir leur protection. Une telle réforme législative ne peut se limiter à des réformes du droit de la santé et doit être étayée par de nombreuses lois concernant les différents domaines de la vie des personnes concernées, tels que l'éducation, l'emploi ou le logement (196).

En outre, la législation doit renforcer les mécanismes de protestation en prévoyant des voies de recours pour les personnes dont les droits ont été violés (197).

Le développement de la législation visant à lutter contre la stigmatisation et la discrimination des troubles psychiques a pris de l'importance ces dernières années avec la

mise en place de la « Convention relative aux droits des personnes handicapées », adoptée par l'Assemblée générale des Nations unies le 13 décembre 2006 (197). Il s'agit d'une convention internationale pour "promouvoir, protéger et assurer" la dignité, l'égalité devant la loi, les droits de l'homme et les libertés fondamentales des personnes souffrant de tout type d'handicap. La convention définit les personnes avec un handicap comme « celles qui présentent des incapacités physiques, mentales, intellectuelles ou sensorielles durables ». L'objectif est la pleine jouissance des droits fondamentaux de l'homme par les personnes avec un handicap et leur participation active à la vie politique, économique, sociale et culturelle (198). A ce jour, 182 pays l'ont ratifiée, dont la France (199).

b. Le plaidoyer

Une autre stratégie pour lutter contre la stigmatisation structurelle, étroitement liée à la réforme législative, est le concept du « plaidoyer en faveur de la santé mentale » ou « défense des droits en santé mentale » - « *mental health advocacy* » (3). Elle vise à garantir que les personnes atteintes d'un trouble psychique puissent effectivement jouir des droits et libertés offerts par la législation et prévoit des voies de recours en cas de politiques et de procédures inéquitables. L'OMS définit ce concept comme « un moyen de sensibiliser la population générale à l'importance des questions de santé mentale et de faire en sorte que la santé mentale soit à l'ordre du jour des décideurs politiques et des bailleurs de fonds » (200). Le « plaidoyer en faveur de la santé mentale » peut faire appel à une variété d'actions telles que la sensibilisation, la diffusion d'informations, l'éducation, la formation, l'entraide, le conseil, la médiation et la dénonciation (201). Bien qu'il n'y ait pas de recherche permettant de quantifier l'effet de ce plaidoyer, l'OMS a fait état en 2003 de résultats positifs avec des

améliorations chez les responsables politiques, des changements positifs dans les lois et les règlements et des améliorations dans la protection des droits de l'homme (202).

La législation sur l'équité en matière d'emploi est un exemple de législation qui nécessite un plaidoyer fort. Le lien entre le dénuement socio-économique et le handicap psychique a été largement reconnu et a incité de nombreux gouvernements à promulguer des lois adaptées aux travailleurs en situation de handicap (203). Cette législation impose généralement des exigences spécifiques aux employeurs, telles que la mise en place d'aménagements appropriés pour les employés avec un handicap et l'interdiction de toute discrimination dans tout aspect de l'emploi (embauche, licenciement, salaire, promotion, etc.). Néanmoins, l'une des faiblesses de la législation sur l'équité en matière d'emploi est qu'elle suppose que les employeurs se conforment aux exigences imposées par le cadre légal, ce qui n'est pas nécessairement le cas en l'absence de contrôle actif. Par ailleurs, les employés en situation de difficulté doivent connaître leurs droits et disposer de ressources suffisantes pour introduire et soutenir une réclamation si nécessaire (204)(196).

Il existe actuellement deux études dans la littérature sur l'efficacité d'une modification de la législation pour l'équité en matière d'emploi des personnes atteintes de troubles psychiques. L'une a été menée aux États-Unis et l'autre au Royaume-Uni. Dans les deux cas, il a été constaté que la législation avantageait les employeurs, la majorité des réclamations (87% au Royaume-Uni et 63% aux États-Unis) étant résolues en leur faveur. Les auteurs expliquent ces résultats par le fait que les employés atteints de troubles psychiques avaient une compréhension limitée de leurs droits et étaient désavantagés dans les démarches de recours (196).

Toutefois, Sayce nuance ces résultats et suggère une amélioration de la situation due à une augmentation de la proportion d'employeurs ayant une réglementation en faveur des personnes souffrant de troubles psychiques. L'auteur conclut qu'il est essentiel d'améliorer et de mieux appliquer la législation d'une part, tout en continuant de promouvoir les avantages universels d'une société plus inclusive, d'autre part (205).

c. Sensibilisation des médias

La représentation négative des personnes atteintes d'un trouble psychique dans les médias est souvent considérée comme un stigmatisme structurel (206). Les médias d'information ont un rôle bien établi dans la perpétuation de la stigmatisation des troubles psychiques et sont donc une cible prioritaire d'intervention pour les actions de déstigmatisation (207). Plusieurs études internationales montrent que les interventions visant à améliorer les connaissances et les attitudes des journalistes à l'égard des personnes victimes d'un trouble psychique sont pertinentes et efficaces (208)(209).

Une étude réalisée en 2013 par G. Thornicroft et al. a montré que de vastes campagnes de sensibilisation auprès de la population générale pouvaient améliorer la couverture médiatique des troubles psychiques et augmenter le nombre d'articles « anti-stigmatisation », contribuant ainsi à créer un cercle vertueux (210).

Les lignes éditoriales des médias d'information doivent être modifiées pour éviter, notamment, de donner des détails précis ou d'accorder une importance excessive au sensationnalisme. Des efforts doivent être faits pour que les médias jouent un rôle éducatif. A cette fin, une meilleure collaboration entre les acteurs de la santé mentale et le milieu journalistique est nécessaire (211). Cela implique une plus grande accessibilité du monde de la psychiatrie aux médias.

En 2016, H. Stuart a fait un certain nombre de propositions concernant les médias d'informations, dont (203) :

- la nécessité d'examiner s'il est approprié ou non de diffuser un reportage sur le suicide ;
- tenir compte de l'impact que le reportage diffusé peut avoir sur les personnes vulnérables ;
- omettre les descriptions détaillées des méthodes utilisées dans les cas de suicide ;
- omettre des informations spécifiques sur le lieu d'un incident grave ;
- choisir les bons mots et la bonne terminologie.

Un exemple récent de collaboration entre psychiatres et journalistes est le programme français « Papageno », soutenu par le Ministère de la Santé, le Groupement d'Études et de Prévention du Suicide et la Fédération Régionale de Recherche en Psychiatrie et Santé Mentale Nord-Pas-De-Calais (212). Il s'agit d'un programme visant à améliorer la qualité du traitement médiatique du suicide en vue de sa prévention. Il s'appuie sur les liens existants entre les médias et le suicide, via les effets Werther et Papageno (213). Le premier correspond à un effet de « contagion de masse », lié à la diffusion de contenus à risque dans les médias traditionnels ou sur les réseaux sociaux, tandis que le deuxième est un effet protecteur, associé à un traitement médiatique approprié et précautionneux du suicide. Les résultats de l'évaluation de ce programme sont encore en cours mais les premières données présentées lors du Congrès Français de Psychiatrie en 2019 semblent prometteuses (214).

d. Changement de la terminologie

Comme l'étiquette diagnostique joue un rôle majeur dans le phénomène de la stigmatisation et de la discrimination, plusieurs auteurs ont proposé de changer le nom de certains termes particulièrement stigmatisés, tels que celui de « schizophrénie ».

Le mouvement visant à rebaptiser le terme « schizophrénie » provient en grande partie du Japon et de l'Asie du Sud-Est.

Au Japon, le terme officiel utilisé depuis 1937 « *seishin-bunretsu-byo* », signifiant littéralement « maladie de la division de l'esprit » a été renommé en 1996 par « *togo-shitcho-sho* » ou « trouble de l'intégration » en 1996. Le nouveau terme a été promu lors du 12^e congrès international de la WPA (215). Les arguments en faveur de ce changement de terminologie étaient qu'il s'agissait « d'un terme facile à comprendre, n'entraînant pas de désavantage social pour le patient et ne représentant pas une maladie mais un syndrome ».

En Corée du Sud, des chercheurs ont proposé un nom pouvant se traduire par « trouble de l'accordage » (216). Une étude réalisée en Corée du Sud en 2018 a montré que ce changement de terme avait une résonance plus positive auprès des étudiants en médecine, des professionnels de santé et des patients (217).

Le terme actuel en Chine peut être traduit par « division de l'esprit », ce qui est considéré comme très stigmatisant. Un autre terme, qui signifie « dysrégulation de la pensée et des émotions », a été comparé à l'ancien et a montré une association moindre du nouveau nom à la dangerosité (218). Le désir de distanciation sociale, en revanche, n'a pas été significativement différent (219).

A Hong-Kong, le terme « *jing shen fen lie* » ou « division de l'esprit » est toujours en usage mais un nouveau terme « *si jue shi tiao* » a récemment été introduit. Ce dernier évoque un « dysfonctionnement de la pensée et de la perception » et indique également qu'il s'agit

d'un trouble qui se prête davantage à une prise en charge thérapeutique. Ce nouveau terme est bien accepté par la population générale et les professionnels de santé car il est considéré comme moins stigmatisant, bien qu'aucune étude n'ait encore montré une réduction significative de la stigmatisation (220).

A. Lasalvia et al. (221), après avoir passé en revue la littérature existante, résumant les avantages et les inconvénients de renommer la schizophrénie. Parmi les avantages, le nouveau terme est potentiellement plus acceptable pour les patients et pour les professionnels de santé, améliore l'image publique de la maladie et des personnes qui en souffrent, et présente une image plus réaliste de la maladie, donnant de l'espoir et favorisant le rétablissement. En revanche, les inconvénients résident dans le fait que le changement de nom peut entraîner un désaccord entre les professionnels et entraver la communication du diagnostic ainsi que créer une confusion au sein de la population générale en suggérant à tort qu'une vérité fondamentale sur la schizophrénie a été récemment découverte. Les auteurs soulignent que le changement de terminologie ne doit pas être simplement sémantique mais doit être accompagné d'un changement du modèle conceptuel de la maladie.

La question du changement du terme « schizophrénie » s'est également posée au moment de l'approbation de la 11^e Classification internationale des maladies par l'OMS en janvier 2018 et bien que le terme reste pour le moment inchangé (222), il est important que le débat se poursuive, en collaboration avec tous les acteurs concernés par cette classification, à savoir aussi bien les représentants des États membres de l'OMS, les professionnels de santé, que les usagers et les aidants. Ces derniers sont évidemment au centre de leurs diagnostics et de leurs traitements.

Pour conclure ce chapitre, il convient de rappeler que la stigmatisation structurelle des

troubles psychiques reste encore peu étudiée, d'où le peu de preuves empiriques concernant l'efficacité des différentes interventions pour la réduire (223).

3. Quelles sont les populations à cibler ?

Nous avons vu précédemment que de nombreux acteurs étaient impliqués dans les efforts visant des changements en ce qui concerne la stigmatisation des personnes atteintes de troubles psychiques. De même, il existe de nombreux programmes d'intervention, parfois indépendants les uns des autres ou même contradictoires. L'appréciation de la diversité de la population générale montre clairement qu'il ne peut y avoir un seul public cible dans les efforts de lutte contre la stigmatisation et la discrimination. La stigmatisation provenant de nombreuses sources, il est primordial de s'attaquer à ces différentes sources pour espérer obtenir un changement efficace et durable.

Dans la revue de la littérature réalisée en 2004 par Link et al. la moitié des interventions trouvées s'adressaient à la population générale (224). Plus récemment, les travaux de Corrigan et de Thornicroft ont mis en évidence une augmentation des interventions ciblant des sous-groupes spécifiques (92)(125). Plusieurs études montrent également que la réduction de la stigmatisation au sein de ces sous-groupes peut améliorer la qualité et les opportunités de vie des personnes atteintes de troubles psychiques (225)(226).

A. Population générale

Les programmes de lutte contre la stigmatisation destinés à la population générale sont coûteux, lourds à organiser et avec des résultats mitigés (227)(228). Dans une revue de la littérature datant de 2016, Thornicroft conclut que les interventions de masse ciblant la

population générale présentent des avantages à court terme pour le changement de comportement à l'égard des personnes atteintes de troubles psychiques. En revanche, il n'y a pas d'amélioration significative des connaissances sur la santé mentale (229).

B. Population cible

La sélection de sous-groupes d'intérêt rend les interventions de lutte contre la stigmatisation plus efficaces et efficientes (226)(229). L'on retrouve dans la littérature divers avantages à cette méthode, tels que : un coût moindre, moins de personnel nécessaire, une meilleure interaction entre le public cible et les intervenants, la possibilité d'utiliser l'approche par contact, et la possibilité de transmettre des connaissances précises sur les troubles psychiques à la population cible (230). Les groupes cibles ont été identifiés sur la base (231)(225)(226) :

- d'un niveau élevé de contact avec les personnes ayant des troubles psychiques (professionnels de santé, travailleurs sociaux, etc.) ;
- d'une position de pouvoir (forces de l'ordre, législateurs, décideurs politiques, etc.) ;
- d'un fort potentiel de changement pour l'avenir et des représentations sociales en développement (étudiants, jeunes, etc.) ;
- d'une influence de masse importante (les médias).

Dans la revue de la littérature citée plus haut, G. Thornicroft souligne néanmoins qu'il faut veiller à ne pas trop généraliser les enseignements d'un groupe à l'autre (229). La forme et le contenu des interventions doivent être réévalués régulièrement de sorte à être adaptés à la population cible.

Voyons maintenant en détail pourquoi il est nécessaire de cibler les professionnels de santé et les étudiants en médecine.

a. Professionnels de santé

Les représentations et les croyances des professionnels de santé par rapport aux troubles psychiques influencent le traitement qu'ils dispensent aux personnes atteintes de ces troubles, tant au niveau de leur comportement que de leur prise en charge thérapeutique (232). Une revue de la littérature réalisée par Clark et al. (233) qui s'est intéressée aux professionnels de santé de différents services d'urgence a montré que le personnel qui n'était pas éduqué et formé à la question des troubles psychiques était régulièrement en difficulté et pouvait manifester un comportement agressif ou craintif face à des patients atteints de troubles psychiques. À l'inverse, le personnel qui avait été formé et éduqué à ces troubles était plus apte à s'engager auprès des patients et était plus susceptible de leur transmettre des messages d'espoir et de rétablissement.

B. Henderson et al. ont examiné 16 études d'interventions portant sur la réduction de la stigmatisation en relation avec les troubles psychiques en général ou des troubles plus spécifiques (par exemple, le trouble de la personnalité borderline et les troubles addictifs) parmi différents groupes de professionnels de santé somatique ou de santé mentale. La plupart des interventions étudiées étaient de nature éducatives et basées sur le contact. Les interventions éducatives se sont avérées efficaces pour réduire les comportements stigmatisants, en particulier chez les professionnels de santé somatique ayant peu ou pas de formation en santé mentale. Certaines études ont également fait état d'une amélioration des connaissances des troubles psychiques (234). Les changements positifs observés ont été

durables dans les études qui ont fait l'objet d'une évaluation de suivi, mais peu d'entre elles ont fait l'objet d'un tel suivi (235)(236).

Une formation à la réduction de la stigmatisation pour les professionnels de santé a été dispensée dans le cadre du programme canadien de lutte contre la stigmatisation « *Opening Minds* » (237). Dans le cadre d'une revue de la littérature réalisée en 2014, trente-sept programmes d'éducation par contact ont été évalués afin d'identifier les éléments les plus efficaces de ces interventions pour réduire la stigmatisation. Le tableau ci-dessous (tableau 1) présente un résumé de ces résultats. Les formes multiples de contact et l'accent mis sur le parcours de rétablissement ont été identifiés comme les éléments les plus significatifs (238)(239). Il convient de noter que l'intervention READ, présentée en dernière partie, intègre la plupart de ces éléments.

Tableau 1. Éléments clés des programmes de lutte contre la stigmatisation auprès des professionnels de santé (S. Knaak, 2014).

- Assurer le contact sous la forme d'un témoignage personnel qualifié ayant fait l'expérience d'un trouble psychique ;
- utiliser plusieurs formes de contact (par exemple, présentation en direct par un intervenant, présentation vidéo, présence de plusieurs intervenants) ;
- mettre l'accent sur les changements de comportements en enseignant au public des compétences pratiques pouvant l'aider dans sa pratique (par exemple, enseigner ce qu'il faut dire ou faire) ;
- prendre du temps pour déconstruire les mythes et les représentations erronées ;
- avoir un animateur ou formateur enthousiaste avec une approche centrée sur la personne (c'est-à-dire une perspective axée sur la personne plutôt que sur la pathologie) pour donner le ton et orienter les messages du programme ;
- mettre l'accent sur le parcours de rétablissement comme élément clé du programme.

Cibler les professionnels de santé semble donc être efficace dans la mesure où cela permet de réduire la stigmatisation et les comportements discriminatoires à l'égard des personnes atteintes de troubles psychiques. Cependant, la plupart des programmes ciblant les professionnels de santé sont mis en œuvre et évalués en tant qu'interventions "ponctuelles". Il serait utile de mener des recherches longitudinales en utilisant des modèles à méthodes mixtes qui permettent de suivre la mise en œuvre d'efforts plus soutenus de réduction de la stigmatisation au sein des organisations et des établissements de soins de santé sur la durée (239).

En ce qui concerne plus spécifiquement les professionnels de santé mentale, B. Schulze rappelle, dans une revue de la littérature, qu'ils peuvent aussi potentiellement devenir des agents « anti-stigmatisation ». L'auteur mentionne ainsi 4 différentes étapes en ce sens (91):

- augmenter la prise de conscience quant aux aspects particulièrement stigmatisant de la pratique clinique en psychiatrie ;
- favoriser la participation des personnes atteintes des troubles psychiques et de leurs proches ;
- reconnaître que la lutte contre la stigmatisation fait partie intégrante de la profession ;
- accroître la participation des professionnels de santé mentale aux campagnes pour obtenir d'avantage de ressources auprès des responsables politiques.

Les professionnels de santé mentale doivent être conscient du pouvoir de l'annonce diagnostique en psychiatrie et des conséquences de « l'étiquetage psy ». Cela implique de réfléchir soigneusement à l'opportunité d'annoncer ou non à un stade précoce un diagnostic à la famille de la personne concernée, lorsque le psychiatre identifie les premiers symptômes. Dans tous les cas, la divulgation des troubles doit se faire en collaboration avec les patients.

Les professionnels de santé mentale ont également un rôle à jouer pour démystifier les troubles psychiques et en réfuter les notions fatalistes concernant le diagnostic. Le fait de disposer des résultats d'études récentes permet aux professionnels de donner des explications scientifiques tant aux patients qu'au grand public (240).

Les professionnels de santé mentale doivent s'efforcer, à la lumière des symptômes des patients et de la physiopathologie de la maladie, de trouver des moyens pour améliorer la qualité de vie des patients. Cela inclut la réintégration des patients dans des activités régulières dans un cadre régulier comme objectif inhérent à la prise en charge. Il est toutefois important de ne pas tomber dans le piège de la normalisation en fixant des objectifs irréalisables qui pourraient mettre en échec la prise en charge (241).

B. Schulze et al. réitèrent également l'importance de la nécessité d'une forte collaboration entre les services de santé mentale et leurs collègues d'autres spécialités médicales ainsi que d'autres partenaires pertinents au sein de la communauté. Ce sont ces types de collaborations qui ont le potentiel de combattre les stéréotypes existants sur les psychiatres et leurs patients, et de contribuer à l'intégration de la psychiatrie dans les soins de santé générale (91).

b. Étudiants en médecine

Les interventions destinées aux étudiants en médecine ont permis de constater que les attitudes de ceux-ci sont plus susceptibles de changer au début de leurs études et de leur formation, et que ces attitudes ont tendance à se consolider à mesure que les étudiants progressent dans leurs études (242). Il est donc nécessaire d'intervenir de manière précoce auprès des étudiants en médecine.

Les interventions basées sur la combinaison de l'éducation et du contact sont jugées les plus efficaces auprès des étudiants en médecine (3)(242).

Jusqu'à présent, les interventions de déstigmatisation des troubles psychiques auprès des étudiants en médecine se sont centrées sur le rôle des étudiants comme vecteurs de discrimination. Ces dernières montraient des changements à court terme concernant l'attitudes des participants (243). La capacité à devenir un agent de lutte potentiel contre la stigmatisation n'a pas été abordée (244).

4. Exemples internationaux de lutte contre la stigmatisation

En 2000, l'OMS a lancé une campagne intitulée « Non à l'exclusion, Oui aux soins » (245) dont les objectifs étaient de combattre les préjugés, d'accroître les connaissances et de modifier l'attitude du grand public à l'égard des troubles psychiques. La campagne visait également à encourager les prestataires de soins de santé et les responsables politiques à améliorer les services et à assurer l'accès et l'égalité des soins. La campagne a rappelé l'importance des troubles psychiques dans le monde et a souligné que la majorité des personnes touchées étaient privées de traitement. Elle a également fourni des données rectificatives concernant les « mythes » entourant les troubles psychiques, comme le fait qu'il ne s'agit pas de « vraies maladies » ou que la seule solution est d'enfermer les malades. La technique employée dans cette campagne comprenait la distribution de brochures, de plaquettes, d'affiches, d'autocollants, ainsi que le développement de matériel audio-visuel et de sites internet. Les professionnels de santé, les particuliers, les familles, les collectivités, les dirigeants, les médias et les ONG (Organisations Non Gouvernementales) ont été invités à unir leurs efforts pour participer activement aux activités de promotion et à la prévention des troubles psychiques en organisant des événements au niveau local. Ainsi, des manifestations

de masse telles que des concerts, des représentations théâtrales, des expositions d'art, des matchs, des rassemblements ou encore des marches ont eu lieu dans les communautés locales et les capitales. Un exemple est l'organisation d'un grand concours scolaire dans plus de 80 pays pour les jeunes de 6 à 18 ans afin qu'ils expriment leur point de vue sur la santé mentale par le biais de dessins et de récits. Les finalistes sont venus à Genève pour partager leurs expériences lors de la 54^e Assemblée mondiale de la santé. L'une des finalistes, Bibbie Kumangai, a déclaré : « J'ai très bien compris que l'alcoolisme est une maladie qui détruisait non seulement la vie de (mon père) mais aussi celle de ceux qui l'aiment, particulièrement la famille... Je sais maintenant qu'il n'aurait rien pu faire pour s'en sortir sans notre aide. J'ai appris à respecter et à comprendre les gens qui sont différents, pour les aider. Parfois il n'en faut pas plus » (246). Les différents travaux ont été rassemblés dans un livre destiné aux enfants, aux instituteurs et aux professionnels de santé.

Une autre illustration intéressante d'une campagne nationale de lutte contre la stigmatisation est le programme *Time to change* (TTC) lancé au Royaume-Uni en 2007, qui vise à cibler la stigmatisation et la discrimination des troubles psychiques, leurs origines et leurs conséquences au niveau national (247). La première phase du programme TTC (2007-2011) a consisté en plusieurs interventions, dont une campagne de marketing social, des programmes destinés à des groupes spécifiques, notamment les étudiants en médecine, les enseignants, les directeurs d'école et les employeurs, des initiatives locales de lutte contre la stigmatisation, des programmes destinés à promouvoir le contact avec des personnes atteintes de troubles psychiques qui ont vécu un parcours de rétablissement et l'utilisation fréquente de réseaux sociaux tels que *Twitter* ou *Facebook* pour favoriser le partage d'expériences. La deuxième phase (2011-2015) s'est appuyée sur les expériences et les données de la première phase pour proposer des programmes de plus en plus concrets et

adaptés. Les résultats de la première phase ont montré, au Royaume-Uni, une réduction significative des comportements stigmatisants et une tendance positive (mais non significative) quant aux attitudes envers les personnes souffrant de troubles psychiques (248). Les données cumulées des deux phases ont montré des améliorations significatives au niveau des comportements et des attitudes (249). En outre, l'on observe une augmentation significative (3%) de la proportion d'utilisateurs de services de soins qui déclarent n'avoir subi aucune discrimination au cours de l'année précédente (250). Il a également été observé qu'entre 2006 et 2010, la proportion d'employeurs partageant l'opinion selon laquelle les personnes souffrant de troubles psychiques sont moins fiables que les autres employés a aussi diminué de manière significative (251). En ce qui concerne les médias, l'analyse d'un échantillon de la couverture médiatique a montré une augmentation proportionnelle de 10% des articles à caractère « anti-stigmatisation » et une augmentation du recours aux personnes ayant des troubles psychiques ou aux structures de soins de santé mentale comme sources (210).

L'évaluation du programme TTC comprenait des enquêtes annuelles auprès de la population générale pour évaluer les connaissances, les attitudes et les comportements attendus en matière de troubles psychiques, et auprès des usagers des services de soins afin d'évaluer le degré de discrimination vécue et anticipée et d'auto-stigmatisation. Au niveau des médias, le contenu des articles sur la santé mentale a été analysé. D'un point de vue économique, l'analyse du retour sur investissement a montré que les avantages économiques de la campagne l'emportaient sur les coûts.

Le programme TTC est donc innovant en ce sens qu'il s'agit d'un programme s'inscrivant à long terme, utilisant des méthodes fondées sur des preuves scientifiques établies. En utilisant les réseaux sociaux, il amplifie son message et donne au public les moyens

de lutter contre la stigmatisation et de s'impliquer à tous les niveaux de la mise en œuvre et de l'évaluation du programme.

En France, Giordana et al. récapitulent les différentes actions de lutte contre la stigmatisation mises en œuvre ces dernières années (133) :

- la SISM, organisée depuis plus de 20 ans au mois de mars (122) ;
- la création de la Haute autorité de lutte contre les discriminations et pour l'égalité (Halde) ;
- la création de la Maison des usagers, à partir de 2003, dans le but de « promouvoir un lieu d'accueil, d'échanges, d'écoute, d'expression et d'information pour les usagers et les associations » (252) ;
- la création de la Fnap-psy (253) qui a pour objectif « la démystification de la maladie mentale auprès de l'opinion publique et de l'entourage des malades ainsi que la diffusion de l'information auprès de la population générale par tous les moyens appropriés » ;
- la campagne 2005-2007 « Accepter les différences, ça vaut aussi pour les troubles psychiques », réunissant les associations d'usagers (Fnap-psy) et des familles (Unafam), l'Association des Maires de France (AMF) et le CCOMS pour « favoriser l'ouverture d'un dialogue positif sur la santé mentale et initier un changement de perception » à partir d'une campagne d'affichage, des spots télévisés et des brochures d'information sur la stigmatisation à destination des professionnels de santé, des élus, des associations de familles et d'usagers ainsi que du grand public (254) ;

- la campagne de l'INPES « La dépression, en savoir plus pour en sortir » consistant en la diffusion de 70 000 guides sur la dépression associée à des messages radiophoniques et télévisuels (255) ;
- les nombreux fascicules édités par Psycom et disponibles en ligne (256) qui constituent des outils d'information tant dans le domaine des troubles psychiques que dans celui des traitements, du domaine juridique, etc. ;
- la Fédération Croix – Marine d'aide à la santé mentale, qui soutient des actions de promotion, d'information et de sensibilisation sur les troubles psychiques ;
- le décret ministériel portant sur la mise en place et le financement des Groupes d'entraide mutuelle (GEM) qui réalisent des actions concrètes de lutte contre la stigmatisation (257) ;
- les différentes recherches et actions du CCOMS telles que l'étude SMPG (17) ainsi que l'organisation de séminaires et de congrès (258).

Il existe également de nombreuses associations d'usagers et de collectifs qui proposent des initiatives à plus petite échelle pour lutter contre la stigmatisation et la discrimination des troubles psychiques. A l'heure actuelle, il semble difficile de les énumérer de manière exhaustive, mais l'on pourrait citer par exemple le cas de l'association « Comme des fous » dont le leitmotiv est « Pour changer les regards sur la folie et les difficultés psychiques, il faut en parler. ». Dans cette perspective, l'association propose un blog très actif où l'on peut trouver de nombreuses ressources sur le sujet (témoignages, courts-métrages, clips, etc.). Depuis mai 2020, Joan, fondateur du blog, organise une émission hebdomadaire intitulée « Apéros comme des fous » disponible sur la radioweb Colifata France où les usagers,

les familles, les professionnels de santé, les artistes, etc. sont invités à échanger autour de la santé mentale (259).

Un autre exemple d'initiative originale est celui de la « Psycyclette », organisée par l'Unafam, qui consiste en un tour de France pour lutter contre les troubles psychiques en informant et en échangeant sur la question de la santé mentale avec la population générale tout en permettant aux personnes concernées par ces troubles d'avoir une activité sportive adaptée et encadrée (260).

L'on peut également citer l'exemple de la « *Mad Pride* », mouvement populaire né au Canada dans les années 1990, et qui s'est mondialisé avec une première apparition en France en 2014. Il s'agit d'une marche festive au cours de laquelle les participants (usagers en santé mentale, familles, professionnels de santé, bénévoles, sympathisants, etc.) clament le droit au respect et à la dignité des personnes souffrant de troubles psychiques. L'objectif est « de lutter contre la discrimination et les préjugés négatifs concernant les personnes ayant des problèmes de santé mentale, et de promouvoir l'inclusion de ces personnes sur le plan économique, social, environnemental et culturel » (261).

Nous pouvons voir se développer de nombreuses autres actions similaires, facilitées par le développement d'internet, des connexions téléphoniques et de tous les autres outils qui ont été développés récemment et qui offrent de nombreuses possibilités de liaison et de communication entre les personnes. L'échange d'informations peut désormais se faire avec une rapidité sans précédent et permet de transmettre des messages, des connaissances et des informations pertinentes sur les troubles psychiques et la manière de vivre avec eux. Il est plus que probable que l'utilisation de ces nouvelles technologies contribuera également à lutter contre la stigmatisation et la discrimination des troubles psychiques en permettant le développement d'initiatives toujours plus originales et innovantes.

Des campagnes de communication grand public aux programmes nationaux, en passant par des interventions locales, la lutte contre la stigmatisation des troubles psychiques se décline sous différentes formes.

Il est encourageant de voir que les différentes instances internationales et nationales ont fait de la lutte contre la stigmatisation des troubles psychiques une de leur mission prioritaire. Bien que les diverses recommandations énoncées par ces instances s'apparentent plutôt à des propositions, tous œuvrent pour la mise en place de stratégies visant à promouvoir la santé mentale et à prévenir les conséquences de la stigmatisation des troubles psychiques. L'information à délivrer doit autant porter sur les troubles psychiques que sur les parcours de rétablissement et doit avoir pour objectif la démystification et la dissipation des stéréotypes et des préjugés sur la maladie mentale. Les actions entreprises doivent toujours avoir pour objectif le respect des droits des usagers des services de santé mentale et celui de leurs proches. Les médias doivent également être impliqués par des interventions spécifiques (formation, sensibilisation, etc.) en vue d'améliorer leur connaissance des troubles psychiques et participer au changement de perception de la santé mentale.

Basées sur l'évaluation des différentes stratégies que nous avons présentées tout au long de ce travail, nous avons pu établir plusieurs constatations. Tout d'abord, les campagnes de communication ponctuelle avec un message généraliste ont le plus souvent un impact limité dans le temps sur la réduction de la stigmatisation des troubles psychiques et sont le plus souvent coûteuses. Il semble plus intéressant de privilégier des interventions à long terme qui s'adressent à des populations cibles et qui proposent des approches multidimensionnelles. Le fait d'impliquer les usagers dans la mise en place et dans la réalisation d'interventions basées sur leur expérience vécue et favorisant l'*empowerment* est également un facteur de réussite.

Dans ce cadre, nous avons vu que les approches combinant l'éducation et le contact avec des usagers étaient les plus efficaces. La formation READ que nous allons maintenant présenter aborde la plupart de ces points en ciblant une population encore susceptible de modifier ses représentations sur les troubles psychiques, à savoir les étudiants en médecine.

III. Mise en place de READ auprès des étudiants en médecine à Strasbourg

1. Présentation de « READ »

Cette dernière partie est consacrée à la présentation de la mise en place d'une formation sur le thème de la stigmatisation vécue par les personnes ayant un trouble psychique, destinée aux étudiants en médecine de 2^e cycle. Cette formation a pour nom « READ » (*Responding to Experienced and Anticipated Discrimination*) et en français « RÉAgir à la Discrimination vécue et anticipée ». Nous avons évalué son efficacité en mesurant l'évolution des connaissances, des attitudes et des compétences des étudiants en matière de lutte contre la stigmatisation et la discrimination liées aux troubles psychiques. Cette formation est une émanation de l'étude de même nom « READ » qui s'inscrit dans le cadre du programme INDIGO. Le programme INDIGO est le fruit d'une collaboration entre des chercheurs de plus de 30 pays à travers le monde, qui se sont engagés à contribuer au développement des connaissances sur la stigmatisation et la discrimination liées aux troubles psychiques, tant sur leurs origines que sur les solutions visant leur réduction. Il est coordonné par le Centre pour la Santé Mentale Globale de l'Institut de Psychiatrie, de Psychologie et de Neurosciences du King's College de Londres.

La formation READ a été lancée en 2015 au Royaume-Uni pour les étudiants des facultés de médecine de Londres et de Newcastle dans le cadre d'une phase pilote afin d'en améliorer la forme et le contenu. Les retours des étudiants ont été recueillis par le biais de focus groupes, ce qui a permis d'améliorer la formation avant la mise en place de l'étude sur le plan international.

2. Méthodologie

A. Design de l'étude

L'étude internationale READ est une étude multicentrique, randomisée et contrôlée. Elle est coordonnée par l'équipe du Dr Tanya Deb (199). Les sites d'intervention sont 42 facultés de médecine dans 25 pays d'Europe, d'Asie et d'Amérique du Sud avec des revenus variables. Le recrutement de ces sites s'est fait par le biais du réseau INDIGO ou par invitation personnelle aux chercheurs intéressés par la question de la discrimination en santé mentale.

Afin de mettre en place l'étude sur le territoire français, ce sont les facultés de médecine de Lille et Strasbourg qui ont collaboré.

A Strasbourg, l'étude est randomisée et contrôlée. Elle a été mise en place en septembre 2018 au sein de l'unité de simulation européenne en santé.

B. Objectifs et bénéfices attendus

Les objectifs pédagogiques, c'est-à-dire les compétences souhaitées à l'issue de la **formation READ**, sont :

- savoir identifier les situations de stigmatisation et de discrimination vécue et anticipée ;
- savoir identifier quand et comment les patients et les soignants sont concernés ;
- prendre en considération l'impact de la discrimination sur les patients et leur entourage.

L'étude READ a pour objectif principal d'évaluer l'efficacité de la formation READ, pour les étudiants en médecine ayant reçu un enseignement en psychiatrie, sur sa capacité à :

- accroître les connaissances sur la stigmatisation ;
- améliorer les attitudes à l'égard des troubles psychiques et de la psychiatrie ;
- développer des réponses constructives à la discrimination anticipée et vécue ;
- réduire les comportements qui sont ou peuvent être vécus comme discriminatoires par les personnes ayant des troubles psychiques et les soignants.

L'atteinte de ces objectifs permettrait une amélioration globale de la qualité des soins aux personnes souffrant de troubles psychiques avec une réduction de la perte de chances, une autonomie sociale accrue ou encore une meilleure prise en charge médicale. Cela nécessitera également une sensibilisation des professionnels de santé à leurs comportements qui pourraient être perçus comme discriminants. Les étudiants en médecine, futurs coordonnateurs des équipes de santé, sont donc une cible prioritaire de cette intervention.

C. Population de l'étude

Les participants éligibles étaient les étudiants qui effectuaient leur stage d'externat en psychiatrie. A Strasbourg, il s'agissait des étudiants en 5^e année de médecine (DFASM2). Les étudiants bénéficiaient de stages à mi-temps, associés à des cours théoriques de psychiatrie, pour une durée d'un mois.

Ils ont été informés oralement lors de leur premier jour de leur stage et ont reçu une fiche d'information et de consentement par courriel. Cette fiche d'information et de consentement leur a été remise lors de la première session de formation (annexe 1).

D. Mesures

Les mesures comportent cinq cotations réalisées par les participants et deux par l'équipe de l'étude (annexe 2) :

- « **Mental Health Knowledge Schedule** » (**MAKS**) ou « grille de connaissances en santé mentale ». Elle mesure les connaissances des participants en matière de santé mentale au moyen de 6 items évaluant les connaissances liées à la stigmatisation et 6 items concernant la classification de diverses affections en tant que maladies mentales. Cette échelle a été testée et validée pour ses bonnes capacités psychométriques (10).
- « **Mental Illness Clinicians' Attitudes scale** » (**MICA2**) ou « échelle des attitudes des cliniciens envers la maladie mentale ». Elle mesure les attitudes des participants à l'égard de la maladie mentale et de la spécialité médicale psychiatrique. Cette échelle de 16 items a été développée avec la contribution des usagers des services de santé mentale, des soignants, des étudiants en médecine et des internes en psychiatrie, et testée auprès d'étudiants en médecine. Elle a une bonne cohérence interne et une bonne concordance inter-tests (264).
- « **Observed Structured Clinical Examination** » (**OCSE**) ou « Examens Cliniques à Objectifs Structurés » (ECOS). Ils évaluent les compétences en termes de communication et de comportement du participant en interaction avec un acteur jouant le rôle d'un patient (dit patient simulé). L'entretien est vidéo-transmis dans une salle avec un ou deux évaluateurs. Les acteurs sont préalablement briefés pour avoir un comportement standardisé et l'étudiant aura sept minutes pour répondre aux craintes et aux questions du patient simulé. Le scénario consiste en une réorientation du patient vers un centre médico-psychologique face à l'apparition récente de symptômes de schizophrénie chez celui-ci. Le patient simulé est réticent à y aller et

fait part d'expériences de discrimination vécue et anticipée, et les évaluateurs attendent de l'étudiant qu'il soit capable d'accueillir les propos du patient avec une attitude empathique (langage corporel et verbal) et d'explorer les préoccupations du patient tout en étant soutenant. L'étudiant est évalué sur sa capacité à répondre aux récits de discrimination anticipée et vécue et sur sa capacité à reconnaître les stéréotypes et les préjugés appliqués aux personnes souffrant de schizophrénie et à les distinguer du diagnostic réel et du traitement proposé.

- Les évaluateurs de l'ECOS ont utilisé un système de notation standardisé, proposant quatre items : « **échec total** » ; « **échec limite** » ; « **réussite limite** » et « **réussite totale** ». Ils étaient aussi aidés par des fiches d'aide à la notation.
- **« Jefferson Scale of Patient Perception of Physician Empathy » (JSPPE)** ou « Échelle de Jefferson de perception de l'empathie des médecins par les patients ». Il s'agit d'une échelle comportant 5 items à évaluer, la notation allant de 1 à 7, qui permet aux acteurs, les patients simulés, d'évaluer dans quelle mesure ils ont trouvé l'étudiant empathique et impliqué au cours du jeu de rôle (265).
- **La « Jefferson Scale for Empathy » (JSE-S)** ou « Échelle d'Empathie de Jefferson ». C'est une échelle de 20 items qui a été utilisée avant et après la formation READ pour évaluer l'empathie des participants. Il s'agit d'un auto-questionnaire qui a montré de bonnes propriétés psychométriques (266)(267).
- **L'échelle de mesure de l'anxiété intergroupe de Stephan et Stephan**, à 12 items, modifiée pour les étudiants en médecine. L'anxiété intergroupe est définie comme « un état d'éveil négatif causé par des attentes négatives concernant les interactions intergroupes » (268). Plus concrètement, il s'agit de « l'anxiété qu'éprouvent les gens lorsqu'ils interagissent avec les membres d'un groupe externe (au leur) et qui craignent

des conséquences psychologiques ou comportementales négatives pour eux », ainsi que « la crainte d'évaluations négatives par les membres de leur groupe ou par ceux du groupe externe » (269). L'échelle est utilisée avant et après la formation READ et évalue l'intensité d'une vaste gamme d'émotions (anxiété, appréhension, confort, sécurité, inquiétude, calme, confiance, gêne, tension, insouciance, nervosité et sentiment d'aise) que les participants peuvent ressentir en s'imaginant seul(e)s avec un groupe de personnes ayant un trouble psychique, par rapport à une situation où l'étudiant serait seul avec un autre groupe d'étudiants en médecine. La notation va de 0 (pas du tout d'accord) à 4 (tout à fait d'accord).

E. Taille de l'échantillon

Selon les calculs statistiques de l'étude portant sur la MAKs (243), une des échelles utilisées dans l'étude, un niveau de puissance de 90% est obtenu si la taille d'échantillon est de 44 participants dans chaque groupe. Cette taille d'échantillon est atteinte si chacun des sites recrute en moyenne 22 étudiants.

En outre, dans une étude antérieure sur la formation des étudiants en médecine en matière de connaissances en santé mentale, 1452 étudiants ont été recrutés (1066 dans le groupe intervention et 386 dans le groupe de contrôle), ce qui a suffi pour détecter des changements significatifs dans l'ensemble des mesures des résultats, y compris la MAKs (270). La taille de l'échantillon sera équivalente si chacun des 42 sites recrute une moyenne de 35 étudiants, par exemple deux groupes d'intervention de 12 et un groupe de contrôle de 12.

La taille cible de l'échantillon pour READ est donc de 22 à 36 participants. A Strasbourg, nous avons eu **24 participants dont 1 perdu de vue**, répartis en deux groupes « intervention » et un groupe « contrôle ».

F. Collecte des données

Nous avons reçu l'approbation et l'accord éthique du site principal de Londres. Nous avons aussi fait une demande locale auprès du Comité d'éthique des écoles et facultés de santé de Strasbourg qui a répondu favorablement (annexe 3). Une fois les consentements écrits et signés, les étudiants qui faisaient partie du groupe « intervention » ont reçu les différentes échelles présentées précédemment afin de les remplir. Ils ont ensuite passé l'ECOS au début de la session numéro 1, avant de bénéficier de la première partie de la formation, et sans feedback (échange des évaluateurs avec les étudiants sur leur « prestation »). Ces différentes mesures ont été répétées à la fin de la session numéro 2, une fois qu'ils avaient reçu la formation READ dans son intégralité. Lors de leur second passage, l'ECOS a été suivi d'un feedback à des fins pédagogiques.

Les étudiants du groupe « contrôle » ont reçu les mêmes échelles à remplir et ont effectué l'ECOS selon la même séquence que le groupe « intervention », mais n'ont pas bénéficié de la formation READ. Ils ont néanmoins eu l'opportunité de discuter de l'ECOS lors d'une séance de feedback avec les évaluateurs après leur deuxième passage. Ce feedback a été réalisé après le deuxième passage pour éviter d'influencer les étudiants lors de la formation READ. En effet, un feedback après le premier ECOS aurait constitué un biais pour la comparaison et il aurait été difficile de distinguer son effet, suite à l'ECOS, de celui de l'intervention READ. Chaque session était espacée d'une semaine.

La figure ci-dessous permet une meilleure visualisation de la temporalité des événements :

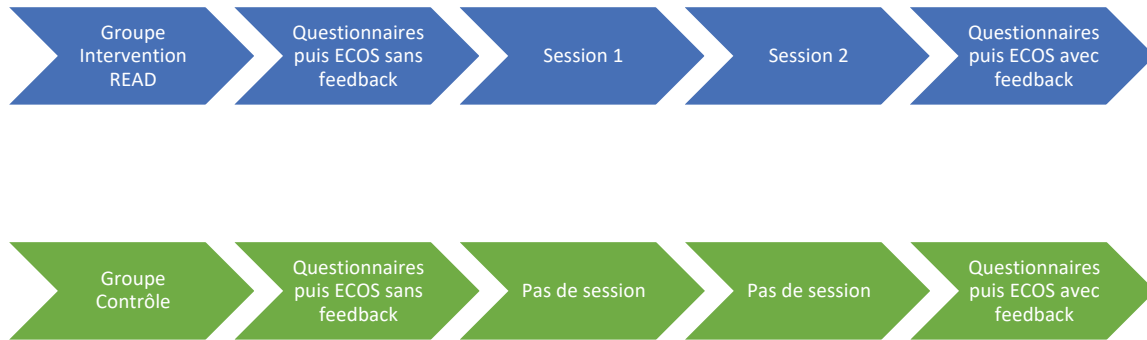


Figure 7. Déroulement de READ.

G. Contenu de la formation READ

Un manuel a été créé et diffusé afin de guider la mise en œuvre de l'intervention de la manière la plus standardisée possible, tout en donnant des conseils sur les bonnes pratiques et en suggérant d'adapter la formation aux différentes contraintes, ressources et spécificités, notamment culturelles, de chaque site.

La formation a été proposée à des petits groupes, comprenant 7 à 9 participants pour les trois groupes de Strasbourg. En raison d'un imprévu, un des étudiants du groupe d'intervention n'a pas pu participer à la deuxième session et n'a donc pas été inclus dans l'analyse. Le groupe de contrôle était composé de 8 étudiants.

L'intervention READ a été animée à Strasbourg par deux co-formateurs : une personne dite « expert.e par expérience » (EPE), c'est-à-dire une personne ayant fait l'expérience d'un trouble psychique et ayant connu un parcours de rétablissement, et un psychiatre (interne en troisième année), auteur de ce présent travail de thèse.

L'écart entre les deux sessions à Strasbourg a été d'une semaine pour tous les groupes. Ce temps devait permettre aux étudiants d'identifier les situations de discrimination vécue

et/ou anticipée pendant leur stage et de pouvoir en discuter en début de la deuxième session.

Les deux sessions ont duré une heure et trente minutes.

La première session comprend, chronologiquement :

- Le témoignage de l'EPE, co-formateur, sur l'histoire de son trouble psychique et de son rétablissement.
- Une présentation par les deux formateurs sur les concepts de stigmatisation et de discrimination et de leurs conséquences sur la vie des personnes souffrant de troubles psychiques.
- Deux vidéos illustrant la stigmatisation publique par les médias.
- Un témoignage vidéo d'une personne souffrant d'un trouble psychique et abordant le concept d'auto-stigmatisation.
- Deux jeux de rôle proposés aux étudiants : l'un sur la discrimination vécue et l'autre sur la discrimination anticipée. Les étudiants ont été invités à former des groupes de trois et à échanger les trois rôles : un patient atteint d'un trouble psychique, un médecin et un observateur. Les formateurs ont fait le tour des groupes pendant l'exercice pour répondre aux différentes questions des étudiants. Les jeux de rôle ont ensuite été suivis d'une reprise générale avec l'ensemble du groupe.
- A la fin de la première session, les participants sont repartis avec un « exercice » à faire pour la session suivante : identifier et rapporter un ou plusieurs exemples de situations de discrimination observées sur leur terrain de stage ou rapportées par les usagers. Ces situations seront discutées au début de la deuxième session.

La deuxième session comprend, chronologiquement :

- Une discussion en groupe sur les situations de discrimination vécue ou anticipée que les étudiants ont observé pendant la semaine entre les deux sessions.
- Un échange sur la manière de réagir lorsque, en tant que professionnels de la santé, nous sommes nous-mêmes affectés par des troubles psychiques.
- Les raisons de cibler les professionnels de santé pour lutter contre la discrimination et les origines de leurs comportements stigmatisants.
- Plusieurs concepts clefs abordés tels que le « diagnostic éclipsant », le rétablissement ou le pessimisme thérapeutique. Quelques conclusions des études présentées sur la diminution de l'espérance de vie des patients souffrant de troubles psychiques et victimes de stigmatisation.
- Un nouveau jeu de rôle, cette fois-ci orienté vers les compétences de communication, toujours par groupes de trois avec échange des rôles, avec une reprise par groupe et une reprise générale avec l'ensemble des étudiants.
- Lecture du témoignage d'un étudiant en médecine sur sa représentation de la psychiatrie avant son stage dans un service de psychiatrie.
- Un temps de « questions-réponses » entre les étudiants et les formateurs.
- Conclusion avec plusieurs recommandations proposées aux étudiants sur la manière d'agir au quotidien contre la stigmatisation et la discrimination.

H. Analyse statistique

Les analyses statistiques ont été réalisées par le docteur Thibaut Fabacher, membre du Groupe Méthodes en Recherche Clinique du CHU de Strasbourg.

Dans la phase descriptive de ces analyses, toutes les variables collectées seront résumées : effectifs et fréquences pour les variables qualitatives (ordinales et catégorielles) d'une part ; moyenne, médiane et écart-type pour les variables quantitatives (discrètes et continues) d'autre part. Pour analyser la comparabilité des groupes, nous avons utilisés des tests de Wilcoxon, chi2 ou de Student selon les conditions d'application.

Pour l'ensemble des critères de jugement, nous avons comparé les différences d'évolution entre les deux groupes avec les tests statistiques adaptés (dans ce cas le test de Wilcoxon) afin d'analyser la progression d'un groupe par rapport à l'autre. Nous avons également réalisé des régressions linéaires mixtes avec un effet aléatoire sujet pour mettre en évidence l'évolution entre la mesure avant et après la formation (coefficient beta d'interaction entre groupe et le temps), ceci permettant de prendre en compte la différence de connaissances en baseline entre les groupes. Le risque de première espèce alpha a été fixé à 5% pour l'ensemble des analyses. Toutes les analyses ont été réalisées sur le logiciel R dans sa version 3.3.

3. Résultats

A. Caractéristiques des participants

Au total, 24 participants ont pu être inclus dans l'étude. Les 24 participants ont été répartis dans deux groupes d'intervention et un groupe de contrôle. Un seul participant du groupe d'intervention est sorti de l'étude et donc de l'analyse.

Nous avons eu deux groupes d'intervention avec respectivement 9 et 6 participants et un groupe de contrôle avec 8 participants.

Les étudiants étaient tous en cinquième année de médecine (DFASM2).

Tableau 2. Comparabilité des groupes.

Caractéristiques		Contrôle (n = 8)	Intervention (n = 15)	p
Genre	Féminin	5 (62%)	7 (47%)	0,67
	Maculin	3 (38%)	8 (53%)	
Âge	23	1 (12,5%)	0 (0%)	0,64
	24	6 (75%)	13 (88%)	
	25	1 (12,5%)	1 (6%)	
	26	0 (0%)	1 (6%)	

Différence significative quand $p < 0,05$

B. Résultats concernant les critères principaux

Tableau 3. Évolution des résultats dans le groupe d'intervention (moyenne et écart-type).

	Pré	Post	p
MAKS	49,56 (+/- 3,633)	52,93 (+/- 3,227)	0,001
MICA2	39,88 (+/- 5,608)	36,4 (+/- 4,997)	0,007
JSE-S	109,6 (+/- 9,135)	114,4 (+/- 10,5)	0,03
Anxiété intergroupe	22,81 (+/- 5,856)	16,67 (+/- 5,354)	0,001
ECOS	2,25 (+/- 1,065)	2,867 (+/- 2,867)	0,036
JSPPE	23,31 (+/- 6,681)	26,6 (+/- 6,08)	0,086

Différence significative quand $p < 0,05$ (en gras)

Tableau 4. Évolution des résultats dans le groupe de contrôle (moyenne et écart-type).

	Pré	Post	<i>p</i>
MAKS	51,12 (+/- 2,588)	52 (+/- 3,423)	0,175
MICA2	40 (+/- 6,568)	39,38 (+/- 6,567)	0,25
JSE-S	106,4 (+/- 9,102)	106,5 (+/- 8,211)	0,933
Anxiété intergroupe	20,38 (+/- 7,482)	18,5 (+/- 8,298)	0,069
ECOS	2,5 (+/- 1,195)	2,875 (0,6409)	0,285
JSPPPE	24,38 (+/- 5,37)	26,88 (+/- 1,356)	0,246

Différence significative quand $p < 0,05$ (en gras)

Tableau 5. Différence dans le groupe de contrôle et intervention pré-post puis différence dans l'évolution entre les deux groupes (moyenne, écart-type et médiane).

Variables	Contrôle		Intervention		Différence intervention - contrôle	<i>p</i>
	Moyenne	Médiane	Moyenne	Médiane		
MAKS	0,875 (+/- 1,642)	0,5	3,333 (+/- 2,87)	3	2,458	0,025
MICA2	-0,625 (+/- 1,408)	-0,5	-3,2 (+/- 3,932)	-3	-2,575	0,018
JSE-S	0,13 (+/- 4,051)	1,5	4,267 (+/- 6,84)	4	4,142	0,084
Anxiété intergroupe	-1,875 (+/- 2,475)	-1,5	-6,267 (+/- 3,955)	-5	-4,392	0,011
ECOS	0,375 (+/- 0,9161)	0	0,667(+/- 1,113)	1	0,2917	0,565
JSPPPE	2,5 (+/- 5,581)	4	3,733 (+/- 7,842)	5	1,233	0,650

Différence significative quand $p < 0,05$ (en gras)

Tableau 6. Analyse de l'évolution pré-post entre les deux groupes (modèle linéaire mixte avec effet aléatoire sujet).

Variabes	Coefficient d'interaction groupe/temps	p
MAKS	2,47	0,03
MICA2	-2,62	0,08
JSE-S	4,25	0,12
Anxiété intergroupe	-4,38	0,009
ECOS	0,26	0,6
JSPPE	0,88	0,8

Différence significative quand $p < 0,05$ (en gras)

C. Ressenti des participants

Cette partie des résultats sera conclue par les retours des participants que nous avons trouvé le plus fréquemment.

En effet, à la fin de READ, il a été décidé de distribuer aux participants une fiche d'évaluation concernant la formation. Il s'agissait d'une évaluation qualitative et subjective où les étudiants pouvaient évoquer les points positifs et, les points à améliorer. Une section a été destinée à des commentaires plus généraux.

L'opinion des étudiants a été largement positive. Ils se sont montrés très intéressés par l'intervention et la très grande majorité d'entre eux a trouvé cette formation utile pour la suite de leurs études et leur future pratique médicale dans la mesure où elle a fait état d'une expérience subjective d'amélioration des connaissances.

Nombre d'entre eux ont également évoqué une « prise de conscience » de la

stigmatisation dans le domaine de la santé mentale, y compris une remise en question de ses « automatismes, préjugés et clichés ».

Certains étudiants ont répondu que leur attitude ne changera pas, mais plusieurs ont ajouté dans les commentaires que celle-ci était déjà positive avant l'intervention.

Ils ont été nombreux à voir la présence de l'EPE aux côtés d'un médecin pour aborder les questions liées à la santé mentale comme le principal point fort de cette formation. Parmi les commentaires formulés, on peut lire que la présence de l'EPE « apporte du concret aux cours », « aide à se familiariser avec la psychiatrie dans le bon sens du terme » ou encore « permet de se remettre en question en ce qui concerne les patients avec des troubles psychiques ». La question du « contact » avec une personne souffrant de troubles psychiques revenait fréquemment et était systématiquement associée à un vécu positif.

Plusieurs ont été interpellés par la manière dont les personnes ayant un trouble psychique sont stigmatisées : « Je n'avais jamais réalisé que cela pouvait être aussi blessant » ou « on ne verrait jamais ça pour une maladie somatique, je ne savais pas ».

Enfin, une grande partie des participants a souhaité que des formations similaires, combinant éducation et contact avec une personne ayant déjà été confrontée à des troubles psychiques, puissent être généralisées à l'ensemble des étudiants en médecine.

4. Discussion

A. Une étude originale et novatrice

Cette étude réalisée sur le site de Strasbourg fait partie intégrante de l'étude « READ », étude multicentrique internationale coordonnée par le Dr Tanya Deb du King's College de Londres. Il s'agit de la première étude internationale menée dans des pays à revenus élevés, moyens ou faibles, évaluant l'efficacité de la formation des étudiants en médecine pour

répondre à la discrimination vécue et anticipée (262). La multiplicité des sites participants permettra d'apporter une contribution précieuse pour tester le faisabilité et l'effet de la formation dans de multiples contextes, augmentant ainsi la validité des conclusions qui pourront être tirées des résultats.

B. Interprétation des résultats

Les résultats de notre étude démontrent que la formation READ a permis une évolution favorable des connaissances et des comportements des étudiants en médecine face à la stigmatisation et à la discrimination des patients ayant des troubles psychiques. Il n'y a pas eu de différences significatives dans les caractéristiques sociodémographiques des participants (tableau 2).

Le score MAKS est significativement amélioré (tableau 3) dans nos résultats, ce qui signifie que la formation améliore les connaissances des étudiants en ce qui concerne les troubles psychiques. Des résultats similaires étaient trouvés dans l'étude de 2016 de Henderson et al. (271) qui visait à évaluer l'efficacité de la campagne anti-stigmatisation TTC au Royaume-Uni, de 2009 à 2015, auprès de la population générale. L'on a constaté une amélioration de la connaissance des troubles psychiques chez les 25-45 ans après la campagne, mais aussi une diminution des attitudes discriminatoires et une moindre tendance à éviter les personnes touchées par ces troubles.

Une étude chinoise, réalisée auprès d'étudiants en médecine, a également constaté une amélioration de la MAKS et donc des connaissances, plus particulièrement concernant la dépression, après la mise en place d'une formation combinant cours magistraux et exercices

pratiques. Les étudiants n'ont pas bénéficié en revanche du contact avec les patients ou de la simulation, principaux atouts de la formation READ (272).

Enfin, si le score MAKS est une échelle spécifiquement conçue pour mesurer les connaissances sur la santé mentale et que son augmentation témoigne d'une amélioration en ce sens, sa relation directe avec une amélioration des comportements discriminants envers les personnes souffrant de troubles psychiques n'a pas été établie. Cette échelle doit donc être associée à d'autres outils évaluant les attitudes des participants (263).

Les attitudes des participants à l'égard de la maladie mentale et de la spécialité médicale psychiatrique, telles qu'évaluées par le MICA2, se sont aussi significativement améliorées dans notre étude (tableau 3). Une autre étude réalisée en 2014 à Guangzhou, en Chine, a obtenu un résultat similaire, bien qu'il s'agisse ici d'une formation théorique d'une journée seulement. Les participants étaient des professionnels de santé travaillant dans un centre communautaire de santé mentale depuis au moins 10 ans (273).

En outre, READ mesure l'évolution des compétences des participants en matière de lutte contre la discrimination à l'aide des ECOS : il s'agit d'une nouvelle contribution dans le domaine de la recherche sur la stigmatisation. En effet, les études antérieures portaient surtout sur la mesure de l'évolution des connaissances et des attitudes déclaratives (238)(244). Un exemple en est l'étude du projet END (*Education Not Discrimination*), une des composantes du programme « TTC » mentionné plus haut, qui avait déjà montré une amélioration à court terme des connaissances, des attitudes, des comportements stigmatisants et une plus grande empathie envers les personnes ayant un trouble psychique chez 1452 étudiants en médecine (243). Cependant, la formation END a plutôt étudié les

préjugés des étudiants en médecine et n'a pas proposé d'entretiens simulés. L'étude READ, en revanche, propose des ECOS qui impliquent un entraînement aux techniques de communication et d'entretien, des compétences indispensables pour les professionnels de santé mais trop peu abordées au cours du cursus médical. Dans nos résultats, nous avons montré une amélioration du score total aux ECOS (tableau 3), ce qui signifie une amélioration des compétences des étudiants en matière de lutte contre la discrimination. Il est intéressant de noter que la littérature scientifique montre que de meilleures techniques de communication conduisent à une plus grande satisfaction des patients à l'égard des soins (274). L'étude READ considère donc les étudiants en médecine comme des agents potentiels de lutte contre la stigmatisation et la discrimination et non seulement des cibles d'intervention.

Nous avons également observé dans les résultats de notre étude une amélioration significative de l'empathie et de l'anxiété intergroupes des participants (tableau 3). Ces résultats sont importants dans la mesure où l'on sait que l'amélioration de ces caractéristiques est un élément clef de la réduction des préjugés et de l'adhésion aux stéréotypes (275)(157).

Enfin, les résultats de cette étude mettent en évidence une différence d'évolution entre les groupes significativement meilleure dans le groupe d'intervention par rapport au groupe de contrôle pour les scores MAKES, MICA2 et l'anxiété intergroupe, ce qui renforce la preuve de l'efficacité de READ par rapport à l'absence de formation (tableau 5). L'analyse selon un modèle linéaire mixte avec effet aléatoire sujet retrouve une amélioration significative pour le score MAKES et l'anxiété intergroupe mais ne retrouve pas d'amélioration significative pour le score MICA2 (tableau 6). Le coefficient d'interaction groupe/temps évolue

néanmoins dans le bon sens. On peut donc faire l'hypothèse qu'une plus grande puissance aurait permis de mettre en évidence une différence significative.

Les résultats obtenus sur le site de Strasbourg, qui sont concordants avec ceux obtenus à Lille (276), nous donnent un argument fort sur le fait que l'application de cette formation aux étudiants en médecine qui ont étudié (ou étudient) la psychiatrie ait un impact significatif sur leurs connaissances, leurs attitudes et leurs comportements envers les personnes concernées par des troubles psychiques. Nous attendons les résultats de l'étude internationale qui viendront confirmer ou nuancer nos observations.

C. Biais et limites

La principale limite était la taille de l'échantillon ; les analyses au niveau local ont été effectuées sur un petit effectif. Pour autant, cet effectif est conforme aux attentes de l'étude internationale et pourra être cumulé aux autres groupes pour l'analyse statistique globale.

L'autre limitation de notre étude est de ne pas évaluer les effets de la formation READ à moyen et long terme pour déterminer si les améliorations positives perdurent. L'idéal serait donc d'évaluer cette formation sur un échantillon français plus large et à plus grande distance de l'intervention avec, par exemple, une évaluation des comportements stigmatisants des étudiants par leurs responsables de stage.

L'un des points forts que l'on peut citer est d'avoir évité autant que possible le biais d'auto-sélection en faisant participer l'ensemble d'une promotion qui était en stage de psychiatrie, contrairement à d'autres sites où le recrutement était basé sur le volontariat des étudiants en médecine. En effet, l'un des biais évoqués par le *King's College of London* est que les participants qui ont déjà des attitudes et des comportements moins stigmatisants ou qui

sont tout simplement plus intéressés par la psychiatrie sont plus susceptibles de vouloir participer à l'étude. C'est d'ailleurs ce que nous avons observé lors de la mise en place d'une « formation blanche » pour laquelle le recrutement était basé sur le volontariat.

Conclusion

De tout temps et dans de nombreuses sociétés, les personnes atteintes de troubles psychiques ont été rejetées ou maltraitées en raison de leur comportement, associé à la crainte que la maladie mentale puisse être contagieuse ou héréditaire. A différents moments de l'histoire et dans différentes civilisations, les « malades mentaux » ont été exécutés, enchaînés, bannis ou encore battus à mort. Il aura fallu attendre le siècle dernier et en particulier les dernières décennies pour que les mentalités commencent à changer et que l'idée selon laquelle le « malade mental » est une personne comme les autres, mais qui souffre sur le plan psychique, gagne du terrain.

La notion de stigmatisation, au sens où nous l'entendons aujourd'hui lorsqu'elle est mentionnée c'est-à-dire la mise à l'écart d'une personne pour ses différences qui sont considérées comme contraires aux normes de la société, est également née à cette époque. Les écrits de Goffman et de ceux qui ont suivi sa ligne de pensée ont fourni une base moderne fondamentale pour la compréhension de la stigmatisation et de la discrimination ainsi que de leurs conséquences sur la vie des personnes stigmatisées et de ceux qui les entourent.

Comme nous l'avons vu en première partie de ce travail de thèse, ces écrits ont permis une prise de conscience sur le rôle central que joue la stigmatisation et ses conséquences dans l'adaptation des soins en santé mentale, dans la vie des personnes atteintes de troubles psychiques et de leur entourage ou encore au sein de la société dans laquelle ils vivent. La stigmatisation est un phénomène universel et chacun peut potentiellement y contribuer.

Le constat est sans appel : la stigmatisation et la discrimination en santé mentale sont très répandues, touchant en premier les personnes atteintes de troubles psychiques, mais

aussi leurs proches, les professionnels de santé mentale, ou la discipline elle-même. Les conséquences sont lourdes et conduisent à la marginalisation, au faible accès aux soins, à l'isolement, à l'apparition ou l'aggravation des comorbidités, etc.

Parallèlement à ce constat, nous observons que les professionnels de santé, dont les étudiants en médecine, peuvent être des vecteurs de stigmatisation et leur position clef dans les soins fait d'eux une cible primordiale d'intervention.

Dans la deuxième partie de ce travail, nous avons passé en revue les différentes recommandations et stratégies concernant la lutte contre la stigmatisation des troubles psychiques à partir d'exemples au niveau international et en France et en avons présenté les modalités.

Ainsi, une avancée majeure au cours des dernières décennies a été la décision de nombreux gouvernements et ONG de définir la lutte contre la stigmatisation comme une tâche prioritaire. Outre l'OMS, principale autorité médicale mondiale, qui a inclut des mesures de lutte contre la stigmatisation dans ses programmes, d'autres instances politiques se sont mobilisées. L'engagement de ces différents organismes doit encore se traduire par des actions spécifiques et concrètes mais une première étape importante a été franchie.

Cette prise de conscience croissante concernant l'omniprésence de la stigmatisation des troubles psychiques s'est également traduite par un nombre croissant d'enquêtes scientifiques, incitant ainsi de nombreux centres à mettre en place des interventions efficaces pour en prévenir et réduire les effets.

Il s'agit d'une lutte complexe et de longue haleine car il est indispensable d'agir à tous les niveaux, y compris sur l'auto-stigmatisation, la stigmatisation publique et la stigmatisation structurelle dans des projets qui doivent s'inscrire dans la durée.

Parmi les différentes stratégies présentées, les actions les plus efficaces étaient basées sur l'association de l'éducation et du contact avec les personnes qui sont ou ont été affectées par un trouble psychique. Cependant, bien qu'elle soit l'une des pratiques les plus prometteuses, l'éducation par contact est encore trop peu utilisée, notamment parmi les professionnels de santé et les étudiants. De plus, la majorité des interventions auprès de ces derniers ont démontré le rôle des médecins comme sources de stigmatisation mais pas comme agent de lutte contre la stigmatisation. L'étude READ, présentée dans la dernière partie, est une proposition récente et innovante pour combler en partie ces lacunes.

Les résultats de READ ont montré que la formation, combinant des approches éducatives et basées sur le contact, auprès d'une population d'étudiants en médecine est efficace pour améliorer significativement les connaissances en santé mentale et réduire les attributions stigmatisantes envers les personnes souffrant de troubles psychiques. La formation READ peut donc permettre aux étudiants de réagir face à la discrimination subie par les patients en santé mentale en adoptant plus facilement des attitudes d'inclusion et d'empathie, les aidant ainsi plus efficacement à retrouver leur place et leur dignité lorsqu'ils sont exclus. De plus, grâce à son enseignement mixte, comprenant information, éducation et contact, READ permet de travailler sur des compétences relationnelles essentielles, telles que l'empathie, qui sont en général peu travaillées pendant les études de médecine, et pourtant unanimement plébiscitées dans de nombreuses études pour réduire la stigmatisation et la discrimination.

Ainsi, nous espérons que READ sera l'une des passerelles vers d'autres formations de ce type, jugées prometteuses, et que d'autres se développeront dans un futur proche afin d'être systématiquement proposées à l'ensemble des étudiants en médecine.

De grandes avancées ont été faites pour améliorer les formes d'accompagnement et de soin aux personnes souffrant de troubles psychiques. L'entrée dans le XXI^e siècle voit ce mouvement prendre de l'ampleur et chercher des voies nouvelles pour accroître l'acceptation de ces personnes et la reconnaissance de leurs droits, en plaçant la lutte contre leur stigmatisation au centre des actions. En ce sens, une attention particulière devrait être accordée aux modalités d'information. La déconstruction de certaines représentations archaïques devrait faire écho à une bonne politique de vulgarisation du savoir psychiatrique. Examiner les expériences positives d'intégration des personnes souffrant de troubles psychiques dans la communauté (comme par exemple le programme médiateur de santé/pair ou la démocratisation des patients enseignants) permettrait d'identifier les formes optimales d'accompagnement par la société et de donner du crédit aux réussites en continuant à mettre en garde contre les allégations de dangerosité et en dénonçant les appels à la peur. Enfin, il conviendrait également de donner plus de relief aux ressources et aux progrès des personnes souffrant de troubles psychiques et de leur entourage, en termes de combat contre l'auto-stigmatisation, de gain en autonomie et en *empowerment* et de contribution sociale.


De multiples actions permettant de lutter contre la stigmatisation des troubles psychiques ont déjà été réalisées et ont fait preuve de leur efficacité. C'est par exemple le cas de la campagne « *Changing minds* » au Royaume-Uni dirigé par le *Royal College of Psychiatrist*, « *Open the doors* », programme international mis en place par la WPA dans 27 pays mondiaux ou encore la campagne française « Accepter les différences, ça vaut aussi pour les troubles

psychiques ». Des initiatives originales se mettent aussi en place, comme par exemple les « *Mad Pride* » dans plusieurs pays européens et plus récemment la « *Psycyclette* », un tour de France contre les idées reçues.

Pour conclure, si chacun peut être vecteur de stigmatisation, chacun peut à l'inverse participer - qui plus est en tant que professionnel de santé mentale - à ce mouvement combatif contre la stigmatisation et pour l'intégration qui, par bien des égards, a déjà produit des effets impressionnants.

VU
Strasbourg, le 8 juillet 2020
Le président du Jury de Thèse

Professeur Pierre VIDAILHET



VU et approuvé
Strasbourg, le 5 JUL. 2020
Le Doyen de la Faculté de Médecine de Strasbourg
Professeur Jean SIBILLI



Bibliographie

1. STIGMATISATION : Définition de STIGMATISATION [Internet]. [cité 28 août 2019]. Disponible sur: <https://www.cnrtl.fr/definition/stigmatisation>
2. Giordana J-Y. Chap.2 - Qu'est - ce que la stigmatisation ? In: La stigmatisation en psychiatrie et santé mentale. Masson. 2010.
3. Arboleda-Flórez J, Stuart H. From Sin to Science: Fighting the Stigmatization of Mental Illnesses. *Can J Psychiatry*. août 2012;57(8):457-63.
4. Anderson RD. The History of Witchcraft: A Review with Some Psychiatric Comments. *Am J Psychiatry*. 1 juin 1970;126(12):1727-35.
5. Jacques Postel 2012, op. cit., p. 236-237. In.
6. Goffman E. Stigmate. Les usages sociaux des handicaps. Les éditions de minuit. 1975. 176 p.
7. Jodelet D. Postface. La stigmatisation en psychiatrie et en santé mentale. Masson. In 2010.
8. Thornicroft G, Rose D, Kassam A, Sartorius N. Stigma: ignorance, prejudice or discrimination? *Br J Psychiatry*. mars 2007;190(3):192-3.
9. Link BG, Phelan JC. Conceptualizing Stigma. *Annu Rev Sociol*. août 2001;27:363.
10. Rüsch N, Angermeyer MC, Corrigan PW. Mental illness stigma: Concepts, consequences, and initiatives to reduce stigma. *Eur Psychiatry*. déc 2005;20(8):529-39.
11. Corrigan PW, River LP, Lundin RK, Wasowski KU, Champion J, Mathisen J, et al. Stigmatizing attributions about mental illness. *J Community Psychol*. 2000;28(1):91-102.
12. Weiner B. « Spontaneous » causal thinking. *Psychol Bull*. 1985;97(1):74-84.
13. Leyens J-P. Sommes - nous tous des psychologues ? Liège: Mardaga; 1983.
14. ATTITUDE - Universalis.edu [Internet]. [cité 6 juill 2020]. Disponible sur: <http://www.universalis-edu.com/acces-distant.bnu.fr/encyclopedie/attitude/>
15. Corrigan PW, Watson AC. The Paradox of Self-Stigma and Mental Illness. *Clin Psychol Sci Pract*. 11 mai 2006;9(1):35-53.
16. CORRIGAN PW, WATSON AC. Understanding the impact of stigma on people with mental illness. *World Psychiatry*. févr 2002;1(1):16-20.

17. Roelandt J-L, Caria A, Defromont L, Vandeborre A, Daumerie N. Représentations sociales du « fou », du « malade mental » et du « dépressif » en population générale en France. *L'Encéphale*. janv 2010;36(3):7-13.
18. Corrigan P, Markowitz F, Watson A. Structural Levels of Mental Illness Stigma and Discrimination. *Schizophr Bull*. 1 févr 2004;30:481-91.
19. Thornicroft G, Brohan E, Rose D, Sartorius N, Leese M. Global pattern of experienced and anticipated discrimination against people with schizophrenia: a cross-sectional survey. *The Lancet*. janv 2009;373(9661):408-15.
20. Yawar A. The madness of Charlie Brown. *The Lancet*. 3 oct 2015;386(10001):1332-3.
21. Charles Schulz ne survit pas à ses «Peanuts» - Libération [Internet]. [cité 9 mai 2020]. Disponible sur: https://www.liberation.fr/evenement/2000/02/14/charles-schulz-ne-survit-pas-a-ses-peanuts_315608
22. Home - Peanuts [Internet]. [cité 9 mai 2020]. Disponible sur: <https://www.peanuts.com/>
23. Bellamy R, t C. Troubles mentaux et représentations de la santé mentale : premiers résultats de l'enquête Santé mentale en population générale. 2004;12.
24. Foucault M. Histoire de la folie à l'âge classique. [Paris]; 1961.
25. Fazel S, Grann M. The population impact of severe mental illness on violent crime. *Am J Psychiatry*. août 2006;163(8):1397-403.
26. Senon J-L, Manzanera C, Humeau M, Gotzamanis L. Les malades mentaux sont-ils plus violents que les citoyens ordinaires ? *Inf Psychiatr*. 2006;Volume 82(8):645-52.
27. Fazel S, Gulati G, Linsell L, Geddes JR, Grann M. Schizophrenia and violence: systematic review and meta-analysis. *PLoS Med*. août 2009;6(8):e1000120.
28. Dangerosité psychiatrique : étude et évaluation des facteurs de risque de violence hétéro-agressive chez les personnes ayant des troubles schizophréniques ou des troubles de l'humeur [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 21 juill 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1069220/fr/dangerosite-psychiatrique-etude-et-evaluation-des-facteurs-de-risque-de-violence-hetero-agressive-chez-les-personnes-ayant-des-troubles-schizophréniques-ou-des-troubles-de-l-humeur
29. Séjours injustifiés en unités pour malades difficiles - Sénat [Internet]. [cité 25 juill 2020]. Disponible sur: <https://www.senat.fr/questions/base/2013/qSEQ130204900.html>
30. Benoist J. Logiques de la stigmatisation, éthique de la destigmatisation. *Inf Psychiatr*. 2007;Volume 83(8):649-54.
31. Angermeyer MC, Matschinger H. The stigma of mental illness: effects of labelling on public attitudes towards people with mental disorder. *Acta Psychiatr Scand*. 2003;108(4):304-9.

32. Link BG, Phelan JC, Bresnahan M, Stueve A, Pescosolido BA. Public conceptions of mental illness: labels, causes, dangerousness, and social distance. *Am J Public Health*. sept 1999;89(9):1328-33.
33. Stuart H, Arboleda-Flórez J. Community attitudes toward people with schizophrenia. *Can J Psychiatry Rev Can Psychiatr*. avr 2001;46(3):245-52.
34. Angermeyer MC, Holzinger A, Matschinger H. Emotional reactions to people with mental illness. *Epidemiol Psychiatr Sci*. mars 2010;19(1):26-32.
35. BRIGHT PH& JA. Stigma and mental illness: A review and critique. *J Ment Health*. 1 janv 1997;6(4):345-54.
36. Link BG, Cullen FT, Frank J, Wozniak JF. The social rejection of former mental patients: Understanding why labels matter. *Am J Sociol*. 1987;92(6):1461-500.
37. Riskind JH, Wahl O. Moving makes it worse: The role of rapid movement in fear of psychiatric patients. *J Soc Clin Psychol*. 1992;11(4):349-64.
38. Goldin CS. Stigma, biomedical efficacy, and institutional control. *Soc Sci Med* 1982. 1990;30(8):895-900.
39. Norman RMG, Malla AK. Adolescents' attitudes towards mental illness: relationship between components and sex differences. *Soc Psychiatry*. 1 mars 1983;18(1):45-50.
40. Jorm AF, Oh E. Desire for social distance from people with mental disorders. *Aust N Z J Psychiatry*. 1 janv 2009;43(3):183-200.
41. Dietrich S, Beck M, Bujantugs B, Kenzine D, Matschinger H, Angermeyer MC. The relationship between public causal beliefs and social distance toward mentally ill people. *Aust N Z J Psychiatry*. mai 2004;38(5):348-54; discussion 355-357.
42. Loughman A, Haslam N. Neuroscientific explanations and the stigma of mental disorder: a meta-analytic study. *Cogn Res Princ Implic*. 14 nov 2018;3(1):43.
43. Geneticization of Deviant Behavior and Consequences for Stigma: The Case of Mental Illness - Jo C. Phelan, 2005 [Internet]. [cité 16 avr 2020]. Disponible sur: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/002214650504600401>
44. Read J, Harre N. The role of biological and genetic causal beliefs in the stigmatisation of mental patients. *Int J Ment Health*. 1 janv 2001;10:223.
45. Angermeyer MC, Matschinger H, Corrigan PW. Familiarity with mental illness and social distance from people with schizophrenia and major depression: testing a model using data from a representative population survey. *Schizophr Res*. 1 août 2004;69(2-3):175-82.
46. Martin JK, Pescosolido BA, Tuch SA. Of fear and loathing: The role of « disturbing behavior, » labels, and causal attributions in shaping public attitudes toward people with mental illness. *J Health Soc Behav*. 2000;41(2):208-23.

47. Pescosolido BA, Monahan J, Link BG, Stueve A, Kikuzawa S. The public's view of the competence, dangerousness, and need for legal coercion of persons with mental health problems. *Am J Public Health*. sept 1999;89(9):1339-45.
48. Jodelet D. Représentations sociales et mondes de vie (pp.202-214). 2015.
49. Rössler W. The stigma of mental disorders. *EMBO Rep*. sept 2016;17(9):1250-3.
50. Corrigan P, Markowitz FE, Watson A, Rowan D, Kubiak MA. An attribution model of public discrimination towards persons with mental illness. *J Health Soc Behav*. juin 2003;44(2):162-79.
51. Berna F, Göritz AS, Llorca P-M, Vidailhet P, Fond G, Moritz S. Would I take antipsychotics, if I had psychotic symptoms? Examining determinants of the decision to take antipsychotics. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. 03 2017;77:155-63.
52. Angermeyer M, Dietrich S. Public Beliefs About and Attitudes Towards People with Mental Illness: A Review of Population Studies. *Acta Psychiatr Scand*. 1 avr 2006;113:163-79.
53. Durand-Zaleski I, Scott J, Rouillon F, Leboyer M. A first national survey of knowledge, attitudes and behaviours towards schizophrenia, bipolar disorders and autism in France. *BMC Psychiatry*. 28 août 2012;12:128.
54. Giordana J-Y. Chapitre 3 - Les effets de la stigmatisation. La stigmatisation en psychiatrie et en santé mentale. In: Masson. 2010.
55. Leete E. How I perceive and manage my illness. *Schizophr Bull*. 1989;15(2):197-200.
56. Corrigan PW, Druss BG, Perlick DA. The Impact of Mental Illness Stigma on Seeking and Participating in Mental Health Care. *Psychol Sci Public Interest*. oct 2014;15(2):37-70.
57. Sickel AE, Seacat JD, Nabors NA. Mental health stigma update: A review of consequences. *Adv Ment Health*. déc 2014;12(3):202-15.
58. Henderson C, Evans-Lacko S, Thornicroft G. Mental Illness Stigma, Help Seeking, and Public Health Programs. *Am J Public Health*. 14 mars 2013;103(5):777-80.
59. Livingston JD, Boyd JE. Correlates and consequences of internalized stigma for people living with mental illness: A systematic review and meta-analysis. *Soc Sci Med*. 1 déc 2010;71(12):2150-61.
60. Daumerie N, Vasseur Baclet S, Giordana J-Y, Bourdais Mannone C, Caria A, Roelandt J-L. La discrimination vécue par les personnes ayant reçu un diagnostic de troubles schizophréniques. Premiers résultats français de l'étude INDIGO. *L'Encéphale*. juin 2012;38(3):224-31.
61. Chang C-K, Hayes R, Perera G, Broadbent M, Fernandes A, Lee W, et al. Life Expectancy at Birth for People with Serious Mental Illness and Other Major Disorders from a Secondary Mental Health Care Case Register in London. *PloS One*. 18 mai 2011;6:e19590.

62. Lawrence D, Kisely S, Pais J. The epidemiology of excess mortality in people with mental illness. *Can J Psychiatry Rev Can Psychiatr.* déc 2010;55(12):752-60.
63. Kisely S. Excess mortality from chronic physical disease in psychiatric patients-the forgotten problem. *Can J Psychiatry Rev Can Psychiatr.* déc 2010;55(12):749-51.
64. Ha C. MORTALITÉ DES PERSONNES SOUFFRANT DE TROUBLES MENTAUX. ANALYSE EN CAUSES MULTIPLES DES CERTIFICATS DE DÉCÈS EN FRANCE, 2000-2013 / MORTALITY IN PEOPLE WITH MENTAL DISORDERS. MULTIPLE CAUSE-OF-DEATH ANALYSIS IN FRANCE, 2000-2013. :9.
65. Wahl OF, Harman CR. Family Views of Stigma. *Schizophr Bull.* 1 janv 1989;15(1):131-9.
66. Hatfield AB. Psychological costs of schizophrenia to the family. *Soc Work.* sept 1978;23(5):355.
67. Goffman E. Notes on the management of spoiled identity. 1963.
68. Stuart H. Stigmatisation. Leçons tirées des programmes visant sa diminution. *Santé Ment Au Qué.* 5 nov 2003;28(1):54-72.
69. Haro JM, Ayuso-Mateos JL, Bitter I, Demotes-Mainard J, Leboyer M, Lewis SW, et al. ROAMER: roadmap for mental health research in Europe. *Int J Methods Psychiatr Res.* 2014;23(S1):1-14.
70. Organisation et fonctionnement du dispositif de soins psychiatriques, 60 ans après la circulaire du 15 mars 1960 [Internet]. [cité 22 avr 2020]. Disponible sur: <http://www.igas.gouv.fr/spip.php?article651>
71. Wooding S, Pollitt A, Castle-Clarke S, Cochrane G, Diepeveen S, Guthrie S, et al. Mental Health Retrosight: Understanding the Returns From Research (Lessons From Schizophrenia): Policy Report. *Rand Health Q.* 2014;4(1):8.
72. Cuenca O. Mass media and psychiatry: an introduction. *Curr Opin Psychiatry.* nov 2001;14(6):527-528.
73. Walter G. The stereotype of the mad psychiatrist. *Aust N Z J Psychiatry.* déc 1989;23(4):547-54.
74. Thornicroft G, Rose D, Mehta N. Discrimination against people with mental illness: what can psychiatrists do? *Adv Psychiatr Treat.* janv 2010;16(1):53-9.
75. Giordana J-Y. La stigmatisation en psychiatrie et santé mentale. Chapitre 7 - Le rôle des médias. Masson. 2010.
76. Hopson J. The demonisation of psychiatrists in fiction (and why real psychiatrists might want to do something about it). *Psychiatr Bull.* août 2014;38(4):175-9.

77. Gharaibeh NM. The psychiatrist's image in commercially available American movies. *Acta Psychiatr Scand.* avr 2005;111(4):316-9.
78. Farooq K, Lydall GJ, Malik A, Ndeti DM, Bhugra D. Why medical students choose psychiatry - a 20 country cross-sectional survey. *BMC Med Educ.* 15 janv 2014;14:12.
79. Seow LSE, Chua BY, Mahendran R, Verma S, Ong HL, Samari E, et al. Psychiatry as a career choice among medical students: a cross-sectional study examining school-related and non-school factors. *BMJ Open.* 1 août 2018;8(8):e022201.
80. Alexander DA, Eagles JM. Changes in attitudes towards psychiatry among medical students: correlation of attitude shift with academic performance. *Med Educ.* sept 1990;24(5):452-60.
81. Sebbane D. Les internes de psychiatrie vus par leurs confrères : jugés de près mais préjugés... *Inf Psychiatr.* 2 juin 2015;Volume 91(5):417-26.
82. ECNi 2019 : la psychiatrie attire encore moins les internes [Internet]. *Santé Mentale.* [cité 2 mai 2020]. Disponible sur: <https://www.santementale.fr/actualites/ecni-2019-la-psychiatrie-attire-peu-les-internes.html>
83. Stuart H, Sartorius N, Liinamaa T, Images Study Group. Images of psychiatry and psychiatrists. *Acta Psychiatr Scand.* janv 2015;131(1):21-8.
84. Holmes D, Tumiel-Berhalter LM, Zayas LE, Watkins R. « Bashing » of medical specialties: students' experiences and recommendations. *Fam Med.* juin 2008;40(6):400-6.
85. Sebbane D. «ÊTRE» PSYCHIATRE: CLICHÉS, RÉALITÉS ET PERSPECTIVES - Résultats d'une enquête nationale française menée en 2013 sur la stigmatisation de la profession. 2014.
86. Angermeyer MC, van der Auwera S, Carta MG, Schomerus G. Public attitudes towards psychiatry and psychiatric treatment at the beginning of the 21st century: a systematic review and meta-analysis of population surveys. *World Psychiatry.* févr 2017;16(1):50-61.
87. Loch AA, Rössler W. Chapter 6 : Who is contributing ? In: *The Stigma of Mental Illness - End of the Story ?* Springer; p. 113.
88. Gray AJ. Stigma in psychiatry. *J R Soc Med.* févr 2002;95(2):72-6.
89. Henderson C, Noblett J, Parke H, Clement S, Caffrey A, Gale-Grant O, et al. Mental health-related stigma in health care and mental health-care settings. *Lancet Psychiatry.* 1 nov 2014;1(6):467-82.
90. Arvaniti A, Samakouri M, Kalamara E, Bochtsou V, Bikos C, Livaditis M. Health service staff's attitudes towards patients with mental illness. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* août 2009;44(8):658-65.

91. Schulze B. Stigma and mental health professionals: a review of the evidence on an intricate relationship. *Int Rev Psychiatry Abingdon Engl.* avr 2007;19(2):137-55.
92. Thornicroft G, Mehta N, Clement S, Evans-Lacko S, Doherty M, Rose D, et al. Evidence for effective interventions to reduce mental-health-related stigma and discrimination. *Lancet Lond Engl.* 12 mars 2016;387(10023):1123-32.
93. Nordt C, Rössler W, Lauber C. Attitudes of mental health professionals toward people with schizophrenia and major depression. *Schizophr Bull.* oct 2006;32(4):709-14.
94. CRISP A, GELDER M, GODDARD E, MELTZER H. Stigmatization of people with mental illnesses: a follow-up study within the Changing Minds campaign of the Royal College of Psychiatrists. *World Psychiatry.* juin 2005;4(2):106-13.
95. Magliano L, Fiorillo A, De Rosa C, Malangone C, Maj M. Beliefs about schizophrenia in Italy: a comparative nationwide survey of the general public, mental health professionals, and patients' relatives. *Can J Psychiatry Rev Can Psychiatr.* mai 2004;49(5):322-30.
96. Cumming E, Cumming J. *Closed ranks; an experiment in mental health education.* Oxford, England: Harvard University Press for the Co; 1957. xx, 192 p. (Closed ranks; an experiment in mental health education).
97. CAB_Solidarites, CAB_Solidarites. Discours d'Agnès Buzyn, Comité Stratégique Santé Mentale, Jeudi 28 juin 2018 [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2020 [cité 9 mai 2020]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/presse/discours/article/discours-d-agnes-buzyn-comite-strategique-sante-mentale-jeudi-28-juin-2018>
98. Organization WH, Europe WHORO for. *Mental Health: Facing the Challenges, Building Solutions : Report from the WHO European Ministerial Conference.* WHO Regional Office Europe; 2005. 196 p.
99. WHO | The world health report 2001 - Mental Health: New Understanding, New Hope [Internet]. WHO. World Health Organization; [cité 9 mai 2020]. Disponible sur: <https://www.who.int/whr/2001/en/>
100. No Health Without Mental Health - PubMed [Internet]. [cité 5 juin 2020]. Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17804063/>
101. Patel V, Thornicroft G. Packages of Care for Mental, Neurological, and Substance Use Disorders in Low- and Middle-Income Countries: PLoS Medicine Series. *PLOS Med.* 6 oct 2009;6(10):e1000160.
102. N D, M F, S T, J L, E C, S K, et al. Human Rights Violations of People With Mental and Psychosocial Disabilities: An Unresolved Global Crisis [Internet]. Vol. 378, *Lancet* (London, England). *Lancet*; 2011 [cité 5 juin 2020]. Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22008426/>

103. A L, R K, I L, R M, J M, S S. Service Availability and Utilization and Treatment Gap for Schizophrenic Disorders: A Survey in 50 Low- And Middle-Income Countries [Internet]. Vol. 90, Bulletin of the World Health Organization. Bull World Health Organ; 2012 [cité 5 juin 2020]. Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22271964/>
104. OMS | Plan d'action pour la santé mentale 2013-2020 [Internet]. WHO. World Health Organization; [cité 5 juin 2020]. Disponible sur: https://www.who.int/mental_health/action_plan_2013/fr/
105. Saxena S, Funk M, Chisholm D. World Health Assembly adopts Comprehensive Mental Health Action Plan 2013–2020. The Lancet. 8 juin 2013;381(9882):1970-1.
106. WPA Programme to reduce stigma and discrimination because of schizophrenia. Vol. I, Guidelines for programme implementation. Geneva : World Psychiatric Association, 1998 ; (a).
107. WPA Programme to reduce stigma and discrimination because of schizophrenia. Vol. V, Annotated list of materials for use in country programmes. Geneva : World Psychiatric Association, 1999.
108. open the doors > global programme overview [Internet]. [cité 5 mai 2020]. Disponible sur: https://www.openthedoors.com/english/01_00.html
109. Sartorius N, Schulze H. Reducing the Stigma of Mental Illness: A Report from a Global Association. Cambridge University Press; 2005. 270 p.
110. Stuart H. Fighting the stigma caused by mental disorders: past perspectives, present activities, and future directions. World Psychiatry. 1 oct 2008;7(3):185-8.
111. Corrigan P, Penn D. Lessons from Social Psychology on Discrediting Psychiatric Stigma. Am Psychol. 1 oct 1999;54:765-76.
112. Gaebel W, Zäske H, Baumann AE, Klosterkötter J, Maier W, Decker P, et al. Evaluation of the German WPA “Program against stigma and discrimination because of schizophrenia — Open the Doors”: Results from representative telephone surveys before and after three years of antistigma interventions. Schizophr Res. 1 janv 2008;98(1):184-93.
113. EPA 30th Anniversary (2013) [Internet]. European Psychiatric Association. [cité 11 juill 2020]. Disponible sur: <https://www.europsy.net/archives/epa-30th-anniversary-2013/>
114. Kastrup M. Exemplary Contribution of Professional Scientific Organizations : The European Psychiatric Association. In: The Stigma of Mental Illness - End of the Story ? Springer; 2016.
115. Bhugra D, Sartorius N, Fiorillo A, Evans-Lacko S, Ventriglio A, Hermans MHM, et al. EPA guidance on how to improve the image of psychiatry and of the psychiatrist. Eur Psychiatry J Assoc Eur Psychiatr. mars 2015;30(3):423-30.
116. Piel E, Roelandt J-L. De la psychiatrie vers la santé mentale. VST - Vie Soc Trait. 2001;no 72(4):9-32.

117. Haute Autorité de Santé - Programme « psychiatrie et santé mentale » de la HAS [Internet]. [cité 5 juill 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1721760/fr/programme-psychiatrie-et-sante-mentale-de-la-has
118. Plan Psychiatrie et Santé Mentale 2005-2008 [Internet]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Evaluation_du_Plan_psychiatrie_et_sante_mentale_2005-2008.pdf
119. La psychiatrie en France : de la stigmatisation à la médecine de pointe [Internet]. [cité 27 juin 2020]. Disponible sur: https://www.senat.fr/rap/r08-328/r08-328_mono.html
120. CAB_Solidarites, CAB_Solidarites. Santé mentale et psychiatrie : Agnès Buzyn présente sa feuille de route pour changer le regard sur la santé mentale et les personnes atteintes de troubles psychiques [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2019 [cité 16 août 2019]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/presse/communiqués-de-presse/article/sante-mentale-et-psychiatrie-agnes-buzyn-presente-sa-feuille-de-route-pour>
121. Les conseils Locaux de Santé Mentale – Centre National de Ressources et d Appui aux CLSM [Internet]. [cité 4 juill 2020]. Disponible sur: <http://clsm-ccoms.org/les-conseils-locaux-de-sante-mentale/>
122. Les SISM qu'est-ce que c'est ? [Internet]. Semaines d'information sur la santé mentale (SISM). [cité 4 juill 2020]. Disponible sur: <https://www.semaines-sante-mentale.fr/sism-2/les-sism-quest-ce-que-cest/>
123. [REPORTÉE] SISM 2020 : Marche pour la santé mentale | Bas-Rhin [Internet]. [cité 11 juill 2020]. Disponible sur: <https://www.unafam.org/bas-rhin/actualites/reportee-sism-2020-marche-pour-la-sante-mentale>
124. Corrigan P. How stigma interferes with mental health care. *Am Psychol.* oct 2004;59(7):614-25.
125. Corrigan PW, Morris SB, Michaels PJ, Rafacz JD, Rüsch N. Challenging the public stigma of mental illness: a meta-analysis of outcome studies. *Psychiatr Serv Wash DC.* oct 2012;63(10):963-73.
126. Griffiths KM, Carron-Arthur B, Parsons A, Reid R. Effectiveness of programs for reducing the stigma associated with mental disorders. A meta-analysis of randomized controlled trials. *World Psychiatry Off J World Psychiatr Assoc WPA.* juin 2014;13(2):161-75.
127. Macrae CN, Bodenhausen GV, Milne AB, Wheeler V. On Resisting the Temptation for Simplification: Counterintentional Effects of Stereotype Suppression on Social Memory. *Soc Cogn.* 1 mars 1996;14(1):1-20.
128. Peek HS, Richards M, Muir O, Chan SR, Caton M, MacMillan C. Blogging and Social Media for Mental Health Education and Advocacy: a Review for Psychiatrists. *Curr Psychiatry Rep.* nov 2015;17(11):88.

129. Accueil / Twitter [Internet]. Twitter. [cité 9 mai 2020]. Disponible sur: <https://twitter.com/home>
130. NW 1615 L. St, Suite 800 Washington, Inquiries D 20036 USA 202-419-4300 | M-857-8562 | F-419-4372 | M. The Social Life of Health Information [Internet]. Pew Research Center: Internet, Science & Tech. 2009 [cité 9 mai 2020]. Disponible sur: <https://www.pewresearch.org/internet/2009/06/11/the-social-life-of-health-information/>
131. Lee K, Hoti K, Hughes J, Emmerton L. Consumer Use of “Dr Google”: A Survey on Health Information-Seeking Behaviors and Navigational Needs. *J Med Internet Res.* 29 déc 2015;17:e288.
132. BASTA [Internet]. BASTA. [cité 5 juill 2020]. Disponible sur: <http://www.bastagegenstigma.de>
133. Giordana J-Y. Quelles stratégies pour réduire la stigmatisation et la discrimination ? In: *La stigmatisation en psychiatrie et en santé mentale.* Elsevier Masson. 2011.
134. depuis 2015 J du blog C des fous. « Asile » : une épreuve de folie à Fort Boyard [Internet]. Comme des fous. 2017 [cité 5 juill 2020]. Disponible sur: <https://commedesfous.com/asile-une-epreuve-de-folie-a-fort-boyard/>
135. SOS Psychophobie | Facebook [Internet]. [cité 19 juill 2020]. Disponible sur: <https://www.facebook.com/sospsychophobie/>
136. Epreuve de « l’asile » dans Fort Boyard : France Télévisions mise en garde - CSA - Conseil supérieur de l’audiovisuel [Internet]. [cité 5 juill 2020]. Disponible sur: <https://www.csa.fr/Proteger/Garantie-des-droits-et-libertes/La-deontologie-des-programmes/Epreuve-de-l-asile-dans-Fort-Boyard-France-Televisions-mise-en-garde>
137. Corrigan PW, Penn DL. Lessons from social psychology on discrediting psychiatric stigma. *Stigma Health.* 2015;1(S):2-17.
138. Jorm AF, Korten AE, Jacomb PA, Christensen H, Rodgers B, Pollitt P. « Mental health literacy »: a survey of the public’s ability to recognise mental disorders and their beliefs about the effectiveness of treatment. *Med J Aust.* 17 févr 1997;166(4):182-6.
139. Jorm AF. Mental health literacy: empowering the community to take action for better mental health. *Am Psychol.* avr 2012;67(3):231-43.
140. Hadlaczky G, Hökby S, Mkrtchian A, Carli V, Wasserman D. Mental Health First Aid is an effective public health intervention for improving knowledge, attitudes, and behaviour: A meta-analysis. *Int Rev Psychiatry.* août 2014;26(4):467-75.
141. Jorm AF, Kitchener BA, Sawyer MG, Scales H, Cvetkovski S. Mental health first aid training for high school teachers: a cluster randomized trial. *BMC Psychiatry.* 24 juin 2010;10(1):51.
142. Dalky HF. Mental illness stigma reduction interventions: review of intervention trials. *West J Nurs Res.* juin 2012;34(4):520-47.

143. "Accepter les différences, ça vaut aussi pour les troubles psychiques"; [Internet]. CCOMS. [cité 3 oct 2019]. Disponible sur: <http://www.ccomsmentalelillefrance.org/?q=campagne-de-sensibilisation-nationale%C2%A0-%C2%AB%C2%A0accepter-les-diff%C3%A9rences-%C3%A7-vaut-aussi-pour-les-troubles>
144. <https://www.youtube.com/user/lepsylob/featured>.
145. (1) La Psychiatre zinzin - YouTube [Internet]. [cité 13 mai 2020]. Disponible sur: <https://www.youtube.com/channel/UCe6-gjxEEn31jNkvNyackVw/featured>
146. Number of gamers worldwide [Internet]. Statista. [cité 23 juill 2020]. Disponible sur: <https://www.statista.com/statistics/293304/number-video-gamers/>
147. Learning by Design: Good Video Games as Learning Machines - James Paul Gee, 2005 [Internet]. [cité 23 juill 2020]. Disponible sur: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.2304/elea.2005.2.1.5>
148. Relationships Between Game Attributes and Learning Outcomes: Review and Research Proposals - Katherine A. Wilson, Wendy L. Bedwell, Elizabeth H. Lazzara, Eduardo Salas, C. Shawn Burke, Jamie L. Estock, Kara L. Orvis, Curtis Conkey, 2009 [Internet]. [cité 23 juill 2020]. Disponible sur: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1046878108321866>
149. Ferrari M, McIlwaine SV, Jordan G, Shah JL, Lal S, Iyer SN. Gaming With Stigma: Analysis of Messages About Mental Illnesses in Video Games. *JMIR Ment Health* [Internet]. 8 mai 2019 [cité 23 juill 2020];6(5). Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6707601/>
150. Hellblade | Ninja Theory [Internet]. [cité 23 juill 2020]. Disponible sur: <https://www.hellblade.com/>
151. Fordham J, Ball C. Framing Mental Health Within Digital Games: An Exploratory Case Study of Hellblade. *JMIR Ment Health* [Internet]. 18 avr 2019 [cité 23 juill 2020];6(4). Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6495293/>
152. Ando S, Clement S, Barley EA, Thornicroft G. The simulation of hallucinations to reduce the stigma of schizophrenia: a systematic review. *Schizophr Res*. déc 2011;133(1-3):8-16.
153. Skoy ET, Eukel HN, Frenzel JE, Werremeyer A, McDaniel B. Use of an Auditory Hallucination Simulation to Increase Student Pharmacist Empathy for Patients with Mental Illness. *Am J Pharm Educ*. 25 oct 2016;80(8):142.
154. Hellblade: Senua's Psychosis | Mental Health Feature [Internet]. 2018 [cité 23 juill 2020]. Disponible sur: <https://www.youtube.com/watch?v=31PbCTS4Sq4>
155. Pinfold V, Toulmin H, Thornicroft G, Huxley P, Farmer P, Graham T. Reducing psychiatric stigma and discrimination: evaluation of educational interventions in UK secondary schools. *Br J Psychiatry*. avr 2003;182(4):342-6.

156. Desforges DM, Lord CG, Ramsey SL, Mason JA. Effects of Structured Cooperative Contact on Changing Negative Attitudes Toward Stigmatized Social Groups. :14.
157. Pettigrew TF, Tropp LR. How does intergroup contact reduce prejudice? Meta-analytic tests of three mediators. *Eur J Soc Psychol.* 2008;38(6):922-34.
158. Pettigrew TF, Tropp LR. A meta-analytic test of intergroup contact theory. *J Pers Soc Psychol.* 2006;90(5):751-83.
159. Rudman LA, Ashmore RD, Gary ML. « Unlearning » automatic biases: the malleability of implicit prejudice and stereotypes. *J Pers Soc Psychol.* nov 2001;81(5):856-68.
160. Reinke RR, Corrigan PW, Leonhard C, Lundin RK, Kubiak MA. Examining two aspects of contact on the stigma of mental illness. *J Soc Clin Psychol.* 2004;23(3):377-89.
161. Thornicroft G, Bakolis I, Evans-Lacko S, Gronholm PC, Henderson C, Kohrt BA, et al. Key lessons learned from the INDIGO global network on mental health related stigma and discrimination. *World Psychiatry.* juin 2019;18(2):229-30.
162. Maunder RD, White FA. Intergroup contact and mental health stigma: A comparative effectiveness meta-analysis. *Clin Psychol Rev.* 1 août 2019;72:101749.
163. Bock T, Urban A, Schulz G, Sielaff G, Kuby A, Mahlke C. “Irre menschlich Hamburg” – An Example of a Bottom-Up Project. In: Gaebel W, Rössler W, Sartorius N, éditeurs. *The Stigma of Mental Illness - End of the Story?* [Internet]. Cham: Springer International Publishing; 2017 [cité 4 juill 2020]. p. 469-83. Disponible sur: https://doi.org/10.1007/978-3-319-27839-1_25
164. Brohan E, Elgie R, Sartorius N, Thornicroft G. Self-stigma, empowerment and perceived discrimination among people with schizophrenia in 14 European countries: The GAMIAN-Europe study. *Schizophr Res.* sept 2010;122(1-3):232-8.
165. Bonsack C, Rexhaj S, Favrod J. Psychoéducation : définition, historique, intérêt et limites. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr.* 1 févr 2015;173(1):79-84.
166. Link BG, Struening EL, Neese-todd S, Asmussen S, Phelan JC. On Describing and Seeking to Change the Experience of Stigma. *Psychiatr Rehabil Ski.* 1 sept 2002;6(2):201-31.
167. Mittal D, Sullivan G, Chekuri L, Allee E, Corrigan PW. Empirical Studies of Self-Stigma Reduction Strategies: A Critical Review of the Literature. *Psychiatr Serv Wash DC.* oct 2012;63(10):974-81.
168. Tsang HWH, Ching SC, Tang KH, Lam HT, Law PYY, Wan CN. Therapeutic intervention for internalized stigma of severe mental illness: A systematic review and meta-analysis. *Schizophr Res.* mai 2016;173(1-2):45-53.
169. Butler AC, Chapman JE, Forman EM, Beck AT. The empirical status of cognitive-behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Clin Psychol Rev.* 1 janv 2006;26(1):17-31.

170. Kabat-Zinn J. *Wherever You Go, There You Are: Mindfulness Meditation in Everyday Life*. Hachette Books; 1994. 132 p.
171. Hayes SC, Bissett R, Roget N, Padilla M, Kohlenberg BS, Fisher G, et al. The impact of acceptance and commitment training and multicultural training on the stigmatizing attitudes and professional burnout of substance abuse counselors. *Behav Ther.* 1 sept 2004;35(4):821-35.
172. Yang X, Mak WWS. The Differential Moderating Roles of Self-Compassion and Mindfulness in Self-Stigma and Well-Being Among People Living with Mental Illness or HIV. *Mindfulness.* juin 2017;8(3):595-602.
173. Barr N, Davis JP, Diguseppi G, Keeling M, Castro C. Direct and indirect effects of mindfulness, PTSD, and depression on self-stigma of mental illness in OEF/OIF veterans. *Psychol Trauma Theory Res Pract Policy.* 5 déc 2019;
174. Corrigan PW, Kosyluk KA, Rüsçh N. Reducing Self-Stigma by Coming Out Proud. *Am J Public Health.* mai 2013;103(5):794-800.
175. Corrigan PW, Rao D. On the Self-Stigma of Mental Illness: Stages, Disclosure, and Strategies for Change. *Can J Psychiatry.* 1 août 2012;57(8):464-9.
176. Corrigan PW, Larson JE, Michaels PJ, Buchholz BA, Rossi RD, Fontecchio MJ, et al. Diminishing the self-stigma of mental illness by coming out proud. *Psychiatry Res.* 30 sept 2015;229(1):148-54.
177. Wahl OF. Mental health consumers' experience of stigma. *Schizophr Bull.* 1999;25(3):467-78.
178. Rüsçh N, Corrigan PW, Wassel A, Michaels P, Larson JE, Olschewski M, et al. Self-stigma, group identification, perceived legitimacy of discrimination and mental health service use. *Br J Psychiatry.* déc 2009;195(6):551-2.
179. Ziebland S, Wyke S. Health and Illness in a Connected World: How Might Sharing Experiences on the Internet Affect People's Health? *Milbank Q.* 2012;90(2):219-49.
180. Naslund JA, Grande SW, Aschbrenner KA, Elwyn G. Naturally occurring peer support through social media: the experiences of individuals with severe mental illness using YouTube. *PloS One.* 2014;9(10):e110171.
181. Miller BJ, Stewart A, Schrimsher J, Peeples D, Buckley PF. How connected are people with schizophrenia? Cell phone, computer, email, and social media use. *Psychiatry Res.* 28 févr 2015;225(3):458-63.
182. Naslund JA, Aschbrenner KA, Marsch LA, Bartels SJ. The future of mental health care: peer-to-peer support and social media. *Epidemiol Psychiatr Sci.* avr 2016;25(2):113-22.
183. Johnson S, Lamb D, Marston L, Osborn D, Mason O, Henderson C, et al. Peer-supported self-management for people discharged from a mental health crisis team: a randomised controlled trial. *The Lancet.* 4 août 2018;392(10145):409-18.

184. Wallerstein N, OMS. Quelles sont les preuves de l'efficacité de l'empowerment dans l'amélioration de la santé ? [Internet]. Genève; 2006. Disponible sur: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/76479/E92919.pdf?ua=1
185. Rüsç N, Lieb K, Bohus M, Corrigan PW. Brief Reports: Self-Stigma, Empowerment, and Perceived Legitimacy of Discrimination Among Women With Mental Illness. *Psychiatr Serv*. 1 mars 2006;57(3):399-402.
186. Rüsç N, Xu Z. Strategies to Reduce Mental Illness Stigma. In: *The Stigma of Mental Illness - End of th Story ? 2017*. (Springer).
187. Chan RCH, Mak WWS, Lam MYY. Self-stigma and empowerment as mediating mechanisms between ingroup perceptions and recovery among people with mental illness. *Stigma Health*. 2018;3(3):283-93.
188. Corrigan PW, ill.) RL (advocate for mentally. *Don't Call Me Nuts! : Coping with the Stigma of Mental Illness*. Recovery Press; 2001. 456 p.
189. Caria A, Arfeuillère S, Loubières C, Joseph C. Passer de l'asile à la Cité, de l'aliéné au citoyen : un défi collectif. *Prat En Sante Ment*. 26 mai 2015;61e année(1):22-31.
190. Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.
191. Prendre la parole pour déconstruire les idées reçues sur les troubles psychiques. *Inf Psychiatr*. 2018;94:9.
192. Anthony WA. Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosoc Rehabil J*. 1993;16(4):11-23.
193. Programme « Médiateur de santé/pair » [Internet]. CCOMS. [cité 16 oct 2019]. Disponible sur: <http://www.ccomssantementalelillefrance.org/?q=programme-%C2%AB%C2%A0m%C3%A9diateur-de-sant%C3%A9pair%C2%A0%C2%BB>
194. Hatzenbuehler ML, Link BG. Introduction to the special issue on structural stigma and health. *Soc Sci Med*. févr 2014;103:1-6.
195. Je C, V P-V, Ih M, Jta B. Intervening Within and Across Levels: A Multilevel Approach to Stigma and Public Health [Internet]. Vol. 103, *Social science & medicine* (1982). *Soc Sci Med*; 2014 [cité 23 mai 2020]. Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24513229/>
196. Stuart H. Employment equity and mental disability. *Curr Opin Psychiatry*. sept 2007;20(5):486-90.
197. Callard F, Sartorius N, Arboleda-Flórez J. *Mental Illness, Discrimination and the Law - Fighting for social justice*.

198. HCDH | Convention relative aux droits des personnes handicapées [Internet]. [cité 23 mai 2020]. Disponible sur: <https://www.ohchr.org/FR/ProfessionalInterest/Pages/ConventionRightsPersonsWithDisabilities.aspx>
199. United Nations Treaty Collection [Internet]. [cité 23 mai 2020]. Disponible sur: https://treaties.un.org/Pages/ViewDetails.aspx?src=TREATY&mtdsg_no=IV-15&chapter=4&lang=fr&clang=_fr
200. OMS. Guide des Politiques et des Services de Santé mentale - Plaidoyer en faveur de la santé mentale [Internet]. 2005. Disponible sur: https://www.who.int/mental_health/policy/Plaidoyer_en_sante_mentale_final.pdf?ua=1
201. WHO | Advocacy for mental health [Internet]. WHO. World Health Organization; [cité 23 mai 2020]. Disponible sur: https://www.who.int/mental_health/policy/services/essentialpackage1v7/en/
202. Organization WH. The World Health Report 2003: Shaping the Future. World Health Organization; 2003. 216 p.
203. Stuart H. What has proven effective in anti-stigma programming ? In: The stigma of mental illness - End of the story ? Springer; 2016.
204. Stuart H. Mental illness and employment discrimination. *Curr Opin Psychiatry*. sept 2006;19(5):522-6.
205. SAYCE L. Beyond Good Intentions. Making Anti-discrimination Strategies Work. *Disabil Soc*. 1 août 2003;18(5):625-42.
206. On the stigma of mental illness: Practical strategies for research and social change. Washington, DC, US: American Psychological Association; 2005. xv, 343 p. (Corrigan PW. On the stigma of mental illness: Practical strategies for research and social change).
207. McGinty EE, Webster DW, Barry CL. Effects of news media messages about mass shootings on attitudes toward persons with serious mental illness and public support for gun control policies. *Am J Psychiatry*. mai 2013;170(5):494-501.
208. Stigma and the Daily News: Evaluation of a Newspaper Intervention - Heather Stuart, 2003 [Internet]. [cité 23 mai 2020]. Disponible sur: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/070674370304801002>
209. Nn C, J H, J B, K R, J P. Speaking Out for Mental Health: Collaboration of Future Journalists and Psychiatrists [Internet]. Vol. 33, *Academic psychiatry : the journal of the American Association of Directors of Psychiatric Residency Training and the Association for Academic Psychiatry*. *Acad Psychiatry*; 2009 [cité 23 mai 2020]. Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19398636/>
210. Thornicroft A, Goulden R, Shefer G, Rhydderch D, Rose D, Williams P, et al. Newspaper coverage of mental illness in England 2008-2011. *Br J Psychiatry*. avr 2013;202(s55):s64-9.

211. Stuart H. Media Portrayal of Mental Illness and Its Treatments: What Effect Does It Have on People with Mental Illness? *CNS Drugs*. 1 févr 2006;20:99-106.
212. <https://papageno-suicide.com/>.
213. Notredame C-É, Granger B. L'effet Papageno pour prévenir la contagion suicidaire. *PSN*. 14 mars 2017;Volume 15(1):21-7.
214. Pauwels N, Grandgenèvre P. Comment parler du suicide aux médias ? - CFP 2019. 2019; Nice.
215. COX J. The 12th World Congress of Psychiatry. *World Psychiatry*. févr 2003;2(1):61-3.
216. Kim S-W, Jang J-E, Kim J-M, Shin I-S, Ban DH, Choi B, et al. Comparison of Stigma according to the Term Used for Schizophrenia : Split-Mind Disorder vs. Attunement Disorder. *J Korean Neuropsychiatr Assoc*. 2012;51(4):210.
217. Cho JW, Jang E-Y, Woo H-J, Park YC, Kim SH, Hong KS, et al. Effects of Renaming Schizophrenia in Korea: from "Split-Mind Disorder" to "Attunement Disorder". *Psychiatry Investig*. juill 2018;15(7):656-62.
218. Chan SKW, Tam WWY, Lee KW, Hui CLM, Chang WC, Lee EHM, et al. A population study of public stigma about psychosis and its contributing factors among Chinese population in Hong Kong. *Int J Soc Psychiatry*. 1 mai 2016;62(3):205-13.
219. Can a less pejorative Chinese translation for schizophrenia reduce stigma? A study of adolescents' attitudes toward people with schizophrenia - CHUNG - 2004 - *Psychiatry and Clinical Neurosciences* - Wiley Online Library [Internet]. [cité 28 juin 2020]. Disponible sur: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1440-1819.2004.01293.x>
220. Sartorius N, Chiu H, Heok KE, Lee M-S, Ouyang W-C, Sato M, et al. Name Change for Schizophrenia. *Schizophr Bull*. mars 2014;40(2):255-8.
221. Lasalvia A, Penta E, Sartorius N, Henderson S. Should the label « schizophrenia » be abandoned? *Schizophr Res*. mars 2015;162(1-3):276-84.
222. Reed GM, First MB, Kogan CS, Hyman SE, Gureje O, Gaebel W, et al. Innovations and changes in the ICD-11 classification of mental, behavioural and neurodevelopmental disorders. *World Psychiatry*. févr 2019;18(1):3-19.
223. Hatzenbuehler ML. Structural Stigma and Health Inequalities: Research Evidence and Implications for Psychological Science. *Am Psychol*. nov 2016;71(8):742-51.
224. Link BG, Yang LH, Phelan JC, Collins PY. Measuring Mental Illness Stigma. *Schizophr Bull*. 1 janv 2004;30(3):511-41.
225. Gronholm PC, Henderson C, Deb T, Thornicroft G. Interventions to reduce discrimination and stigma: the state of the art. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2017;52(3):249-58.

226. Corrigan PW. Target-specific stigma change: a strategy for impacting mental illness stigma. *Psychiatr Rehabil J*. 2004;28(2):113-21.
227. Clement S, Lassman F, Barley E, Evans-Lacko S, Williams P, Yamaguchi S, et al. Mass media interventions for reducing mental health-related stigma. *Cochrane Database Syst Rev*. 23 juill 2013;(7):CD009453.
228. Stuart H. Reducing the stigma of mental illness. *Glob Ment Health* [Internet]. 10 mai 2016 [cité 28 juin 2020];3. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5314742/>
229. Thornicroft G, Mehta N, Clement S, Evans-Lacko S, Doherty M, Rose D, et al. Evidence for effective interventions to reduce mental-health-related stigma and discrimination. *The Lancet*. 12 mars 2016;387(10023):1123-32.
230. Michaels P, López M, Rüsçh N, Corrigan P. Constructs and concepts comprising the stigma of mental illness. *Psychol Soc Educ*. 27 avr 2017;4:183.
231. Norms C on the S of CBHS, Board on Behavioral C, Education D of B and SS and, National Academies of Sciences E. The Science of Communication [Internet]. Ending Discrimination Against People with Mental and Substance Use Disorders: The Evidence for Stigma Change. National Academies Press (US); 2016 [cité 28 juin 2020]. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK384926/>
232. Keane M. Acceptance vs. rejection: nursing students' attitudes about mental illness. *Perspect Psychiatr Care*. 1991;27(3):13-8.
233. Clarke D, Usick R, Sanderson A, Giles-Smith L, Baker J. Emergency department staff attitudes towards mental health consumers: a literature review and thematic content analysis. *Int J Ment Health Nurs*. juin 2014;23(3):273-84.
234. Henderson C, Noblett J, Parke H, Clement S, Caffrey A, Gale-Grant O, et al. Mental health-related stigma in health care and mental health-care settings. *Lancet Psychiatry*. nov 2014;1(6):467-82.
235. Graham AL, Julian J, Meadows G. Improving responses to depression and related disorders: evaluation of a innovative, general, mental health care workers training program. *Int J Ment Health Syst*. 8 sept 2010;4:25.
236. Patterson P, Whittington R, Bogg J. Measuring nurse attitudes towards deliberate self-harm: the Self-Harm Antipathy Scale (SHAS). *J Psychiatr Ment Health Nurs*. août 2007;14(5):438-45.
237. Modgill G, Patten SB, Knaak S, Kassam A, Szeto ACH. Opening Minds Stigma Scale for Health Care Providers (OMS-HC): examination of psychometric properties and responsiveness. *BMC Psychiatry*. 23 avr 2014;14:120.
238. Knaak S, Modgill G, Patten SB. Key Ingredients of Anti-Stigma Programs for Health Care Providers: A Data Synthesis of Evaluative Studies. *Can J Psychiatry*. 1 janv 2014;59(1_suppl):19-26.

239. Knaak S, Mantler E, Szeto A. Mental illness-related stigma in healthcare: Barriers to access and care and evidence-based solutions. *Health Manage Forum*. 1 mars 2017;30(2):111-6.
240. Gaebel W, Zäske H, Baumann A. The relationship between mental illness severity and stigma. *Acta Psychiatr Scand Suppl*. 1 févr 2006;113:41-5.
241. Domingo A, Baer N. Stigmatisierende Konzepte in der beruflichen Rehabilitation. *Psychiatr Prax*. oct 2003;30(7):355-7.
242. Papish A, Kassam A, Modgill G, Vaz G, Zanussi L, Patten S. Reducing the stigma of mental illness in undergraduate medical education: a randomized controlled trial. *BMC Med Educ*. 24 oct 2013;13:141.
243. Friedrich B, Evans-Lacko S, London J, Rhydderch D, Henderson C, Thornicroft G. Anti-stigma training for medical students: The Education Not Discrimination project. *Br J Psychiatry*. avr 2013;202(s55):s89-94.
244. Kassam A, Glozier N, Leese M, Loughran J, Thornicroft G. A controlled trial of mental illness related stigma training for medical students. *BMC Med Educ*. 29 juill 2011;11(1):51.
245. l'Europe O mondiale de la SB régional de. La Santé mentale en Europe : non à l'exclusion - oui aux soins. 2001 [cité 5 juill 2020]; Disponible sur: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/108506>
246. OMS. Résultats d'une campagne mondiale de sensibilisation. Non à l'exclusion Oui aux soins. Journée mondiale de la santé 2001 [Internet]. 2001. Disponible sur: https://www.who.int/mental_health/media/en/260.pdf?ua=1
247. Time To Change | let's end mental health discrimination [Internet]. [cité 5 juill 2020]. Disponible sur: <https://www.time-to-change.org.uk/>
248. Evans-Lacko S, Henderson C, Thornicroft G. Public knowledge, attitudes and behaviour regarding people with mental illness in England 2009-2012. *Br J Psychiatry*. avr 2013;202(s55):s51-7.
249. Department of Health HMG. No health without mental health: mental health dashboard [Internet]. 2014. Disponible sur: https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/281250/Closing_the_gap_V2_-_17_Feb_2014.pdf
250. Corker E, Hamilton S, Robinson E, Cotney J, Pinfold V, Rose D, et al. Viewpoint survey of mental health service users' experiences of discrimination in England 2008-2014. *Acta Psychiatr Scand*. août 2016;134:6-13.
251. Henderson C, Corker E, Lewis-Holmes E, Hamilton S, Flach C, Rose D, et al. England's time to change antistigma campaign: one-year outcomes of service user-rated experiences of discrimination. *Psychiatr Serv Wash DC*. 2012;63(5):451-7.

252. Ghadi V, CARIA A, Wils J. La mise en place d'une maison des usagers [Internet]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Maison_des_Usagers_de_Sainte-Anne_Article_gestions_hospitalieres_MARS_2010.pdf
253. Fnapsy [Internet]. [cité 5 juill 2020]. Disponible sur: <https://www.fnapsy.org/>
254. d'Intercommunalités AA des maires de F et des présidents. Lancement de la campagne en faveur de la santé mentale [Internet]. Association des Maire de France et des présidents d'intercommunalité de France - AMF. [cité 5 juill 2020]. Disponible sur: <https://www.amf.asso.fr/documents-lancement-la-campagne-en-faveur-la-sante-mentale/9102>
255. INPES. La dépression en savoir plus pour en sortir [Internet]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide-8.pdf>
256. Psycom [Internet]. [cité 5 juill 2020]. Disponible sur: <http://www.psycom.org/>
257. Barrès M. Les Groupes d'entraide mutuelle (GEM). Rev Francaise Aff Soc. 2009;(1):205-8.
258. Programme d'action 2018-2022 [Internet]. CCOMS. [cité 29 juill 2020]. Disponible sur: <http://www.ccomssantementalelillefrance.org/?q=ccoms/organisation>
259. depuis 2015 J du blog C des fous. Apéro Comme des fous #1 [Internet]. Comme des fous. 2020 [cité 7 août 2020]. Disponible sur: <https://commedesfous.com/apero-comme-des-fous-1/>
260. Psycyclette 2019 : Roulons ensemble pour changer le regard sur les maladies psychiques ! | Unafam [Internet]. [cité 5 juill 2020]. Disponible sur: <https://www.unafam.org/nos-actions/agenda/psycyclette-2019-roulons-ensemble-pour-changer-le-regard-sur-les-maladies>
261. La Mad Pride - Site de solidarités et d'entraides destiné aux personnes concernées par le handicap psychique [Internet]. [cité 8 août 2020]. Disponible sur: <https://www.solidarites-usagerspsy.fr/s-engager/evenementiel/mad-pride/>
262. Deb T, Lempp H, Bakolis I, Vince T, Waugh W, Henderson C, et al. Responding to experienced and anticipated discrimination (READ): anti-stigma training for medical students towards patients with mental illness – study protocol for an international multisite non-randomised controlled study. BMC Med Educ. 31 janv 2019;19(1):41.
263. Evans-Lacko S, Little K, Meltzer H, Rose D, Rhydderch D, Henderson C, et al. Development and Psychometric Properties of the Mental Health Knowledge Schedule. Can J Psychiatry. 1 juill 2010;55(7):440-8.
264. Kassam A, Glozier N, Leese M, Henderson C, Thornicroft G. Development and responsiveness of a scale to measure clinicians' attitudes to people with mental illness (medical student version). Acta Psychiatr Scand. 2010;122(2):153-61.

265. Hojat M, Louis DZ, Maxwell K, Markham F, Wender R, Gonnella JS. Patient perceptions of physician empathy, satisfaction with physician, interpersonal trust, and compliance. *Int J Med Educ.* 14 déc 2010;1:83-7.
266. Hojat M, Gonnella JS. Eleven Years of Data on the Jefferson Scale of Empathy-Medical Student Version (JSE-S): Proxy Norm Data and Tentative Cutoff Scores. *Med Princ Pract Int J Kuwait Univ Health Sci Cent.* 2015;24(4):344-50.
267. Hojat M, LaNoue M. Exploration and confirmation of the latent variable structure of the Jefferson scale of empathy. *Int J Med Educ.* 20 avr 2014;5:73-81.
268. Stephan WG, Stephan CW. Intergroup Anxiety. *J Soc Issues.* 1985;41(3):157-75.
269. Stephan WG. Intergroup Anxiety: Theory, Research, and Practice. *Personal Soc Psychol Rev.* 1 août 2014;18(3):239-55.
270. Friedrich B, Evans-Lacko S, London J, Rhydderch D, Henderson C, Thornicroft G. Anti-stigma training for medical students: The Education Not Discrimination project. *Br J Psychiatry Suppl.* 1 avr 2013;55:s89-94.
271. Henderson C, Robinson E, Evans-Lacko S, Corker E, Rebollo-Mesa I, Rose D, et al. Public knowledge, attitudes, social distance and reported contact regarding people with mental illness 2009–2015. *Acta Psychiatr Scand.* 2016;134(S446):23-33.
272. Rong Y, Glozier N, Luscombe GM, Davenport TA, Huang Y, Hickie IB. Improving Knowledge and Attitudes towards Depression: a controlled trial among Chinese medical students. *BMC Psychiatry.* 8 mars 2011;11(1):36.
273. Li J, Li J, Huang Y, Thornicroft G. Mental health training program for community mental health staff in Guangzhou, China: effects on knowledge of mental illness and stigma. *Int J Ment Health Syst.* 4 déc 2014;8(1):49.
274. Clever SL, Jin L, Levinson W, Meltzer DO. Does Doctor–Patient Communication Affect Patient Satisfaction with Hospital Care? Results of an Analysis with a Novel Instrumental Variable. *Health Serv Res.* 2008;43(5p1):1505-19.
275. Gaebel W, Baumann A, Zäske H. Gesellschaftsrelevante Ansätze zur Überwindung von Stigma und Diskriminierung. In: Rössler W, éditeur. *Psychiatrische Rehabilitation* [Internet]. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg; 2004 [cité 3 oct 2019]. p. 875-86. Disponible sur: https://doi.org/10.1007/978-3-642-18823-7_68
276. Colliez PA. De l'importance de « traiter » la stigmatisation des troubles psychiques : Aspects théoriques et pratiques. :140.

Annexes

Annexe 1. Feuille d'information et de consentement concernant READ.

Feuille d'information aux participants de l'étude READ

Strasbourg, France,
Le 03/09/18,

Madame, monsieur,

Vous êtes intéressé(e) pour participer à l'étude de la formation READ (Agir face à la discrimination vécue et anticipée), sur laquelle j'effectue mon mémoire de DES (diplôme d'études spécialisées) de psychiatrie et je vous en remercie.

Cette étude, pilotée par l'équipe du **Collège Royal de Londres** (Dr Henderson), est actuellement réalisée au sein du **réseau INDIGO**, regroupant des chercheurs d'une trentaine de pays travaillant sur la **stigmatisation et la discrimination en santé mentale**. L'étude READ vise à aborder ces concepts afin d'améliorer la prise en charge des personnes soignées par les futurs médecins.

Les informations recueillies le sont pour les besoins de l'étude READ. Elles seront traitées par les investigateurs et l'unité de simulation européenne en santé.

Elles seront conservées 1 an. Vous disposez de droits d'accès et de rectification sur vos données. Pour les exercer, veuillez adresser votre demande à l'investigateur qui a collecté vos données.

Vous pouvez également contacter la déléguée à la protection des données de l'université de Strasbourg à l'adresse suivante : cil@unistra.fr

La formation « READ » se veut **innovante**, et **interactive** : elle est co-animée par un interne de psychiatrie et une « **experte par expérience** » (ou « patiente-experte »), et contient des supports variés (vidéos, témoignages, jeux de rôles...). Son but est d'améliorer les capacités des participants à **identifier les situations de discrimination** vécue et anticipée, à **identifier comment les patients et les soignants sont concernés** par la discrimination, et enfin à savoir **prendre en considération l'impact de la discrimination** sur les patients et leur entourage.

Pour cela, l'étude se divise en **2 bras** : l'un bénéficiant de la formation, l'autre non.

Les **critères d'inclusion** sont d'être étudiant en médecine en MED5 à Strasbourg, ayant terminé les cours obligatoires de psychiatrie.

La formation est gratuite, et ne comporte pas de risques.

Les **25 participants** attendus seront divisés en 3 groupes dont 1 ne recevra pas la formation (groupe contrôle). Les participants seront répartis par **tirage au sort** dans les 3 groupes.

Déroulé : Les 3 groupes s'engagent à venir **2 après-midi**, espacées d'au moins une semaine.

Les 2 groupes « intervention » (bénéficiant de la formation READ) auront le programme suivant :

La 1^{ère} après-midi débutera par 3 auto-questionnaires (MAKS, MICA2, anxiété intergroupe Stephan et Stephan et un ECOS (examen clinique à objectifs structurés) individuel sans débriefing. Un ECOS est une simulation d'un entretien clinique, avec un acteur jouant le patient, et 2 évaluateurs à distance.

Ensuite, la session 1 de la formation aura lieu. Au total, cela nécessitera 3h30.

La 2^e débutera par la session 2 de la formation, suivie des 3 mêmes auto-questionnaires, et de l'ECOS suivi cette fois-ci d'un débriefing individuel pour chaque participant.

Le groupe contrôle suivra le même schéma, sans les sessions de formation.

Par soucis d'organisation, chaque groupe de 12 sera divisé en 2 pour la passation des ECOS.

Le groupe contrôle réalisera la passation des ECOS sans bénéficier de la formation READ.

Feuille de consentement de participation à l'étude READ
--

Strasbourg, le

Par la présente, je certifie avoir été informé(e) de manière claire et compréhensible du protocole de l'étude READ (Agir face à la discrimination vécue et anticipée).

J'ai reçu une feuille d'information détaillée, et les investigateurs, Mr Cyril CAZALS et Dr Amaury MENGIN, s'est tenu et se tient à disposition pour répondre à mes questions (cyril.cazals@chru-strasbourg.fr, amaury.mengin@chru-strasbourg.fr).

J'y participe de manière volontaire.

J'accepte que les données me concernant soient stockées de manière anonyme et sécurisée dans les locaux de l'unité de simulation pédagogique européenne en santé (UNISIMES) et dans un dossier des Hôpitaux Universitaires de Strasbourg. Elles seront également partagées au réseau INDIGO de manière anonyme et sécurisée via la plateforme mise en place par le Collège Royal de Londres et l'équipe du Dr HENDERSON, afin d'être analysées.

Je garde le droit de me retirer de l'étude à tout moment sans préjudice, et de demander la destruction des données me concernant.

Les résultats de cette étude, anonymisés, seront utilisés dans le cadre de la thèse de médecine de Mr Cyril CAZALS, ainsi que pour les publications dans le cadre du réseau INDIGO.

Je m'engage à respecter les autres participants.

Nom et prénom :

Signature précédée de la mention « *lu et approuvé* » :

Annexe 2. Questionnaires utilisés au cours de READ.

JSE-S : Jefferson Scale of Empathy – Medical Student Version : informations

- Date :
- Identifiant pour l'étude (initiales + numéro de groupe + a pour 1^{ère} session, et b pour 2^e session) :
.....

Pour la suite, merci d'entourer votre réponse :Age (ans) :

< 22 22-24 25-27 28-30 31-33 34-36 < 36

Genre : homme femmeAnnée d'étude : 5^e 6^eQuelle spécialité voudriez-vous choisir (n'en choisir qu'une seule SVP) :

Anesthésie	Médecine interne (voir ci-dessous)	Neurologie
Médecine générale	Obstétrique – gynécologie	Ophtalmologie
Neurochirurgie	Orthopédie	Anatomo-pathologie
ORL	Médecine physique réadaptation	Chirurgie plastique
Pédiatrie	Psychiatrie	Urologie
Santé publique	Chirurgie	Non décidé
Radiologie	Urgences	Autre :
Dermatologie		

Sur-spécialité médicale (en choisir **une seule et seulement** si vous avez choisi « médecine interne ») :

Cardiologie	Gastroentérologie	Rhumatologie
Médecine interne générale	Néphrologie	Autre :
Maladies infectieuses	Endocrinologie	Non décidé
Pneumologie	Hématologie/oncologie	

Sur-spécialité chirurgicale (en choisir **une seule et seulement** si vous avez choisi « chirurgie ») :

Cardio-thoracique	Chirurgie générale
Transplantation	Vasculaire
Colorectale	Autre :
Traumatologie	Non décidé

Echelle d'empathie

Consigne: En utilisant un stylo bille, indiquez SVP le degré de votre accord ou désaccord avec *chacune* de ces affirmations en écrivant le nombre approprié dans l'espace souligné qui figure avant chaque affirmation. SVP, utilisez l'échelle suivante en 7 points (*un nombre plus élevé indique un plus fort accord*).

	1-----2-----3-----4-----5-----6-----7	
	<i>Pas du tout d'accord</i>	<i>Tout à fait d'accord</i>
		1 2 3 4 5 6 7
1.	La compréhension des sentiments des patients et de leur famille par les médecins n'influence pas le traitement médical ou chirurgical.	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○
2.	Les patients se sentent mieux quand leurs médecins comprennent leurs sentiments.	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○
3.	Il est difficile pour un médecin de voir les choses selon le point de vue de ses patients.	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○
4.	Dans les relations médecin-malade, le fait de comprendre le langage corporel des patients est aussi important que la communication verbale.	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○
5.	Le sens de l'humour des médecins contribue à obtenir de meilleurs résultats cliniques.	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○
6.	Il est difficile pour les médecins de voir les choses selon le point de vue des patients parce que chaque personne est différente.	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○
7.	Prêter attention aux émotions des patients n'est pas important pour l'anamnèse.	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○
8.	Etre attentif au vécu des patients n'influence pas les résultats des traitements.	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○
9.	Les médecins devraient essayer de se mettre à la place de leurs patients, quand ils les soignent.	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○
10.	Les patients accordent de l'importance au fait que les médecins comprennent leurs sentiments, ce qui est thérapeutique en soi.	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○
11.	Les maladies des patients peuvent être guéries seulement par traitement médical ou chirurgical ; ainsi, les liens émotionnels du médecin avec ses patients n'ont pas d'influence significative sur les traitements médicaux ou chirurgicaux.	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○
12.	Interroger les patients sur ce qui se passe dans leurs vies personnelles n'est pas utile pour comprendre leurs plaintes liées à leur état physique.	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○
13.	Les médecins devraient essayer de comprendre ce qui se passe dans l'esprit des patients en prêtant de l'attention aux signes non verbaux et au langage corporel.	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○
14.	Je pense que l'émotion n'a pas sa place dans le traitement de la maladie physique.	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○
15.	L'empathie est une compétence thérapeutique sans laquelle le succès du traitement est limité.	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○
16.	La compréhension par le médecin de l'état émotionnel des patients et de leurs familles est une composante importante de la relation médecin-malade.	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○
17.	Les médecins devraient essayer de penser comme leurs patients pour leur offrir de meilleurs soins.	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○
18.	Les médecins ne devraient pas se laisser influencer lorsqu'il y a de fortes relations personnelles entre leurs patients et les membres de leurs familles.	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○
19.	Je n'ai pas de plaisir à lire de la littérature non médicale ou de l'art.	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○
20.	Je crois que l'empathie est un facteur thérapeutique important dans le traitement médical.	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○

MAKS = questionnaire sur les connaissances en santé mentale.

Consigne : pour chacune des propositions suivantes (1 à 6), sélectionnez s'il vous plait une seule case en la cochant. Les troubles de santé mentale correspondent ici, par exemple, à un état pour lequel un individu serait orienté vers une équipe médicale.

	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Ni d'accord ni en désaccord	Plutôt en désaccord	Fortement en désaccord	Je ne sais pas
1) La plupart des gens ayant un trouble de santé mentale veulent avoir un emploi rémunéré						
2) Si un ami a un trouble de santé mentale, je sais quel conseil lui donner pour obtenir l'aide d'un professionnel						
3) Les médicaments peuvent être un traitement efficace pour les gens qui ont un trouble de santé mentale						
4) La psychothérapie (par le conseil ou l'écoute) peut être un traitement efficace pour les gens qui ont un trouble de santé mentale						
5) Les gens ayant un trouble psychique sévère peuvent entièrement se rétablir						
6) La plupart des gens ayant un trouble de santé mentale vont voir un professionnel pour se faire aider						

Tournez s'il vous plait.

(Suite du questionnaire MAKS)

Consigne : pour chaque item (7 à 12), dites, s'il vous plait, si vous pensez que la proposition est une maladie mentale en cochant une seule case.

	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Ni d'accord ni en désaccord	Plutôt en désaccord	Fortement en désaccord	Je ne sais pas
7) Dépression						
8) Stress						
9) Schizophrénie						
10) Trouble bipolaire (anciennement trouble maniaco-dépressif)						
11) Addiction aux drogues						
12) Chagrin						

Merci beaucoup d'avoir rempli ce questionnaire.

MICA 2 version étudiant en médecine (francophone)

MICA-2 = Maladie mentale : échelle d'attitude des cliniciens (version pour les étudiants en médecine) : 3 pages à remplir svp.

		Tout à fait d'accord	D'accord	Plutôt d'accord	Plutôt en désaccord	En désaccord	Fortement en désaccord
1	J'ai travaillé la psychiatrie juste parce que c'est au programme des examens. Je ne m'embêterai pas à lire plus à ce sujet.						
2	Les gens ayant un trouble mental sévère ne peuvent pas se rétablir assez pour avoir une bonne qualité de vie.						
3	La psychiatrie est aussi scientifique que les autres champs de la médecine.						
4	Si j'avais une maladie mentale, je ne le dirai à aucun de mes amis car j'aurais peur qu'ils me traitent différemment.						
5	Les gens ayant une maladie mentale sévère sont plus souvent dangereux qu'inoffensifs.						

MICA 2 version étudiant en médecine (francophone)

		Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Ni d'accord ni en désaccord	Plutôt en désaccord	Fortement en désaccord	Je ne sais pas
6	Les psychiatres connaissent plus de choses sur la vie des patients suivis pour maladie mentale que leur famille et amis.						
7	Si j'avais une maladie mentale, je ne l'avouerais jamais à mes collègues par peur d'être traité différemment.						
8	Etre psychiatre ce n'est pas comme être un vrai médecin.						
9	Si un consultant psychiatre me demandait de traiter un patient ayant une maladie mentale d'une manière irrespectueuse, je ne suivrais pas ses instructions.						
10	Je me sens autant à l'aise en parlant à une personne souffrant d'une maladie mentale qu'à un personne souffrant d'une maladie physique.						

MICA 2 version étudiant en médecine (francophone)

		Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Ni d'accord ni en désaccord	Plutôt en désaccord	Fortement en désaccord	Je ne sais pas
11	C'est important que chaque médecin s'occupant une personne avec une maladie mentale évalue également sa santé physique.						
12	Le public n'a pas besoin d'être protégé des gens ayant une maladie mentale sévère.						
13	Si une personne ayant une maladie mentale se plaint de symptômes physiques (par ex : douleur thoracique), je l'attribuerais à sa maladie mentale.						
14	On ne devrait pas attendre des médecins généralistes qu'ils réalisent une évaluation approfondie des patients ayant des symptômes psychiatriques, car ils peuvent être orientés vers un psychiatre.						
15	J'utiliserais les termes « fou », « détraqué », « psy » (?) etc pour décrire les gens ayant une maladie mentale que j'ai vu dans mon travail.						
16	Si un collègue me dit qu'il a une maladie mentale, je voudrais toujours bien travailler avec lui.						

Merci beaucoup pour votre participation.

Echelle d'anxiété intergroupe modifiée de Stephan and Stephan (1985)

Nous voudrions vous interroger sur vos ressentis en étant mélangé(e) socialement avec des personnes ayant un trouble psychique qui vous sont totalement inconnues. Cela n'a pas d'importance si vous avez personnellement un peu de contact ou pas du tout avec des personnes ayant un trouble psychique, essayez s'il vous plait d'imaginer ce que vous ressentiriez.

Si vous étiez le/la seul(e) étudiant(e) en médecine et que vous vous retrouviez avec un groupe de personnes ayant un trouble psychique, comment vous sentiriez vous par rapport à une situation où vous êtes seul(e) avec un groupe d'autres étudiants en médecine ?

Il y a 12 éléments mesurés : **anxieux, craintif (appréhension), confortable, sécuritaire (sentiment de sécurité), inquiet, calme, confiant, gêné/embarrassé, tendu, insouciant, nerveux et à l'aise**, sur une échelle allant de « pas du tout » (0) à « extrêmement » (4) pour évaluer la perception de l'anxiété des participants quand ils interagissent avec des membres d'un autre groupe « stigmatisé ».

Chaque item sera noté sur l'échelle suivante, **merci de cocher la case correspondante à votre ressenti :**

	Pas du tout	Un peu	Plutôt beaucoup	Principalement	Extrêmement
Anxieux					
Craintif (appréhension)					
Confortable					
Sécuritaire (sentiment de sécurité)					
Inquiet					
Calme					
Confiant					
Gêné/embarrassé					
Tendu					
Insouciant					
Nerveux					
A l'aise					

Version française adaptée pour READ de la « Jefferson Scale of Patient Perceptions of Physician Empathy » (JSPPPE)

Instructions :

Nous souhaitons évaluer à quel point vous êtes d'accord ou pas pour chacune des propositions suivantes, à propos du candidat (étudiant en médecine) que vous venez de rencontrer.

Merci d'utiliser l'échelle de 1 à 7 ci-dessous et d'écrire le chiffre de votre choix sur la ligne précédant chaque proposition (1 signifie que vous êtes fortement en désaccord, et 7 fortement d'accord avec la proposition, plus le numéro est élevé, plus vous êtes d'accord).

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7

Fortement en désaccord *Fortement d'accord*

1. ___ Est capable de voir les choses de mon point de vue (voit les choses telles que je les vois)
2. ___ Me questionne sur ce qu'il se passe dans ma vie quotidienne.
3. ___ Semble préoccupé par moi et ma famille.
4. ___ Comprend mes émotions, mes sentiments et mes inquiétudes.
5. ___ Est un médecin compréhensif.

Consignes pour l'évaluateur**7 minutes !****Que doit faire le candidat pour réussir la station ?
(Construction et objectif de la station)**

Dans cette situation, le patient est déjà au courant du diagnostic de psychose et sait que le médecin généraliste aimerait l'orienter vers l'équipe de santé mentale locale (CMP). Le patient ne veut pas y aller car il est inquiet à propos de la discrimination vécue et anticipée dû à sa maladie mentale.

Le candidat va devoir recueillir les inquiétudes du patient à propos de la discrimination et expliquer qu'une orientation vers l'équipe locale de santé mentale (CMP) n'aggraverait pas la discrimination.

Il doit expliquer que l'équipe locale de santé mentale (CMP) pourra le soutenir face à cette discrimination anticipée ou vécue. Pour résumer, l'étudiant doit :

- **Recueillir les inquiétudes et requêtes du patient**
- **Apaiser ces inquiétudes, répondre aux requêtes, avec une information claire.**
- **Maintenir les limites éthiques de la relation médecin-patient**
- **Maintenir une relation de qualité avec le patient.**

Instructions pour l'étudiant

- **Vous êtes un étudiant en 5^e année, en stage chez un médecin généraliste. Le médecin généraliste s'est absenté et vous a proposé de débiter la consultation avec ce patient. L'étudiant peut rassurer le patient en lui disant qu'il verra le médecin généraliste ensuite.**

Mr/Mme Dupont, âgé(e) de 24 ans a été récemment diagnostiqué(e) "schizophrène" par son médecin traitant qui a l'intention de l'orienter vers le Centre Médico-Psychologique (CMP, rappeler succinctement ce que c'est si besoin) pour une meilleure prise en charge. Mr/Mme Dupont arrive à la consultation avec des préoccupations à ce sujet.

Veillez explorer et répondre aux préoccupations et aux questions que le patient peut avoir.

Feuille de notation				
Domaine	Section			
S	Sécurité du patient			
CO	Interaction avec le patient/phase d'ouverture			
CO	Exploration & explicitation (incluant la justesse des connaissances)			
CO	Gérer l'interaction			
CO	Résumé/phase de clôture			
PT	Notation patient			
<i>Notation globale</i>				
<i>Mon impression sur la performance de ce candidat est :</i>	<i>Réussite nette</i>	<i>Réussite limite</i>	<i>Echec limite</i>	<i>Echec net</i>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Annexe 3. Accord du comité d'éthique.

COMITE D'ETHIQUE

des Facultés de Médecine, d'Odontologie, de Pharmacie, des Ecoles d'Infirmières, de Kinésithérapie, de Maïeutique et des Hôpitaux

Strasbourg, le 16.05.2019

Nos réf : FC/2018-25

Dr Mengin
HUS

Jean SIBILIA
Doyen

Cher collègue

Affaire suivie par
Anne-Marie KASPROWICZ
NHC
Tél. : (33) 03 69 55 08 79
Anne-marie.medina@chru-
strasbourg.fr

Nous vous remercions d'avoir soumis au Comité d'Ethique votre protocole intitulé
«**READ : agir face à la discrimination vécue et anticipée en santé mentale** »

Après en avoir débattu, le comité d'éthique émet un avis favorable à votre étude.

En vous remerciant et en restant à votre disposition, bien cordialement.

Pr François Clauss



Horaires d'ouverture :

- du lundi au vendredi
de 08h00 à 12h00
de 13h00 à 16h00

Faculté de médecine
Secrétariat Général
4, rue Kirschleger
F-67085 Strasbourg Cedex
Tél : (33) 03 68 85 34 98
Fax : (33) 03 68 85 34 24
www-unistra.fr
medecine@adm-ulp.u-strasbg.fr

RESUME :

Introduction : Les troubles psychiques constituent un défi majeur pour notre société comme le rappelle l'Organisation mondiale de la santé. La stigmatisation des personnes atteintes de troubles psychiques est également reconnue comme étant une problématique majeure de santé publique par de nombreuses études internationales. Elle entrave la recherche d'aide et l'accès global aux soins sur le plan somatique et psychique mais aussi l'accès à un emploi, à des formations ou à un logement pour les personnes concernées. De plus, elle est responsable d'une augmentation des comorbidités, de la mortalité et des situations de précarité des personnes qui en sont victimes.

Méthode : La première partie de ce travail s'attache à identifier et à définir les concepts de stigmatisation et de discrimination ainsi que leurs conséquences. La stigmatisation et la discrimination en santé mentale sont très répandues, touchant en premier les personnes atteintes de troubles psychiques, mais aussi leurs proches, les professionnels de santé mentale, ou la discipline elle-même. De plus, parmi les différents vecteurs de stigmatisation, les professionnels de santé, dont les étudiants en médecine, sont particulièrement représentés, constituant ainsi une cible primordiale d'intervention. La deuxième partie propose de parcourir les différentes recommandations et stratégies concernant la lutte contre la stigmatisation des troubles psychiques au travers d'exemples internationaux et français. Selon la littérature, les approches basées sur l'association de l'éducation et du contact sont les plus efficaces mais encore trop peu nombreuses. La formation READ, combinant des approches éducatives et basées sur le contact, à destination des étudiants en médecine, et présentée en dernière partie, comble en partie ces lacunes.

Résultats : La formation READ a permis une amélioration significative des connaissances, des attitudes et des comportements des étudiants quant à la stigmatisation et à la discrimination des personnes souffrant de troubles psychiques. Ces premiers résultats sont prometteurs et encouragent la mise en place systématique de ce type de formation auprès des étudiants en médecine.

Conclusion : Ce travail met en lumière plusieurs stratégies de déstigmatisation concernant les troubles psychiques. Il rappelle également l'importance de former les étudiants en médecine et montre leur rôle potentiel en tant que vecteurs de lutte contre la stigmatisation des troubles psychiques.

Rubrique de classement : Diplôme d'études spécialisées de Psychiatrie

Mots-clés : Stigmatisation ; Discrimination ; READ ; Simulation ; Enseignement ; Formation ; Déstigmatisation ; Santé mentale

Président : Monsieur le Professeur Pierre Vidailhet

Asseseurs : Monsieur le Docteur Amaury Mengin

Monsieur le Professeur Fabrice Berna

Monsieur le Professeur Gilles Bertschy

Adresse de l'auteur : 11, rue des botteleurs 67000 STRASBOURG

Université

de Strasbourg

Faculté
de médecine**DECLARATION SUR L'HONNEUR***Document avec signature originale devant être joint :*

- à votre mémoire de D.E.S.
- à votre dossier de demande de soutenance de thèse

Nom : CAZALSPrénom : Cyril

Ayant été informé(e) qu'en m'appropriant tout ou partie d'une œuvre pour l'intégrer dans mon propre mémoire de spécialité ou dans mon mémoire de thèse de docteur en médecine, je me rendrais coupable d'un délit de contrefaçon au sens de l'article L335-1 et suivants du code de la propriété intellectuelle et que ce délit était constitutif d'une fraude pouvant donner lieu à des poursuites pénales conformément à la loi du 23 décembre 1901 dite de répression des fraudes dans les examens et concours publics,

Ayant été avisé(e) que le président de l'université sera informé de cette tentative de fraude ou de plagiat, afin qu'il saisisse la juridiction disciplinaire compétente,

Ayant été informé(e) qu'en cas de plagiat, la soutenance du mémoire de spécialité et/ou de la thèse de médecine sera alors automatiquement annulée, dans l'attente de la décision que prendra la juridiction disciplinaire de l'université

J'atteste sur l'honneur

Ne pas avoir reproduit dans mes documents tout ou partie d'œuvre(s) déjà existante(s), à l'exception de quelques brèves citations dans le texte, mises entre guillemets et référencées dans la bibliographie de mon mémoire.

A écrire à la main : « J'atteste sur l'honneur avoir connaissance des suites disciplinaires ou pénales que j'encours en cas de déclaration erronée ou incomplète ».

Signature originale :

A STRASBOURG, le 20/7/20