

Université de Lille – Faculté d’Ingénierie et Management de la Santé (ILIS)  
Master 2 Management Sectoriel – Parcours Management d’Établissements de Santé

Clara BOLLENGIER

## L’impact de la stigmatisation sur la prise en charge des personnes atteintes d’une maladie psychiatrique en France

*En quoi une amélioration de la vision générale des pathologies psychiatriques, visant à  
réduire le délai de prise en charge, peut-elle éviter la dégradation de la santé et de la vie du  
malade concerné ?*

Sous la direction de : Docteur Martine LEFEBVRE  
Mémoire de fin d’études de la 2<sup>ème</sup> année de Master  
Années 2020-2021

### Composition du jury :

- Président du jury : M. Stanislas WOCH, Maître de conférence associé à ILIS
- Directrice de mémoire : Dr. Martine LEFEBVRE, Présidente de la F2RSM PSY
- Troisième membre du jury : M. Olivier DEVRIENDT, Directeur du groupe AHNAC

Date de la soutenance : le Vendredi 20 Août 2021



## Remerciements

---

Ce mémoire me permet de clôturer mes 5 années d'études au sein de la Faculté d'Ingénierie et Management de la Santé (ILIS). Je tiens donc à remercier et exprimer ma gratitude dans un premier temps à l'ensemble de l'équipe pédagogique et aux professionnels et intervenants de la faculté pour m'avoir accompagnées et enseignées durant ces années.

Également, je remercie le Docteur Martine Lefebvre, ma directrice de mémoire, qui a accepté de me suivre et de m'encadrer dans cette rédaction. Je tiens notamment à la remercier pour sa gentillesse, sa disponibilité et son professionnalisme quant aux conseils fournis dans mes travaux de recherches et de rédaction au cours de ces derniers mois. Mais également pour le partage de son réseau de professionnels sans hésitation, qui m'a été essentiel pour mon enquête terrain.

Je souhaite également remercier M. Stanislas WOCH, président du jury et responsable de ma spécialité, pour sa pédagogie essentielle concernant la rédaction et le développement de mon mémoire.

Je tiens à remercier Mme Mathilde DUBOUREAU, ma tutrice de stage, qui m'a accompagnée et conseillée au cours de la rédaction de ce mémoire, bien que ce ne soit pas de son domaine. Je la remercie pour la confiance qu'elle m'accorde dans mon travail et l'aide qu'elle me donne afin que je puisse démarrer du mieux dans ma vie professionnelle. Je remercie également Ophélie, Emma, Sabrina et Benoit qui m'ont toujours soutenu, dans mon travail et la rédaction de mon mémoire.

J'adresse mes remerciements également aux personnes qui ont accepté et su se rendre disponibles pour la réalisation de mon enquête terrain.

Pour finir, j'adresse un mot à ma famille qui m'a toujours soutenu lors de ces années d'études et mes amis, sans qui ces dernières années n'auraient jamais été si belles.

# Table des matières

---

Remerciements .....	1
Table des figures .....	5
Table des tableaux .....	5
Liste des abréviations .....	7
Introduction.....	8
Partie 1 : Revue de littérature .....	10
I. Vision générale et idées reçues de la population concernant les troubles psychiatriques .....	10
1. Définitions .....	10
a. Stigmatisation.....	10
b. Maladies / troubles psychiatriques .....	12
c. Les différents troubles existants .....	14
2. Stigmatisation et santé générale .....	16
a. Apparition des maladies .....	16
b. Stigmatisation de la santé mentale .....	18
c. Rôle des médias dans le processus.....	20
i. Représentation dans les médias.....	20
ii. L'effet Werther .....	22
d. Conséquences sur les personnes atteintes.....	25
3. Impact sur la prise en charge .....	27
II. La lutte contre la stigmatisation .....	30
1. Pourquoi lutter contre la stigmatisation de la santé mentale ? .....	30
2. Les organismes et programmes existants .....	33
a. Au niveau régional.....	33
b. Au niveau national.....	35
c. Au niveau mondial.....	38
3. Le rôle des directions d'établissements.....	39
a. Délai de prise en charge .....	39
b. Partenariats.....	40
c. Les conséquences tarifaires.....	41

Partie 2 : Méthodologie de la recherche .....	43
I.    Objet de recherches .....	43
II.   Population ciblée .....	45
III.  Choix de la méthodologie .....	46
1.  L'étude qualitative .....	46
2.  L'étude quantitative .....	49
IV.  Recueil des données .....	50
V.  Limites des résultats .....	51
Partie 3 : Résultats et recommandations .....	53
I.    Analyse des résultats .....	53
1.  ESD .....	53
a.  La prise en charge, facteur essentiel pour le rétablissement des patients	53
i.  Le point de vue des directeurs accueillants des patients en secteur	
psychiatrique .....	53
ii.  L'évolution des prises en charge vers la psychiatrie d'aujourd'hui ....	55
iii.  Un parcours adapté au patient .....	56
iv.  Un suivi sur le long terme .....	58
v.  Les délais de prises en charge .....	59
b.  Un domaine avec un manque de moyens .....	60
i.  Manque de moyens humains .....	60
ii.  Manque de moyens financiers .....	61
iii.  Manque de prévention .....	63
c.  Des expériences complexes de personnes atteintes .....	64
i.  Les erreurs de diagnostics .....	64
ii.  Un diagnostic établi bien trop tard .....	65
iii.  Un mauvais soutien dans la vie personnelle .....	66
iv.  Une vie professionnelle dangereuse .....	66
v.  Un regard de la société dégradant .....	67
2.  Questionnaire .....	68
a.  La proximité avec une personne atteinte d'un trouble psychiatrique .	69
b.  Les connaissances sur les troubles existants .....	70
c.  L'attention portée au niveau de ces maladies .....	73
d.  Le point de vue de la population .....	75
e.  Retour sur le questionnaire .....	77
II.  Axes d'amélioration proposés .....	78

a. Continuer la communication et prévention des maladies psychiatriques ...	79
b. Un meilleur accès aux soins.....	80
c. Travailler avec des structures adaptées.....	81
d. Trouver de l'aide pour s'améliorer .....	81
Conclusion.....	83
Bibliographie.....	85
Tables des annexes .....	93

## Table des figures

Figure 1 : Mécanisme de la stigmatisation et points d'impact.....	11
Figure 2 : Modèle de santé mentale. ....	17
Figure 3 : Graphique des représentations sociales du « fou », du « malade mental » et du « dépressif » en population générale en France.....	19
Figure 4 : Suicides et tentatives de suicides à Vienne 1980-1996 (demi années)....	24
Figure 5 : Schéma des soins psychiatriques sans consentement. ....	30
Figure 6 : Nombre de patients pris en charge à temps complet ou partiel en 2018..	32
Figure 7 : Nombre de patients pris en charge en soins ambulatoires en 2018. ....	32
Figure 8 : Représentation du programme d'intervention auprès des étudiants en journalisme par le programme Papageno.....	34
Figure 9 : Logo de l'association « Premiers Secours en Santé Mentale France »....	36
Figure 10 : Charge des troubles mentaux et budget pour la santé mentale. ....	41
Figure 11 : Modèle de dotation populationnelle combinant les différents objectifs ...	42
Figure 12 : Pourcentage de connaissance atteint d'une maladie psychiatrique. ....	69
Figure 13 : Pourcentage de personnes suivies par des services psychiatriques.....	69
Figure 14 : Taux d'information des maladies psychiatriques des personnes n'ayant pas d'entourage atteint. ....	70
Figure 15 : Taux d'information des maladies psychiatriques des personnes atteintes ou ayant un proche atteint. ....	70
Figure 16 : Nuage de mot de la définition d'une maladie psychiatrique.....	71
Figure 17 : Nuage de mot reprenant les 5 maladies psychiatriques citées.....	72
Figure 18 : Taux de réponse concernant les connaissances sur les maladies relevant du domaine de la psychiatrie. ....	72
Figure 19 : Taux d'attention concernant les maladies psychiatriques.....	73
Figure 20 : Taux de personnes estimant que les soins en psychiatrie se sont modifiés depuis 20 ans. ....	74
Figure 21 : Sentiment ressenti envers les personnes atteintes d'un trouble psychiatrique des personnes n'ayant pas d'entourage atteint. ....	75
Figure 22 : Sentiment ressenti des personnes atteintes ou ayant un proche atteint.	75
Figure 23 : Ressenti face aux personnes atteintes de schizophrénie.....	76
Figure 24 : Taux d'acceptation de prendre un repas avec une personne atteinte de schizophrénie. ....	77

## Table des tableaux

---

Tableau 1 : Informations nécessaires pour l'analyse.....	44
Tableau 2 : Récapitulatif des entretiens semi-directifs réalisés. ....	48

## Liste des abréviations

---

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

APA : Association Psychiatrique Américaine

DSM : Diagnostic and Statistical Manuel of mental disorders

CIM : Classification Internationale des Malades

TOC : Troubles Obsessionnels Compulsifs

TCA : Troubles des Conduites Alimentaires

SICOM : Syndicat Interhospitalier de Communication externe des hôpitaux spécialisés de Paris

DUP : Duration Untreated Psychosis

DREES : Direction de la Recherche, des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques

HAS : Haute Autorité de Santé

PDS : Programme De Soins psychiatriques sans consentement

CCOMS : Centre Collaborateur de l'OMS pour la recherche et la formation en santé mentale

ASEP : Association Septentrionale d'Epidémiologie Psychiatrique

F2RSM Psy : Fédération régionale de recherche en psychiatrie et santé mentale Hauts-de-France

INFIPP : formation en santé mentale

Unafam : Union Nationale de Familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychique

PSSM France : Premiers Secours en Santé Mentale France

SNS : Stratégie Nationale de Santé

PTSM : Projets Territoriaux de Santé Mentale

mhGAP : Mental Health Gap Action Programme mhGAP

ARS : Agence Régionale de la Santé

ESD : Entretien Semi-Directifs

## Introduction

---

L'Organisation Mondiale de la Santé énonce « La Santé est un état complet de Bien-Être : physique, mental et social, et pas seulement l'absence de maladie ».

De nos jours, la psychiatrie représente 2,4 millions de personnes prises en charge en établissement et une personne sur quatre sera touchée au cours de sa vie par un trouble psychiatrique. Le plus souvent, les troubles psychiatriques affectent considérablement la qualité de vie des personnes concernées, comptant parmi les causes principales de morbidité et de mortalité. Ces troubles n'affectent pas que les patients, mais également leurs familles car on estime qu'en France 15% des 10-20 ans ont besoin de suivi ou de soins, causant de nombreuses souffrances. Leur diagnostic est souvent tardif, et ces personnes ne sont pas dirigées vers les spécialistes adaptées. Ainsi, les conséquences psychologiques et les enkystements de la maladie sont importantes.

Il est donc essentiel de déployer tous les moyens nécessaires pour combattre cette errance de prise en charge et diagnostiquer précocement. En France, ces troubles représentent un enjeu majeur de santé publique, grâce aux nouvelles actions mises en place par le gouvernement. Cependant, le manque d'information et de communication envers la population contribue à la persistance des représentations sociales négatives de ces maladies, présentes depuis des siècles.

En France, l'organisation des soins psychiatriques sectorisés a beaucoup évolué depuis soixante ans, passant d'une offre essentiellement hospitalière à une offre diversifiée, largement extrahospitalière. En effet, près de 80% des adultes et 97% des enfants sont suivis en ambulatoire. Elle est structurée en secteurs de psychiatrie générale et infanto-juvénile, assurant une responsabilité populationnelle sur une mode géo démographique.

Ce travail a pour objectif de comprendre la place des représentations sociales concernant les maladies psychiatriques dans notre société dans la prise en charge des patients. Ces maladies représentent une altération de l'état de bien-être par des

affections spécifiques, entraînant des difficultés à l'insertion dans la communauté, des souffrances et des troubles du comportement. Au travers de ces maladies, nous allons comprendre pourquoi il existe une certaine complexité dans la mise en place de prise en charge adaptée. Nous allons nous concentrer sur cette stigmatisation présente dans notre société et la lutte qui en découle. Afin d'appuyer ces recherches, nous allons effectuer une étude terrain auprès de personnes atteintes d'une de ces maladies, mais également auprès de directeurs d'établissements accueillants ce type de prise en charge.

# Partie 1 : Revue de littérature

---

## I. Vision générale et idées reçues de la population concernant les troubles psychiatriques

### 1. Définitions

#### a. Stigmatisation

La stigmatisation est un phénomène social qui perdure depuis des siècles et résiste aux évolutions des années. C'est un processus qui vise à discriminer et discréditer significativement une partie de la population généralement vulnérable face à une partie dominante de la population <sup>[1]</sup>.

Les stigmas existent depuis l'époque grecque. Premièrement ils ont revêtu un caractère glorifiant, notamment dans le domaine religieux avec les stigmates du Christ, marques des blessures du corps crucifié, chez certaines personnes qui indiquaient une vie sainte. Cependant, vers la fin du Moyen Age, cette marque a rapidement pris la forme d'un aspect péjoratif. En effet, les stigmas ont pris le sens d'une diffamation publique, et renvoyaient notamment à la marque physique que l'on imprimait au fer rouge sur la peau des criminels pour les rendre reconnaissable de tous, la marque des bagnards ou encore la crécelle des lépreux. Le stigmate étant alors un signe d'élection, devint un insigne de la honte, une marque d'infamie ou de disgrâce et d'une désapprobation sociale grave.

Au cours du 18<sup>ème</sup> siècle, la maladie psychique est associée au péché et à la damnation du fait que la folie est attribuée au diable. A cette époque, le malade est alors enfermé dans des maisons appelées « maisons pour fous » où ils sont brutalisés chaque jour.

C'est le sociologue Goffman (1922-1982) qui a importé dans les sciences sociales le terme de « stigmaté » pour définir la « situation de l'individu que quelque chose disqualifie et empêche d'être pleinement accepté par la société » car il représente « un attribut qui jette un discrédit profond » <sup>[2]</sup>. Il met un point d'honneur notamment sur

la différence entre l'identité sociale réelle, qui représente la véritable identité de la personne, et l'identité sociale virtuelle, qui représente l'identité que la société attribue à la personne du fait de la catégorie sociale à laquelle elle appartient. Nous pouvons ici citer par exemple les fous, qui représente une des plus grandes identités sociales virtuelle de la société encore de nos jours lorsqu'une personne est atteinte d'une maladie psychiatrique grave. Link et Phelan<sup>[3]</sup> proposent de revoir ce concept et relient le mécanisme de stigmatisation d'un groupe social minoritaire à 5 notions différentes et complémentaires formant un cercle vicieux. Ce sont :

1. L'étiquetage (le « labeling ») et les étiquettes
2. La stéréotypisation ou les stéréotypes, ici il s'agit « des croyances culturelles dominantes qui lient les personnes étiquetées à des caractéristiques indésirables, des stéréotypes négatifs » (Link et Phelan, 2001)
3. La distance sociale : les personnes étiquetées sont placées dans des catégories distinctes qui impliquent un degré de séparation entre « eux » et « nous »
4. La perte de statut et la discrimination, ces deux processus impliquent un traitement basé sur l'iniquité et l'inégalité
5. Les relations de pouvoir

Ainsi, il est essentiel de prendre en compte ces cinq composantes précédemment citées pour décrire le concept de stigmaté amenant à une situation stigmatisante. Ce cercle vicieux permet de souligner des points de levier sur lesquels il est essentiel d'agir si l'on veut lutter contre cette stigmatisation. <sup>[4]</sup>

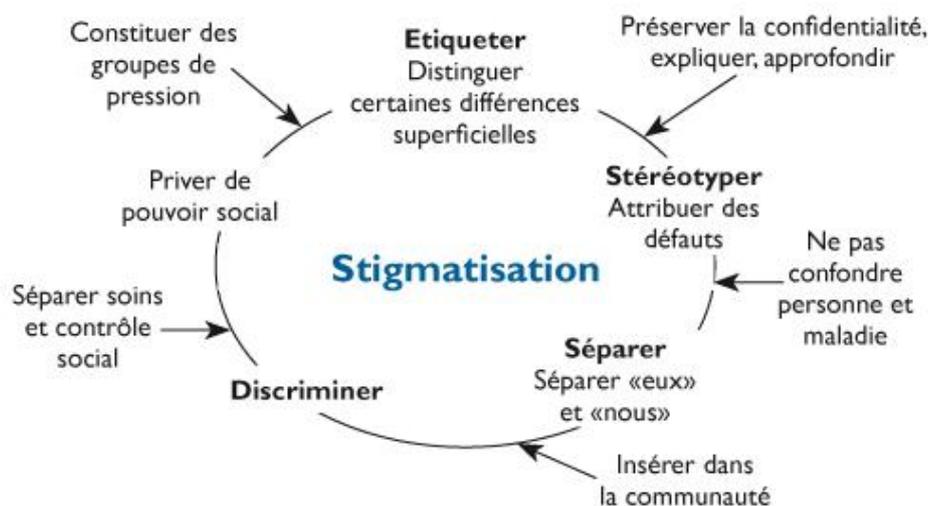


Figure 1 : Mécanisme de la stigmatisation et points d'impact.

Les Nations Unies décrivent également ce phénomène de stigmatisation dans un Memorandum publié en 1949 et décrit que : « [...] est discriminatoire tout comportement fondé sur la base de catégories naturelles ou sociales, catégories qui sont sans rapport ni avec les capacités ou mérites, ni avec la conduite de la personne ».

La stigmatisation existe donc depuis tout temps et demeure ancrées dans les habitudes sociales avec peu de changement en perspective.

## **b. Maladies / troubles psychiatriques**

De nos jours, nous parlons de maladie psychiatrique ou trouble psychiatrique, mental ou psychique qui signifie sensiblement la même chose pour une grande partie de la population.

Un trouble psychiatrique (ou trouble psychique ou trouble mental), désigne un ensemble de troubles psychologiques, dont les origines peuvent être très différentes, entraînant des difficultés à l'insertion dans la communauté, des souffrances et des troubles du comportement <sup>[5]</sup>. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), les maladies psychiatriques regroupent un vaste ensemble de problèmes, dont les symptômes diffèrent mais qui se caractérisent généralement par une combinaison de pensées, d'émotions, de comportements et de rapports avec autrui difficiles. L'état de bien-être est ainsi perturbé par des affections spécifiques telles que la dépression, la schizophrénie, les troubles bipolaires. L'individu est alors dans l'incapacité de s'adapter aux situations difficiles voire douloureuses et de maintenir son équilibre psychique.

Les troubles psychiatriques sont souvent uniquement associés aux troubles mentaux sévères tels que les troubles psychotiques dont la schizophrénie ou la bipolarité, cette dernière pathologie étant moins stigmatisante vis-à-vis du grand public depuis que sa dénomination a changé alors qu'elle reste une psychose maniaco-dépressive.

Cependant il ne faut pas oublier que les troubles mentaux moins reconnus comme étant comme tels, à savoir la dépression, l'anxiété, l'hystérie ou l'insomnie par exemple, bien que reconnus comme des maladies de nature psychiatrique (névroses) sont beaucoup moins stigmatisés par le grand public, sont également des maladies psychiatriques au même niveau que ceux précédemment cités. En effet, les maladies psychiatriques englobent un panel beaucoup plus vaste de maladies qui, pour certains, ne relèvent pas des troubles mentaux les plus sévères et ne sont pas considérés comme telles car les personnes ne veulent pas admettre qu'elles ont un problème qui relevant de la psychiatrie. Ceci est un élément fondamental dans l'acceptation de soins tant par le malade que par son cercle familial ou amical. Ainsi la stigmatisation n'attaque que la plupart du temps les troubles dit « graves » ou rendant la personne « folle » aux yeux du grand public. Ce point sera développé plus tard.

Toutes ces maladies psychiatriques ne sont pas à confondre avec le handicap mental qui est, quant à lui, la conséquence sociale d'un déficit mental et se traduit par des difficultés plus ou moins importantes de réflexion, de conceptualisation, de communication, de décision, etc <sup>[6]</sup>. Ainsi, la trisomie 21 correspondent à un handicap mental par exemple.

Le trouble psychiatrique peut concerner tout le monde, sans distinction de sexe ou d'âge, pendant une certaine période ou de façon permanente <sup>[5]</sup>. On distingue ainsi le trouble psychiatrique :

- **Dans l'enfance et l'adolescence** : l'autisme est un handicap psychique qui apparaît chez le jeune enfant et qui doit être diagnostiqué et pris en charge par une équipe pluridisciplinaire très précocement. Mais ce terme « autisme » doit être remplacé par la dénomination « troubles du spectre autistique » car les conséquences sur le quotidien ne sont pas identiques d'une personne à l'autre ! Une psychose infantile précoce, des troubles anxieux majeurs avec des idées suicidaires peuvent aussi apparaître dès l'enfance qui évoluera à l'adolescence très souvent à cause du harcèlement scolaire, les réseaux sociaux ou un deuil.
- **Pendant la grossesse** : si le baby blues est à rapporter à un brusque changement hormonal après la délivrance, la dépression du post-partum est une dépression sévère due à un trouble de la représentation de l'enfant. Ce

trouble peut être responsable de conduites suicidaires trop méconnues de nos sociétés et qui en font la première cause de mortalité chez la femme en cette période. La psychose puerpérale correspond à l'entrée dans la maladie parfois sur une personne génétiquement prédisposée.

- **Chez la personne âgée** : la dépression peut avoir une expression particulière avec des troubles cognitifs majeurs qui conduisent souvent, entre 20 à 25% des cas, à un diagnostic de la maladie d'Alzheimer, pathologie neurologique complètement différente.

En France, les troubles psychiatriques de toute nature touchent plus d'un adulte sur quatre, soit 27% de la population française [7]. Les troubles les plus fréquemment rencontrés dans la population sont la dépression, les troubles bipolaires, la schizophrénie, les troubles anxieux et les addictions. C'est entre 15 et 25 ans que les troubles psychiatriques apparaissent en grande majorité. En effet, l'OMS constate que 75% des affections apparaissent avant l'âge de 25 ans et que « environ 20% des enfants et adolescents dans le monde présentent des troubles ou des problèmes mentaux. Dans la moitié des cas, les troubles mentaux se déclarent avant l'âge de 14 ans. Ils figurent parmi les principales causes d'incapacité chez les jeunes dans le monde. » [8].

### **c. Les différents troubles existants**

Une classification des troubles mentaux est mise en place depuis plus de 60 ans par l'Association Psychiatrique Américaine (APA) sous le nom de Diagnostic and Statistical Manuel of mental disorders (D.S.M.). Nous sommes actuellement à la cinquième version du DSM qui a été publié en 2013 et regroupe tous les types de troubles connus relevant de la psychiatrie [9]. Le DSM représente un guide de référence pour la pratique quotidienne des professionnels permettant à tous d'adopter un langage commun, pour définir, communiquer et partager. Il est essentiel qu'il soit compatible avec la classification internationale des maladies (CIM) de l'OMS en vigueur. L'APA, composée d'un groupe d'experts internationaux, tente de décrire les troubles mentaux de façon systématique avec :

- Caractéristiques
- Diagnostiques
- Prévalence
- Évolution
- Facteurs de risque et pronostiques
- Questions diagnostiques liées à la culture ou au genre

Afin que le DSM 5 soit compatible avec la CIM-11, qui entrera en vigueur dès 2022, les chapitres présentent des améliorations et des évolutions tout en restant fidèle aux précédentes versions. Ainsi, nous retrouvons tous les troubles suivants classés dans le DSM 5 <sup>[10]</sup> :

- Troubles neurodéveloppementaux
- Troubles du spectre de la schizophrénie et autres troubles psychotiques
- Troubles bipolaires et connexes
- Troubles dépressifs
- Troubles anxieux
- Troubles obsessionnel-compulsif et connexes
- Troubles liés au traumatisme et au stress
- Troubles dissociatifs
- Troubles à symptomatologie somatique et apparentés
- Troubles des conduites alimentaires et de l'ingestion d'aliments
- Troubles du contrôle sphinctérien
- Troubles de l'alternance veille-sommeil
- Dysfonctions sexuelles
- Dysphorie liée au genre
- Troubles disruptifs, du contrôle des impulsions et des conduites
- Troubles liés à une substance et troubles addictifs
- Troubles neurocognitifs
- Troubles de la personnalité
- Troubles paraphiliques
- Autres troubles mentaux
- Troubles des mouvements induits par les médicaments et autres effets indésirables des médicaments

Les troubles psychiatriques représentent donc un très grand panel allant d'un trouble que nous pouvons qualifier de banal à un trouble affectant l'entière vie du malade. Afin de mieux comprendre ces troubles, le site internet Psycom a classé les troubles psychiques en six grandes catégories différentes <sup>[11]</sup> :

- Anxiété, phobies et troubles obsessionnels compulsifs (TOC)
- Troubles dépressifs
- Troubles bipolaires
- Troubles psychotiques – Schizophrénies
- Troubles addictifs
- Troubles des conduites alimentaires (TCA)

Chaque maladie ou trouble est à prendre au cas par cas, même si ces maladies sont classées dans le même type de maladie, ici psychiatrique, leur prise en charge est complètement différente. Chaque cas est à évaluer et à prendre en charge individuellement puisque, ces maladies provenant du domaine mental, tout le monde ne réagit pas de la même façon du fait de nos différences.

## 2. Stigmatisation et santé générale

### a. Apparition des maladies

Quel que soit le continent, la prédisposition génétique à la psychose est de 1% en population générale, mais l'entrée dans la maladie est conditionnée par des facteurs externes comme la consommation précoce et régulière de cannabis ou un traumatisme psychique majeur : deuil, perte d'emploi...

Les troubles psychiatriques peuvent être causés par de multiples facteurs et toucher tous les sexes et tous les âges. Les facteurs peuvent être psychologiques, génétiques, physiques ou environnementaux : c'est ce que l'on appelle le modèle « bio-psycho-social ». Cependant, certains événements importants de la vie tels qu'une séparation, un décès, une enfance difficile, des antécédents familiaux ou des difficultés économiques par exemple peuvent représenter des facteurs de risque d'apparition des

troubles psychiatrique. Il existe également des cas particuliers de troubles psychiatriques qui vont se développer et apparaître à certains moments de la vie, selon certaines périodes de développement, de vieillissement ou de changement hormonal [12].

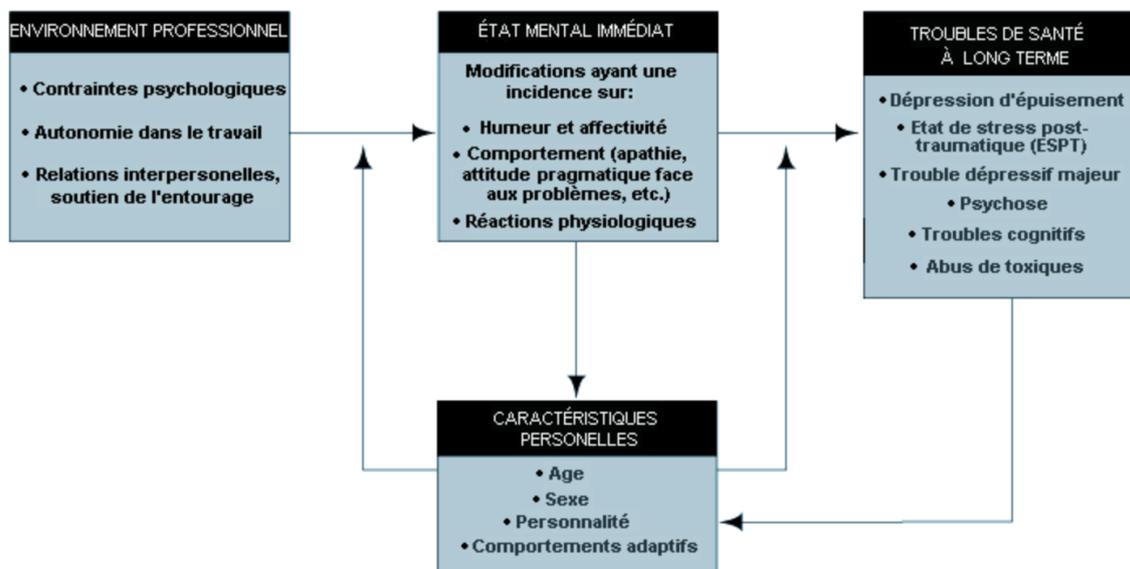


Figure 2 : Modèle de santé mentale.

Comme pour toutes les maladies, le diagnostic est établi par des médecins, dans la grande majorité des cas qualifiés spécialistes en psychiatrie et/ou en addictologie ; les spécialistes en médecine générale sont tout à fait aptes à porter un diagnostic mais demandent souvent l'avis d'un des confrères précités. Il existe certaines méthodes spécifiques afin de déceler ou confirmer ce type de trouble, fondées sur des questionnaires ou des observations faisant appel aux capacités mentales des personnes. La plupart des troubles psychiatriques peuvent être traités : soit par des thérapies médicamenteuses soit par des psychothérapies, les 2 approches pouvant être associées. Mais dans tous les cas un diagnostic précoce et une thérapeutique adaptée rapide sont des facteurs favorables à l'évolution de la maladie.

Comme déjà évoqué, 75% des affections apparaissent avant l'âge de 25 ans, mais le délai moyen entre les premiers signes et le diagnostic est de 7 ans en France. Nombreux sont les malades qui ne consultent pas, ou ne sont pas incités à consulter, lors de l'apparition des premiers symptômes et c'est une décompensation brutale qui

oblige aux soins. Cet écart de temps entre l'apparition des symptômes et le pronostic est essentiellement expliqué par les préjugés négatifs qui prônent sur les malades mentaux et les institutions psychiatriques. En effet, le malade a lui-même ces préjugés négatifs sur sa maladie, il a alors une réticence à envisager qu'il pourrait en être atteint en raison de la conscience qu'il a du sort que réserve la société aux personnes réputées malades mentales.

La plupart de ces maladies se traitent et tout retard dans la prise en charge impacte fortement l'efficacité des traitements. Ainsi l'enjeu du diagnostic et de la prise en charge rapide sont très importants car c'est les 5 premières années de la maladie qui constituent les plus grandes chances de réponses aux traitements et de rémission. L'observance en terme de suivi et de traitement doit être régulière car les rechutes entraînent souvent un enkystement de la pathologie !

## **b. Stigmatisation de la santé mentale**

Les maladies psychiatriques englobent un grand panel de maladies qui, pour certaines, ne relèvent pas des troubles mentaux sévères. Ainsi la stigmatisation n'attaque que la plupart du temps les troubles considérés comme « graves » ou « non naturels » par la société ou rendant la personne « folle » aux yeux du grand public.

Au fil des siècles, la notion de stigma s'est introduite dans le domaine de la santé et n'a pas épargné les populations déjà fragilisés par la maladie. Ainsi dès la période de l'Empire romain elle a atteint les populations de lépreux, et cela s'est poursuivi pendant plusieurs siècles, au 19<sup>ème</sup> siècle les personnes atteintes de tuberculose ont été montrées du doigt. Au 20<sup>ème</sup> siècle, ce sont les pathologies cancéreuses et à partir des années 1980 le sida. De nos jours, il est évident que la stigmatisation concerne principalement les personnes présentant des troubles psychiques et induit comme déjà évoqué une discrimination dans leur vie quotidienne.

Mais cette stigmatisation concerne essentiellement les maladies psychiatriques de type psychotiques. En effet, celles-ci sont associées aux troubles mentaux sévères

pour la population générale, même si la bipolarité – nouveau nom de la psychose maniaque-dépressive - commence à faire moins peur et à être en quelque sorte banalisée depuis que des stars ont évoqué leur maladie dans les médias, notamment Madonna ou Robin Williams. La dépression n'est pas vraiment stigmatisée mais peut être associée à une forme de paresse, d'incapacité à assumer le quotidien. Le patient n'est pas considéré comme fou, pas vraiment dangereux donc, à la différence de la schizophrénie, maladie la plus stigmatisée aujourd'hui. Une enquête réalisée pour le SICOM [13] démontre que 70% de la population associe la maladie mentale à la folie et les déficients mentaux, les dépressifs, les trisomiques dans la catégorie des malades mentaux – trop souvent aussi on y intègre les meurtriers. Or les malades étiquetés « fous » dans la société ne présentent pas plus de danger que les maladies moins stigmatisées ou même qu'une personne normale : les travaux du professeur Jean-Louis Senon de Poitiers montrent que le patient psychotique est plus souvent victime qu'auteur d'infractions [14]. Cependant, il faut souligner que nombre de médias aiment faire leur une sur les actes des fous. Heureusement pour ces malades depuis quelques années, les progrès de la neuroradiologie fonctionnelle et de la pharmacologie les font passer du statut de fou au statut de malade. Ces représentations sociales sont notamment représentées dans le graphique ci-dessous [15].

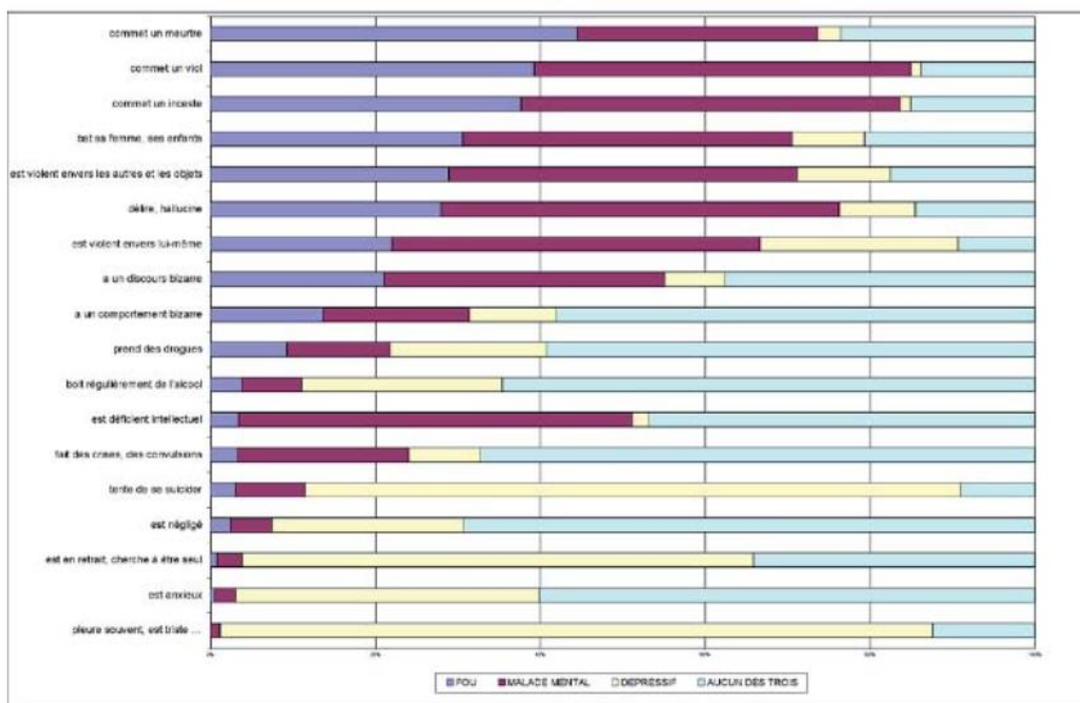


Figure 3 : Graphique des représentations sociales du « fou », du « malade mental » et du « dépressif » en population générale en France.

Tous ces stigmas constituent un obstacle majeur pour les personnes atteintes à leur intégration dans la société et influent sur leur lien social. Le médecin A. Finzen, professeur de psychiatrie sociale et journaliste scientifique, a ainsi défini la reconnaissance par la société de la maladie psychiatrique comme une « seconde maladie » pour la personne atteinte, directement liée à la réaction de son environnement social <sup>[16]</sup>. Nous pouvons ainsi admettre que la stigmatisation est une dimension supplémentaire de la souffrance de la maladie en elle-même. Des études mises en place dans différents pays ont toutes démontrées qu'aucune société ou culture ne traite les personnes atteintes de maladies mentales à l'égal des autres, même si les représentations de celles-ci sont parfois différentes. Elles ont également confirmé l'existence du lien direct entre les représentations sociales de la maladie mentale, défini comme de la folie, et les comportements à l'encontre des personnes porteuses de troubles psychiques.

La lutte contre la stigmatisation dans la société, notamment envers les troubles de la santé mentale, constitue donc un enjeu majeur de santé publique qui doit être mis en avant.

### **c. Rôle des médias dans le processus**

#### **i. Représentation dans les médias**

Les médias jouent un rôle significatif d'information dans la société concernant le domaine de la santé générale et notamment de la santé mentale. Ils peuvent être vus également comme une certaine éducation puisqu'ils correspondent au système de communication le plus récurrent de nos jours. En effet, les médias sont des acteurs majeurs dans la diffusion des représentations sociales en influençant la communauté dans leurs attitudes, leurs croyances et leurs comportements. Cependant, il est important de souligner la limite de ce système d'information qui se veut de nourrir le taux d'audience et en vient à instrumentaliser certaines informations, notamment concernant la folie qui est un sujet régulier à la télévision. Dans le rapport au Ministre des affaires sociales (Avril 1995) par le Comité de pilotage « Image et communication en santé mentale », il est indiqué que « s'il est éminemment difficile d'agir sur les

représentations sociales de la psychiatrie, celles-ci sont largement entretenues par les relais d'opinion. En effet le caractère péjoratif de l'image de la psychiatrie est renforcé par une action médiatique orientée vers le spectaculaire et non vers la sensibilisation voire de simple information sur la santé et/ou les maladies mentales. Dans cette mécanique négative, l'institution et les acteurs de la santé mentale eux-mêmes contribuent parfois à entretenir cette situation. ». Ainsi, lorsque la médiatisation prend le dessus sur l'information, la différence entre la transmission d'information et la réalité est biaisé pour laisser place au sensationnel et l'audimat.

L'évolution du traitement de la folie par les médias est évidemment à souligner. En premier lieu placé dans les simples faits divers, ils sont maintenant dans la programmation des heures de grande écoute comme un sujet important. Ainsi, G. Azémard a distingué trois différentes périodes du traitement de la folie par la télévision, suivant l'évolution des grandes émissions <sup>[17]</sup> :

- La mobilisation pour la désinstitutionnalisation (avec par exemple les émissions de D. Karlin, réalisateur et documentariste de télévision française)
- L'embellie de la programmation « psy »
- La période d'essoufflement

Les personnes atteintes de maladies psychiatriques et les institutions psychiatriques sont très souvent représentées dans des films d'horreur, gore ou thriller. En effet, nous avons que très rarement une belle image de ces deux sujets dans un film, racontant la vie d'une personne et montrant de la compassion. Les images sont la plupart du temps tournées vers la peur et l'horreur. La vidéo « Le psychiatre, la folie et le cinéma » <sup>[18]</sup> en témoigne et nous indique que les images présentées à la télévision concernant la psychiatrie concernent quatre domaines majeurs :

- Une représentation très forte de l'enfermement, que ce soit des murs, des grilles, des clés ou des évasions de patients.
- Le comportement des professionnels qui ont un rôle de gardiens plutôt que de soignants, avec un caractère intolérant et brutal.
- Une perception des thérapeutiques contraignantes si ce n'est agressives, avec des injections de force, des camisoles, des électrochocs, etc.
- Les malades perçus comme des individus agités, bruyants, délirants regard vide, perdu et fixe.

La presse écrite n'échappe pas à cette image de la psychiatrie et est dans la continuité des représentations à la télévision. En effet, comme l'explique « Les cahiers de la Verrière » <sup>[19]</sup>, trois images sont régulièrement exploitées pour ce qui se rattache à la psychiatrie :

- Le malade mental : homme, célibataire, la quarantaine, déséquilibré, forcené et assassin.
- Le psychiatre : compétent en termes d'expert mais incompétent, irresponsable et pervers comme thérapeute. Parfois qualifié de « fou comme ses malades ».
- L'institution : asile qui fait peur et enferme.

La psychiatrie paraît ainsi incompréhensible aux yeux du public et fait peur. La population se sent moins concernée et attentive à ce domaine car il semble impensable. D'après les croyances, la psychiatrie fait plus de mal que de bien et l'hospitalisation a des effets désastreux, où la personne n'est plus traitée comme un humain. Toutes ces pensées sont alimentées par les médias qui influencent les représentations de la maladie mentale. En effet, les informations, émissions, films ou reportages sans filtres relayent et nourrissent régulièrement ces représentations et les fantasmes concernant la folie. Nous pouvons citer par exemple le film *Split*, qui représente un homme atteint du trouble dissociatif de l'identité dans un film d'horreur psychologique. Ce film est un des exemples de film type alimentant les croyances d'une image de folie et de peur des maladies psychiatrique. En effet, la maladie est associée à une personne possédant vingt-quatre personnalités dont une dangereuse qui domine les autres et en vient à kidnapper des enfants.

## ii. L'effet Werther

En raison de l'influence des médias sur les représentations sociales, ils peuvent également jouer un rôle important dans la prévention du suicide. Une des principales conséquences des médias sur les personnes atteintes de troubles mentaux est l'effet Werther. Cet effet représente une sorte de contagion que peut avoir dans une certaine mesure le suicide et les conduites suicidaires, qui surviennent le plus souvent dans le futur immédiat d'un suicide médiatisé <sup>[20]</sup>. En effet, la diffusion médiatique d'un suicide

sans précautions particulières peut provoquer une sorte d'incitation pour les personnes fragiles. Ce terme provient de la fin du XVIII<sup>ème</sup> siècle, à la suite de la publication de l'ouvrage « Les souffrances du jeune Werther » de Goethe où le héros du roman met fin à ses jours suite à une déception amoureuse. Les mois suivants la sortie de l'ouvrage, l'Allemagne a connu une vague de suicides supérieure à la normale chez les jeunes hommes. Un sociologue américain constate des années plus tard qu'à la suite d'un suicide médiatisé, le taux de suicide augmente significativement. Ainsi, il a nommé ce phénomène « l'effet Werther » en référence à l'ouvrage de Goethe.

Depuis sa désignation, l'effet Werther a été mis en évidence à plusieurs reprises et doit donc être pris en compte pour tous les messages d'information et de communication sur le suicide afin de limiter l'impact. En effet, une grande partie des études ont démontré son existence quant à l'augmentation significative du taux de suicide dans les semaines et mois qui suivent un suicide médiatisé. Certes cet effet a moins d'influence que les facteurs psychosociaux et psychiatriques, la responsabilité des médias n'est pas considérée comme non négligeable car en supplément d'un de ces facteurs, le risque est multiplié. Cependant, l'effet Werther n'est presque jamais le seul élément responsable du passage à l'acte, il peut y contribuer ou devenir le facteur déclencheur pour les personnes fragiles, notamment les personnes atteintes d'un trouble de la santé mentale ou en état de détresse intense. La majorité des personnes envisageant le suicide sont ambivalentes, elles ne sont pas sûres de vouloir mourir.

En exemple de cet effet, nous pouvons citer le cas de l'actrice Marilyn Monroe : le mois suivant son décès, le taux de mortalité par suicide a augmenté significativement aux États-Unis (12%) et en Grande-Bretagne (10%). Toujours aux États-Unis, une des dernières études fait suite au décès de Robin Williams et estime une variation de près de 10% du taux de suicide, en particulier chez les hommes de 30 à 44 ans, personnes s'identifiant au personnage. Enfin, un exemple français est celui du suicide de Pierre Bérégovoy qui a fait l'objet d'une grande couverture médiatique en France. Le mois suivant son décès une augmentation significative du taux de suicide a eu lieu chez les hommes de moins de 45 ans, allant jusqu'à près de 18% ! Le type de suicide a également une influence dans l'effet Werther puisqu'ici, une augmentation du suicide par arme à feu, suivant l'acte de Pierre Bérégovoy, s'est confirmé de 26,5%.

Pour autant, il ne faut pas supprimer toute communication sur le suicide. Il convient de parler du suicide mais dans une certaine façon, en adoptant une technique de communication appropriée et connotant l'effet négatif du suicide. Il est ainsi possible de réduire l'effet Werther et augmenter l'effet Papageno par des recommandations de langage spécifiques. En effet, une étude conduite par Etzersdorfer a mis en évidence la réduction de l'effet sensationnel du traitement médiatique du suicide dans le métro à Vienne à la suite de recommandations à destination des journalistes s'accompagnant d'une réduction effective de 75% du taux de suicide dans le métro. En effet, à la suite de la mise en place des recommandations de l'OMS à l'échelle nationale, les médias de Vienne ont enregistré une baisse du taux global de suicides et de tentatives de suicides dans le métro dans le pays. [21]

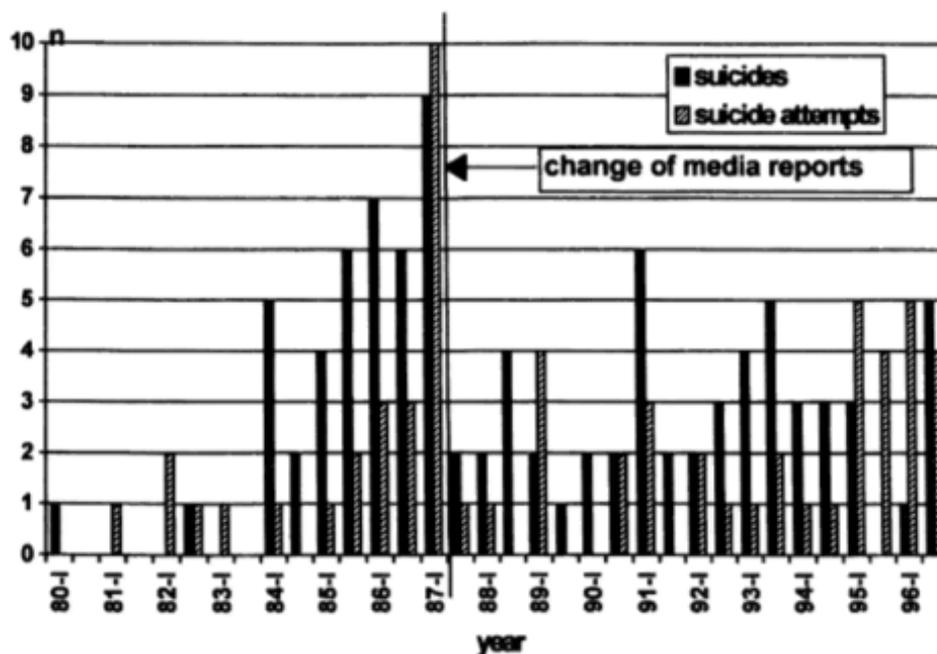


Figure 4 : Suicides et tentatives de suicides à Vienne 1980-1996 (demi années).

Ainsi, l'effet protecteur des médias concernant la prévention du suicide a été baptisé l'effet Papageno qui a été mis en évidence dans de nombreuses études. Il est donc non négligeable de contrer les effets néfastes que les médias ont sur les représentations sociales. C'est pourquoi certains organismes et programmes existent afin de réduire et lutter contre cette stigmatisation médiatique. Le programme Papageno, qui sera détaillé dans une autre partie (II. 2. b.), a notamment cet objectif

et travaille en collaboration avec des écoles de journalismes dans l'espoir de réduire les mots péjoratifs cités dans les articles ou documentaires concernant la psychiatrie afin de réduire l'effet Werther précédemment cité.

#### **d. Conséquences sur les personnes atteintes**

Il est évident que la stigmatisation et la discrimination que subissent les personnes atteintes d'une maladie psychiatrique sont une dimension de la souffrance qui se rajoute à celle de la maladie. Elle s'immisce dans les aspects essentiels de la vie de la personne [22].

En effet, le retentissement de la stigmatisation sur l'accès à l'emploi est incontestable et nombreux malades témoignent des problèmes rencontrés pour trouver ou conserver un emploi. Pour exemple aux Etats-Unis, certaines recherches précisent que moins de 15% parmi les personnes atteintes de schizophrénie exerceraient une activité professionnelle. La peur de l'échec représente également un frein à leur insertion professionnelle, concernant la reprise d'études ou la recherche d'un emploi. En effet, certains malades préfèrent parfois rester à domicile plutôt que de reprendre des études ou travailler et n'éventuellement pas réussir à atteindre leur objectif. La stigmatisation à laquelle ils font face représente un énorme fardeau qu'ils portent sur leurs épaules chaque jour de leur vie et dans tous les actes de leur vie quotidienne. Cette peur de l'échec peut parfois conduire à une peur du monde extérieur et force la personne à se renfermer sur elle-même. Ainsi, stigmatisation et discrimination vis-à-vis de la maladie psychiatrique contribuent à un isolement progressif et affectent le champ des relations interpersonnelles, les malades témoignent de leurs difficultés à se faire des amis, des relations et à les garder. Ils se sentent dans l'obligation de cacher le diagnostic de leur maladie et s'inscrivent donc dans une attitude que l'on appelle de discrimination anticipée. Tout cela contribue à une mauvaise insertion dans la société et alimente l'effet de stigmatisation : si les personnes atteintes ne souhaitent pas se mélanger dû au rejet qu'elles ressentent et donc ne s'insèrent pas dans la société, la population extérieure gardera les aprioris reçus et ne feront pas d'efforts pour les intégrer dans leur environnement de vie social.

Les personnes atteintes de troubles psychiatriques sévères et persistants souffrent la plupart du temps d'un isolement dû à une rupture des liens familiaux et sociaux, d'une perte de capacité à entreprendre, à s'insérer de façon durable dans la vie professionnelle ou sociale ou encore à vivre dans un logement autonome et réaliser les actes de la vie quotidienne. La difficulté de l'accès au logement ou le maintien du logement que rencontre les personnes atteintes de troubles psychique contribue à leur souffrance. Ces effets, ajoutés à la stigmatisation et parfois à des hospitalisations prolongées et répétées, amènent fréquemment les personnes à la perte de leur logement et donc à l'errance et l'exclusion sociale. Certaines tentatives d'amélioration de ce problème, notamment avec la mesure de protection des biens et le rôle d'intermédiaire du gérant de tutelle afin d'assurer un règlement régulier des loyers aux propriétaires, n'ont pas fait la preuve de leur réelle efficacité et même alimentent la méfiance des propriétaires car cette mesure de tutelle confirme aux propriétaires l'existence des troubles chez le demandeur. Ainsi les personnes atteintes de troubles psychiatrique se retrouvent quelques fois sans logement et parmi les plus touchés par la précarité si ce n'est par la pauvreté. Les refus auxquels ils font face renforcent le sentiment d'échec et l'altération de l'estime de soi. De son côté, l'exclusion produit aussi une souffrance psychique intense, en effet selon l'étude SAMENTA réalisée à la demande de la Préfecture de Paris et de la Mairie de Paris <sup>[23]</sup>, 30% des personnes qui vivent à la rue ou en grand précarité souffrent de troubles psychiques. Nous pouvons citer ici le projet « Un chez soi d'abord » mis en place par l'association Aurore <sup>[24]</sup> depuis quelques années dans la métropole lilloise. En partenariat avec l'État, les collectivités locales, les départements et les communes, l'association intervient dans plusieurs régions françaises notamment dans les Hauts-de-France et s'adapte aux besoins des différents territoires dans lesquels elle intervient. Elle est organisée autour de 3 missions : hébergement, soin et insertion sociale et professionnelle des personnes en situation de précarité ou d'exclusion. Cette initiative vise à trouver un toit, notamment aux personnes en souffrance psychique, avant toute autre incitation aux soins et proposer à la suite des formes innovantes de prises en charge adaptée à l'environnement et l'évolution de la personne.

Enfin, une des conséquences les plus dramatiques de la stigmatisation associée aux autres effets précédemment cités d'être à l'origine de tendances suicidaires. En effet,

en France 8948 décès par suicide ont été enregistré en 2015 d'après la feuille de route Santé mentale et psychiatrique, correspondant à 25 par jour contre 9 pour les accidents de la route [25]. Le pays se situe donc parmi les pays de l'Union Européenne ayant un taux élevé de suicides avec plus de 200 000 passages aux urgences pour tentative de suicide par an. Ces tentatives de suicide dont le stade ultime de la détresse psychique car les troubles psychiques comptent parmi les causes principales de morbidité et de mortalité selon le rapport sur la santé dans le monde par l'OMS. Il est donc indéniable de souligner que la stigmatisation a des effets délétères sur l'évolution de la maladie et sur le pronostic, et peut causer des conséquences irrévocables pour les personnes atteintes de ces maladies.

### 3. Impact sur la prise en charge

La stigmatisation a un impact direct sur la prise en charge de la maladie mentale. En effet, comme nous l'avons évoqué, la personne atteinte refuse de voir les symptômes qui se présentent chez elle, ce qui l'amène parfois à ne pas consulter ou à refuser le diagnostic s'il consulte. Ce refus de diagnostic peut provenir de plusieurs types de stigmatisation : l'auto-stigmatisation, la stigmatisation familiale ou la stigmatisation de la population générale. En effet, nous pouvons admettre que le malade a lui-même des préjugés négatifs sur la maladie mentale et les traitements psychiatriques et ainsi sa réticence à envisager qu'il en soit atteint. Pour cela, la consultation avec un professionnel de santé à ce sujet n'interviendra que plus tard, uniquement à l'occasion d'un évènement psychopathologique important s'il se présente, bien qu'il soit confronté à un profond désagrément auparavant. Certaines personnes savent parfois qu'elles sont atteintes d'un trouble psychiatrique en vue des symptômes présents, cependant la peur d'être diagnostiqué et reconnu comme malade réellement l'encourage à ne pas aller consulter. Elles sont dans un déni complet et refusent l'idée de consulter un professionnel pour avoir un diagnostic – un nom – sur les symptômes.

Des études ont ressorti une tendance durable à l'évitement des structures de soins psychiatriques et tout ce qui en découle, notamment des dispositifs. Il a été démontré que moins d'un tiers des personnes présentant des troubles consultaient alors que les

lieux de consultations pour la psychiatrie étaient disponibles et faciles d'accès. Nous pouvons citer par exemple l'étude « La santé mentale en population générale : images et réalités » par le Centre Collaborateur de l'OMS pour la recherche et la formation en santé mentale (CCOMS) et l'Association Septentrionale d'Epidémiologie Psychiatrique (ASEP), en collaboration avec la Direction de la Recherche, des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) qui pose la question suivante à la population <sup>[26]</sup> : « Si soi-même ou si un proche présentait une perturbation de l'état physique, un mal-être, quelles solutions envisager ? ».

Les résultats ont démontré une réelle différence concernant les réponses. En effet, les réponses diffèrent en fonction de la situation, si la maladie concerne soi-même ou bien un proche. Les personnes souhaitent nettement plus justifier d'une aide pour un proche que pour soi-même car il leur paraît impensable que cette situation leur arrive ou qu'ils puissent être reconnu comme malade mental.

Une des conséquences pouvant porter le plus atteinte à la dignité de la personne est l'éventualité de soins sous contrainte. En effet, Adeline Hazan, magistrate de formation et contrôleur général des lieux de privation de liberté de 2014 à 2020, a attiré l'attention sur des pratiques excessives qui ont suscité de nombreux questionnement en France et à l'étranger <sup>[27]</sup>. Lors d'hospitalisations sans consentement en psychiatrie, les personnes sont privées de la liberté d'aller et venir et se retrouvent parfois en isolement. L'hospitalisation dans une unité psychiatrique fermée pour les patients en détresse n'est pas toujours la solution la plus adaptée. A l'issue de la crise qui a motivée la décision, le trauma peut s'accélérer et si l'hospitalisation est trop longue, elle sera un facteur aggravant de la maladie pouvant créer à terme une peur du système de soins et par la suite un refus définitif d'une prise en charge. Les travaux de recherche sont peu nombreux en France mais plus évoluées à l'international avec des études de hauts niveaux de preuves. Ces derniers n'ont pas permis de démontrer de réelles preuves d'efficacité de ces programmes même s'ils sont parfois la seule possibilité d'éviter un drame pour les familles de la personne concernée ou la solution devant un risque de dangerosité pour la population.

Nous retrouvons 2 types de soins sans consentement :

- Les soins psychiatriques à la demande d'un tiers (SDT) : ce tiers représente toute personne susceptible d'agir dans l'intérêt du patient. Cette demande doit être manuscrite et selon 3 conditions d'admissions <sup>[28]</sup> :
  - o La personne doit être atteinte de troubles mentaux
  - o Ces troubles rendent impossible son consentement
  - o Son état impose des soins assortis d'une surveillance médicale constante justifiant une prise en charge à temps complet ou en ambulatoire.
- Les soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat (SDRE) : arrêté motivé du Préfet prononçant l'admission, sur la base du certificat médical établi par un psychiatre et attestant d'une atteinte à la sûreté ou une atteinte grave à l'ordre public <sup>[29]</sup>.

Ce système d'hospitalisation contrainte représente donc un des facteurs de la stigmatisation du malade par la société. La Haute Autorité de Santé (HAS) a donc mis en place un « programme de soins psychiatriques sans consentement » (PDS) issu de la loi du 5 juillet et modifiée le 27 septembre 2013 <sup>[30]</sup> afin de rendre possible les soins sans consentement sous une autre forme que l'hospitalisation complète et isolée : soit des soins ambulatoires sans consentement qui, en cas d'échec, peuvent conduire à une nouvelle hospitalisation. L'objectif est ici de proposer des soins et des services adaptés aux besoins de la personne nécessitant des soins spécifiques à la suite d'une hospitalisation complète qui sera réduite. Même si ce dispositif fait suite à ces hospitalisations sans consentement, il permet de s'adapter aux besoins de la personne tout en réduisant le temps d'hospitalisation forcée. Le comité national de la psychiatrie a validé en 2018 un plan d'action pour limiter les prises en charge sans consentement. Ce plan a pour but de développer des alternatives suivant quatre axes <sup>[31]</sup> :

- Mieux documenter sur les données des soins sous contraintes.
- Diffuser les bonnes pratiques de prévention pour limiter l'isolement.
- Communiquer les mesures améliorant le respect des droits des patients.
- Créer un observatoire des droits des patients en psychiatrie et santé mentale.

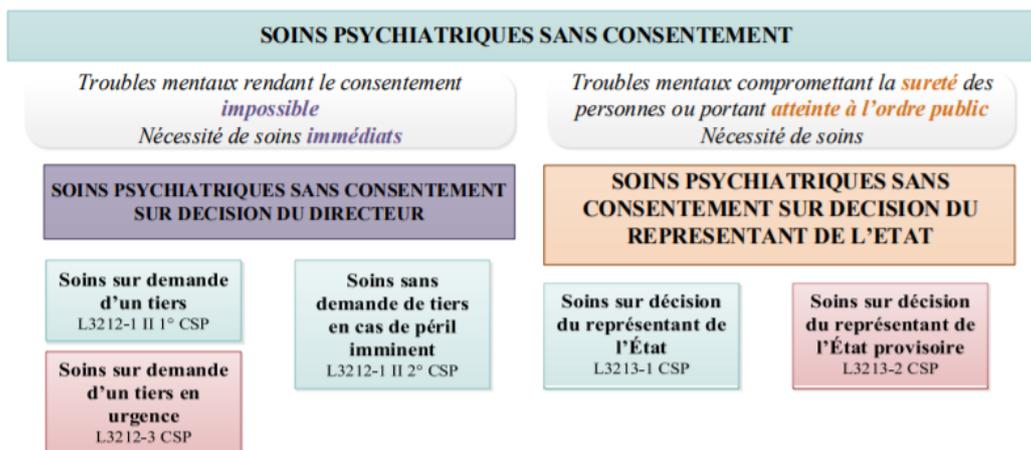


Figure 5 : Schéma des soins psychiatriques sans consentement.

Enfin, il faut rappeler que ces soins font aussi l'objet de réexamen régulier et réglementairement échelonnés par le psychiatre référent et que le malade peut être assisté par un avocat. Il est parfois indispensable d'isoler ou de contraindre mais il est essentiel de le faire dans le respect de la personne et en respectant les recommandations de l'HAS : soins strictement encadrés, limité en nombre et dans le temps avec une remise en cause régulière.

## II. La lutte contre la stigmatisation

### 1. Pourquoi lutter contre la stigmatisation de la santé mentale ?

La lutte contre la stigmatisation des personnes atteintes de troubles psychiatriques représente un des principaux axes des politiques publiques dans le domaine de la santé mentale. Cependant les budgets alloués ne permettent pas des actions suffisantes et des recherches évaluatives sur la question. Les quelques actions de campagne de communication mises en place n'ont pas démontré d'effets significatifs suite aux études réalisées, à l'exception de la prévention du suicide (programmes Vigilans et Papageno à voir ci-après). Nous retrouvons un manque de définition précise de la stigmatisation frein à l'élaboration stratégique de ces actions ciblées. Les conséquences effectives de la stigmatisation sur le vécu des personnes atteintes de

ces troubles ne sont pas évaluées, induisant des objectifs imprécis des programmes à mettre en place. Il existe de réelles limites non définies entre les préjugés stigmatisant et les faits réels. Gérard Massé souligne dans son rapport au ministre de la santé <sup>[32]</sup> que l'image de la psychiatrie est un enjeu considérable pour permettre un renouveau dans ce domaine qui connote une image négative depuis trop longtemps dans les représentations sociales, notamment à plusieurs niveaux :

- La maladie mentale
- Les lieux de soins
- La psychiatrie
- Les patients

Cette lutte est non négligeable car même si l'asile peut déranger, il n'en reste pas moins essentiel pour protéger et rassurer les patients, bien que la psychiatrie soit considérée comme trop répressive aux yeux de l'opinion publique.

Plusieurs actions concrètes peuvent faire changer le regard sur la santé mentale et déconstruire les stéréotypes ancrés dans notre société, notamment l'information de la population par l'implication des personnes atteintes d'un problème de la santé mentale pour défendre leurs droits et l'adaptation du système de soins en faveur du respect des droits des personnes (en référence par exemple au recours de soins sans consentement et le choix des traitements) et bien sûr une modification du discours des médias <sup>[33]</sup>. L'objectif est de favoriser le développement d'une offre de soins adaptée à chaque phase évolutive de la maladie et basée sur les concepts de rétablissement et d'inclusion dans la société ; ceci est encore trop inégalement répartis en France même si certaines régions ont pris une réelle avance. Ceci concerne particulièrement le développement d'alternatives à l'hospitalisation et la réduction du recours aux soins sans consentement.

En France, l'organisation des soins psychiatriques publique est diversifiée (concept de sectorisation défini depuis plus de 5 décennies et réaffirmé en 2020) et l'évolution de la prise en charge principalement vers l'extrahospitalier et la cité. En effet, de nos jours près de 80% des adultes et 97% des enfants sont suivis en ambulatoire <sup>[34]</sup> suite à l'évolution de l'offre de soins en psychiatrie : nous retrouvons de moins en moins d'hospitalisation complète pour laisser place à de plus en plus de suivis en

ambulatoire, souvent plus adaptés aux besoins de la personne. Comme dans tout service de soins, le consentement de la personne concernée pour la prise en charge psychiatrique est le principe général.

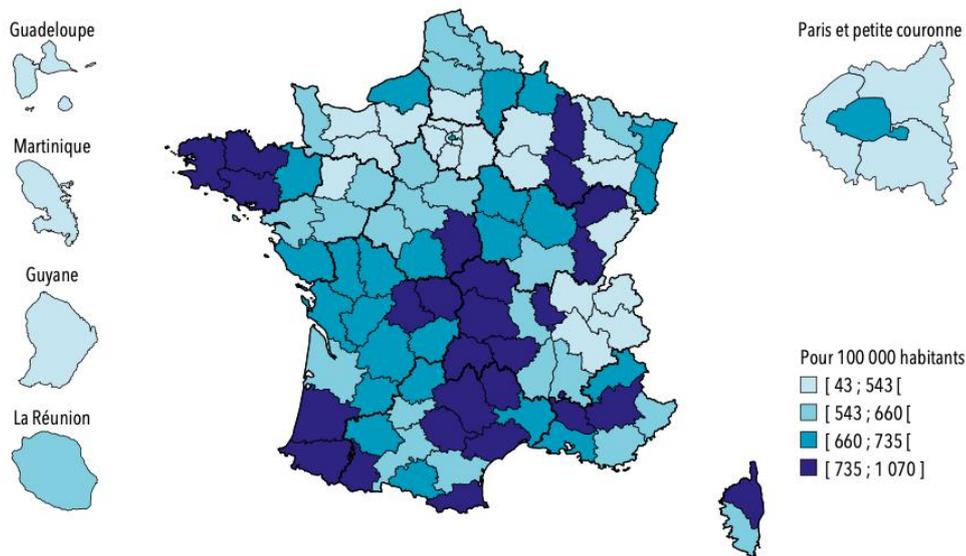


Figure 6 : Nombre de patients pris en charge à temps complet ou partiel en 2018.

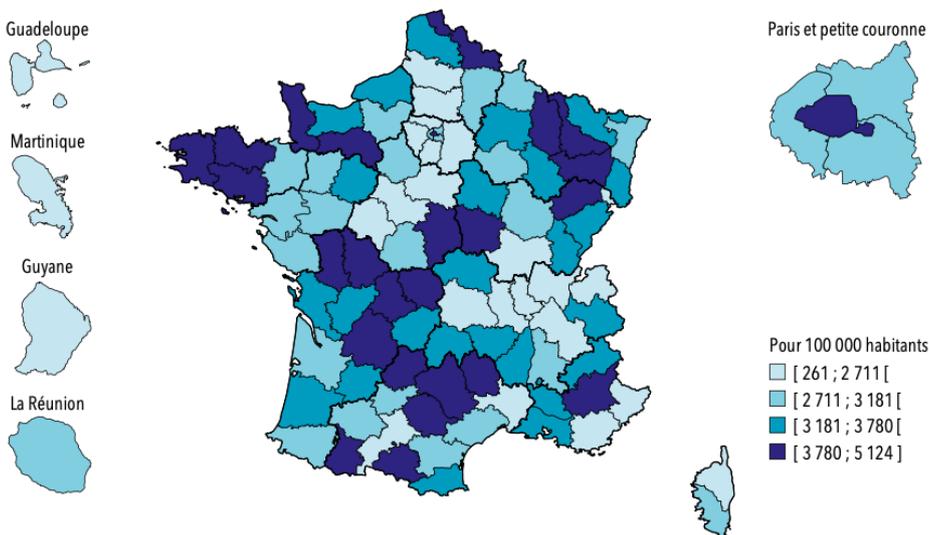


Figure 7 : Nombre de patients pris en charge en soins ambulatoires en 2018.

## 2. Les organismes et programmes existants

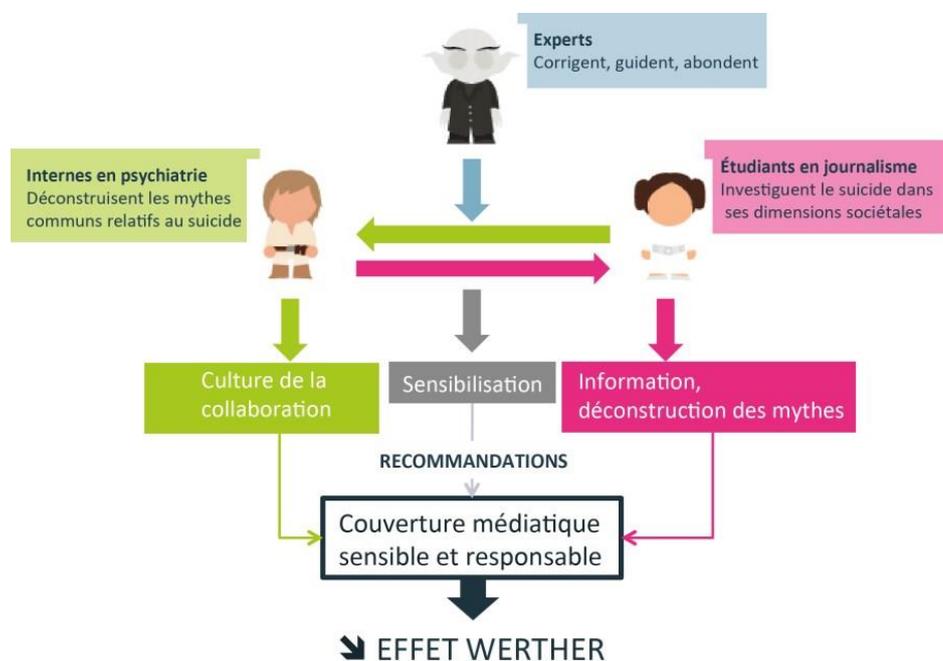
### a. Au niveau régional

La Fédération régionale de recherche en psychiatrie et santé mentale Hauts-de-France (F2RSM Psy) <sup>[35]</sup> est un organisme de recherche en santé mentale et psychiatrie. Elle valorise et informe sur l'état de santé, les besoins de la population de la région et les dispositifs de soin via un annuaire régional. Ainsi, la F2RSM Psy contribue à l'action de santé publique par la recherche en soutenant et accompagnant les recherches menées dans les établissements. Elle favorise également le partage de pratiques et de connaissances avec tous types de professionnels. En effet, afin de diffuser les résultats de leurs recherches et remédier aux impacts négatifs des médias sur les représentations sociales associées à la maladie mentale, la fédération entretient certaines relations avec les médias, notamment par l'intermédiaire de formations continues des journalistes.

Le programme Papageno <sup>[25]</sup>, initié dans le Nord-Pas-de-Calais mais s'étendu au niveau national aujourd'hui, est un programme français ayant pour but de produire et diffuser des solutions innovantes pour les personnes souhaitant s'engager dans la prévention de la contagion suicidaire, atteignant principalement les personnes atteintes de troubles mentaux et l'accès aux soins de ces mêmes personnes. Comme vu précédemment, le traitement médiatique du suicide est loin d'être aisé et parfois les journalistes se sentent démunis quant à la façon de l'appréhender. Afin de prévenir la contagion suicidaire et promouvoir l'entraide et le recours aux soins, le programme propose plusieurs solutions :

- Une formation flash de professionnels d'une heure au sein d'une rédaction dans le but de les sensibiliser aux effets Werther et Papageno et diffuser les recommandations de l'OMS. Celles-ci permettent de limiter au maximum le risque d'incitation suicidaire tout en étant un soutien au travail des journalistes sans entraver leur indépendance sur ce sujet délicat.
- Un programme auprès des étudiants en journalisme par le biais de rencontres-interventions, d'un échange ayant pour but d'améliorer à travers un traitement

médiatique la minimisation du sur-risque induit par la médiatisation inadaptée d'évènements suicidaire et la mise à profit d'un traitement journalistique responsable en vue d'une prévention des conduites suicidaires. Le programme prétend à la sensibilisation sur la question du suicide et ses conséquences et sur l'impact du traitement médiatique et leur responsabilité sur cette problématique. Le moment de l'apprentissage représente un moment propice à la sensibilisation car il permet un changement de regard, nouvelle construction des représentations et contribuera à la construction de leur identité professionnelle. Le programme est innovant car elle repose sur une rencontre entre une promotion d'étudiants en journalisme et un groupe d'internes en psychiatrie, encadrés par un psychiatre et un journaliste professionnel qui corrigent, guident et alimentent les échanges. Cette intervention permet de rompre avec le modèle d'un enseignement magistral et d'échanger avec des personnes du même âge. Ainsi, à l'avenir le journaliste confronté au sujet des conduites suicidaires contactera les professionnels du soin avec qui il aura échangé, lesquels n'hésiteront pas à lui répondre.



CE Notredame - ONS 2015

Figure 8 : Représentation du programme d'intervention auprès des étudiants en journalisme par le programme Papageno.

## **b. Au niveau national**

Plusieurs programmes ont été mis en place en France au niveau national afin de réduire la stigmatisation de la santé mentale et les conséquences qui peuvent en survenir pour les personnes atteintes.

Une semaine d'information en santé mentale a été mise en place une fois par an afin de réaliser des actions de promotion et parler de la santé mentale avec l'ensemble de la population <sup>[36]</sup>. Ces semaines permettent de construire des projets en partenariat suivant cinq principaux objectifs :

- Sensibiliser le public aux questions de Santé Mentale.
- Informer sur les différentes approches en fonctions du thème choisi.
- Rassembler les acteurs et spectateurs des manifestations, professionnels et usager de la santé mentale à l'aide de la communication.
- Aider le développement des réseaux de solidarité, de réflexion et de soin en santé mentale.
- Faire connaître les lieux, les moyens et les personnes pouvant apporter un soutien ou une information de proximité.

Trois associations se regroupent afin de lutter contre la stigmatisation des malades. En effet, l'organisme de formation INFIPP, Santé Mentale France et l'Union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychique (Unafam) ont développé l'association loi 1901 « Premiers secours en santé mentale France » (PSSM France) <sup>[37]</sup>. Il s'inspire du programme australien « mental health first aid » lancé en 2000 et mis en œuvre dans plus de vingt pays. Ce programme vise à former les étudiants mais également toute la population sur 2 à repérer les troubles psychiques, les signes précurseurs de crises et accompagner les personnes en crise psychique le plus précocement possible.



*Figure 9 : Logo de l'association « Premiers Secours en Santé Mentale France ».*

Psycom est un organisme national d'information sur la santé mentale créé en 1992 par cinq établissements psychiatriques parisiens [38]. Il représente une ressource publique nationale de lutte contre la stigmatisation des personnes souffrant de troubles psychiques afin que la santé mentale devienne l'affaire de tous. En effet, changer le regard porté sur ces maladies permet d'agir positivement auprès des personnes atteintes, tout en favorisant leur rétablissement et intégration. L'objectif est également d'améliorer l'accès aux soins précoces car la stigmatisation présente dans notre société sur ces maladies empêche le recours aux aides. Cet organisme répond aux grandes orientations de prévention et de promotion de la santé mentale déclinées dans la loi de santé de 2016, ses principales missions sont les suivantes :

- Promouvoir une vision globale de la santé mentale à destinations de la population.
- Proposer une information fiable, accessible et indépendant de la santé mentale, les troubles psychiques, les soins, les traitements, l'accompagnement social, les droits, etc.
- Décrypter la stigmatisation liée aux problèmes de santé mentale et développer des outils pour agir contre les discriminations des personnes atteintes de troubles psychiatriques.

La Fédération Nationale des Associations d'usagers en Psychiatrie (FNAPSY) [39], présidée par Claude Finkelstein, regroupe 59 associations françaises d'usagers en psychiatrie. Elle s'est construite à la suite d'une prise de conscience générale du manque d'interlocuteurs et de représentativité des usagers directement concernés, jusqu'à ce jour représenté uniquement par des associations de familles (UNAFAM en France). En regroupant les associations françaises d'usagers en psychiatrie, elle

permet d'œuvrer directement dans l'entraide, la protection et la défense des intérêts de chacun de leurs adhérents tout en diffusant l'information auprès du public par différents moyens. La FNAPSY représente donc un interlocuteur privilégié dans la réflexion nationale sur la santé mentale et la psychiatrie et a contribué à de nombreuses avancées en psychiatrie.

La psychiatrie constitue un des problèmes de santé majeur pour les politiques de santé publique en France. La Stratégie Nationale de Santé (SNS), fondée sur l'analyse faite par le Haut Conseil de la santé publique sur l'état de santé de la population, représente le cadre de la politique de santé en France. Elle se décline en quatre axes, onze domaines d'actions et quarante-trois objectifs, et comprend tous les champs de la santé, notamment le domaine de la santé mentale et des troubles. La feuille de route de la santé mentale et de la psychiatrie psychiatrique s'inscrit dans les objectifs définis <sup>[40]</sup>, en particulier avec ses axes majeurs d'action que sont le repérage et la prise en charge précoces des troubles psychiques et la prévention du suicide. Ses objectifs premiers sont l'amélioration des conditions de vie, l'inclusion sociale, l'amélioration de l'accès aux soins et aux accompagnements des personnes vivant avec un trouble psychiatrique, dans une approche transversale de la politique de santé mentale. Certaines de ses actions portent notamment sur l'information du grand public sur la santé mentale afin de lutter contre la stigmatisation. Un plan global a été mis en place pour répondre à ces objectifs selon trois axes principaux (déclinés en 37 actions) :

- Promouvoir le bien être mental, prévenir et repérer précocement la souffrance psychique, et prévenir le suicide
- Garantir des parcours de soins coordonnés et soutenus par une offre en psychiatrie accessible, diversifiée et de qualité
- Améliorer les conditions de vie et d'inclusion sociale et la citoyenneté des personnes en situation de handicap psychique

Plusieurs programmes français sont mis en place par les politiques pour améliorer la prise en charge psychiatrique des patients, notamment l'HAS s'est engagée en 2013 dans l'élaboration d'un programme de travail pluriannuel dans le champ de la psychiatrie et de la santé mentale appelé « Programme pluriannuel – Psychiatrie et santé mentale » entre 2013 et 2017 et renouvelé entre 2018 et 2023 <sup>[41]</sup>. Cette stratégie nationale doit être déclinée dans chaque région dans un premier temps puis après un

diagnostic partagé dans chaque territoire défini par l'ARS, par des projets territoriaux de santé mentale (PTSM) associant tous les acteurs y compris le champ médico-social, social et libéral concerné. La lutte contre la stigmatisation est pour la première fois évoquée de façon claire.

### **c. Au niveau mondial**

Même si leur efficacité est remise en question, il existe des programmes de lutte contre les discriminations et de déstigmatisation des personnes atteintes de troubles psychiatriques au niveau mondial destiné au grand public, telles que des campagnes de communication générales ou plus ciblées. Cette lutte est devenue un des objectifs les plus importants des politiques de santé et fait notamment partie des cinq grandes priorités du « European Pact for Mental Health and Well-Being »<sup>[42]</sup> initié en Juin 2008 lors de la conférence de haut niveau « Together for Mental Health and Well-Being ». L'étude permet d'examiner l'efficacité des campagnes d'anti-stigma des troubles mentaux. En effet, celles-ci sont remises en question par le manque de données sur la stigmatisation et l'absence d'évaluation systématique.

Le programme d'action Mental Health Gap Action Programme (mhGAP) conçu par l'OMS a pour but de combler les lacunes en santé mentale en élargissant l'accès aux soins pour lutter contre les troubles mentaux, neurologiques et liés à l'utilisation de substances psychoactives<sup>[43]</sup>. En effet, ces troubles sont très répandus et représentent une charge lourde au niveau mondial créant un fossé entre les besoins et les ressources disponibles. Ainsi, ce programme a été lancé pour que les pays, essentiellement ceux à faibles revenus, développent les services de prise en charge des troubles. Il s'appuie sur la mise en place de partenariat pour une action collective et relève de la responsabilité des gouvernements, professionnels de santé, société civile, communautés et familles avec l'appui de la communauté internationale. La réussite du programme repose sur l'engagement des partenaires sur cette urgence de santé publique.

### 3. Le rôle des directions d'établissements

#### a. Délai de prise en charge

Les délais de prise en charge du patient peut être décourageant pour les personnes et les familles. En effet, il y a présence d'un délai énorme déjà pour bénéficier d'une simple consultation. Suivant une étude réalisée par l'Agence Régionale de la Santé (ARS) Rhône-Alpes <sup>[44]</sup>, le délai d'attente hors urgence est en moyenne de plus de 67 jours pour bénéficier d'un premier rendez-vous en psychiatrie : 116 jours en psychiatrie infanto-juvénile et 21 jours en psychiatrie générale. Par ailleurs, le délai moyen d'obtention d'un rendez-vous avec un médecin est de près de 82 jours et celui avec un psychologue (hors urgences) est de près de trois mois. En effet, cette étude démontre la grandeur du délai de prise en charge, que ce soit en Rhône-Alpes ou ailleurs en France, qui peut s'avérer décourageante et causer des lacunes concernant les soins nécessaires. Ainsi, malgré la stigmatisation à laquelle font face les personnes atteintes, s'ajoute à cela l'attente de voir un spécialiste et de pouvoir être diagnostiqué, suivi et aidé. Ces délais peuvent donc alimenter la stigmatisation et induire la personne à ne pas consulter et donc rester avec les problèmes auxquelles elle fait face sans pour autant se faire suivre.

Ces longs délais sont causés principalement par une diminution du nombre de professionnels de la psychiatrie et des besoins de population trop importants. En effet, nous pouvons citer les pédopsychiatres qui sont de moins en moins nombreux, certaines facultés de médecine ne disposent pas de professeurs des universités – praticien hospitalier en psychiatrie infanto juvénile et donc de formateurs, et les listes d'attente ne font que s'allonger au sein des CMP mais aussi au niveau des structures médico-sociales comme les CAMPS et CMPP. Pour cela, le délai d'attente pour un rendez-vous peut dépasser les huit mois dans certains départements. Ces délais empêchent l'enfant ou l'adolescent d'obtenir le suivi adapté et indispensable à sa pathologie qui lui provoque des souffrances continues.

## **b. Partenariats**

Les partenariats entre les médecins généralistes, les psychiatres et les structures psychiatriques sont essentiels pour une prise en charge continue et de qualité. En effet, ces partenariats sont nécessaires pour qu'un médecin généraliste puisse diriger directement le patient rencontré vers un psychiatre compétent ou vers un établissement spécialisé pour prendre en charge le trouble rencontré. Cependant, même si ces partenariats sont intéressants, il existe une carence de collaboration entre les médecins et les psychiatres. Depuis plus de 20 ans les données se multiplient pour démontrer les effets délétères de cette insuffisance de coopération concernant le parcours de soin des patients présentant un trouble psychiatrique <sup>[45]</sup>. En effet, cela représente un des facteurs limitant d'un parcours de soins de qualité. Pour remédier à ces effets délétères confirmés par une enquête réalisée par le groupe de coopération sanitaire Réseau pour la Promotion de la Santé Mentale dans les Yvelines Sud (RPSM 78), un dispositif de soins partagés (DSP) a été mis en place par le Ministère des solidarités et de la santé, dédié à la continuité de la prise en charge entre les psychiatres et les médecins généralistes <sup>[46]</sup>. Cette interface a pour objectifs d'améliorer :

- Les échanges collaboratifs et des prises en charge conjointes.
- L'accès à une consultation avec un psychiatre à la demande du médecin généraliste.
- La qualité des échanges d'information.
- L'expression des attentes réciproques entre ces professionnels et la réponse apportée pour les satisfaire.

Ainsi, ce dispositif permet d'améliorer l'accès aux soins et la fluidité des parcours de soins des patients présentant des troubles de la santé mentale. La prise en charge sera donc de meilleure qualité par les médecins généralistes qui se référeront aux psychiatres avec qui ils collaborent.

### c. Les conséquences tarifaires

Il est important de souligner l'amputation de ressources de la psychiatrie ces dernières années. En effet, selon la feuille de route Santé mentale et psychiatrie du 28 juin 2018, les troubles mentaux représentent le premier poste de dépenses du régime général de l'assurance maladie par pathologie, bien au-delà des cancers ou maladies cardiovasculaires. Ainsi, le coût économique et social de troubles mentaux est colossal et évalué à 109 milliards d'euros par an. La psychiatrie est un des domaines qui demande le plus de financement possible avec une charge au-dessus de la moyenne, mais malheureusement celui bien en dessous des besoins [43].

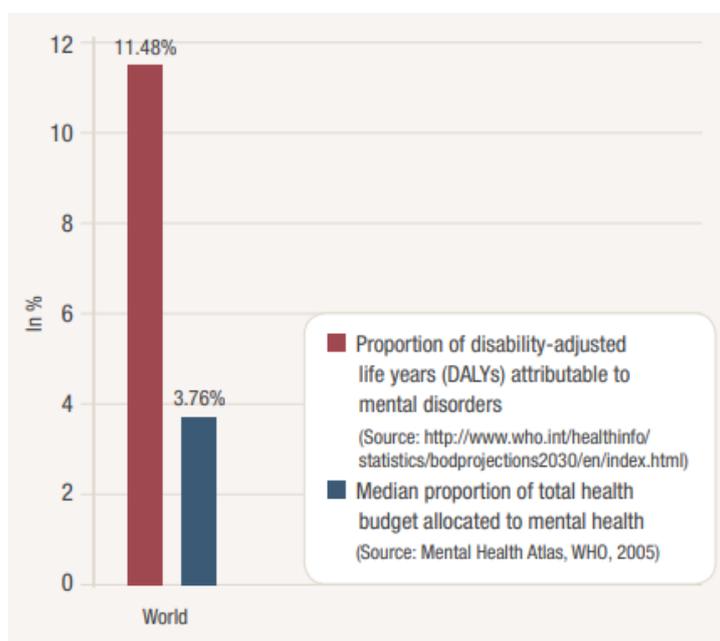


Figure 10 : Charge des troubles mentaux et budget pour la santé mentale.

Le financement se fait sous forme de dotation globale et non d'une tarification à l'activité comme la plupart des autres spécialités, ce qui n'est pas adapté. Cette dotation globale devait être revus en 2021 mais la réforme a été décalé à 2022 à cause des évènements sanitaires de cette dernière année [47]. Ainsi, il sera mis en place une dotation de type populationnelle combinant les objectifs, par exemple dans les régions où il y a un nombre de jeunes plus importants et de soins ambulatoires plus important il devrait y avoir un financement particulier car en effet même si l'ambulatoire est plus pertinent pour les familles et les patients, il ne coûte pas moins cher.

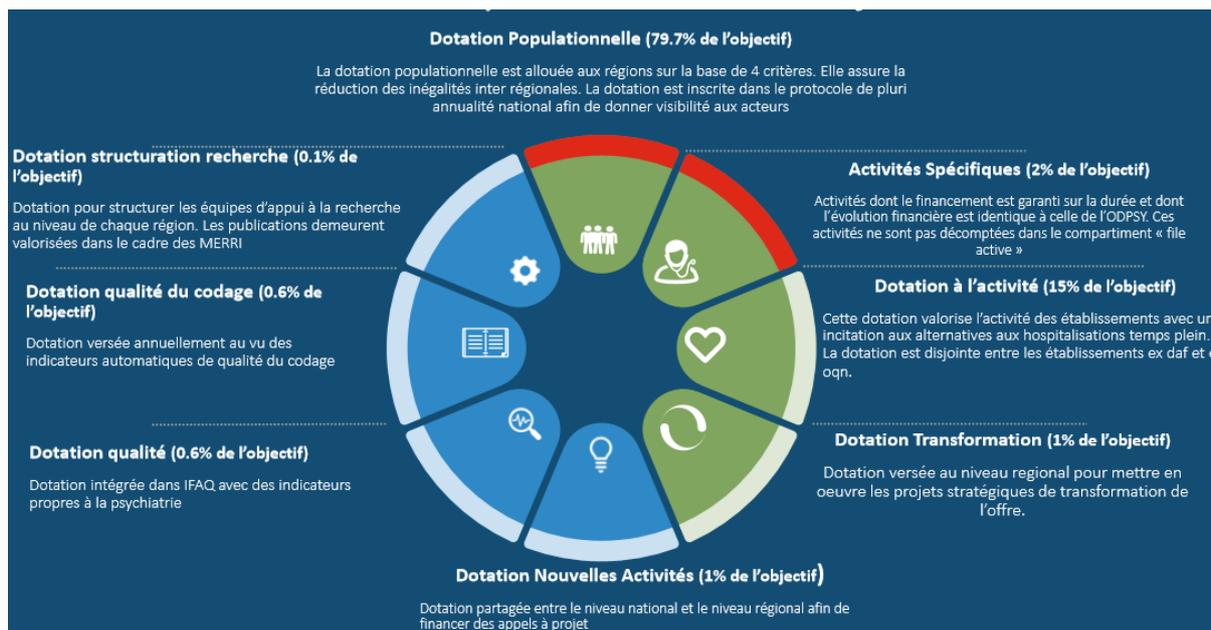


Figure 11 : Modèle de dotation populationnelle combinant les différents objectifs

Une des limites au développement de la psychiatrie, comme beaucoup de spécialités, est donc le manque de moyens financiers distribués par l'Etat. Ces amputations du financement ces dernières années ont ralenti l'externalisation des activités et retardé la levée du regard asilaire sur l'hôpital. Cependant, conformément à la feuille de route « Santé mentale et psychiatrie » inscrite dans le plan « Ma Santé 2022 » de septembre 2018, Olivier Véran a déployé une enveloppe de 60 millions d'euros dédiée à la psychiatrie dans le cadre de la troisième circulaire relative à la campagne tarifaire et budgétaire 2020 des établissements de santé, à la psychiatrie et à la pédopsychiatrie [48]. Ce projet a pour but d'améliorer l'accessibilité et le parcours de soins, notamment dans les territoires ayant une offre de soins nettement inférieure aux besoins de la population, en renforçant les équipes et les structures.

## Partie 2 : Méthodologie de la recherche

---

Comme vous avez pu le lire précédemment, la revue de littérature m'a permis de définir, de poser les bases et de comprendre exactement ce qu'est la stigmatisation de la santé mentale et sa place dans notre société actuelle et la complexité de la question.

Dans cette deuxième partie, je vais détailler les méthodologies que j'ai choisie d'utiliser pour essayer de répondre au mieux à la problématique.

### I. Objet de recherches

Je suis actuellement étudiante en Master Management Sectoriel et me suis toujours intéressée au domaine de la psychiatrie, cependant n'effectuant pas mes stages dans ce type d'établissements, je n'ai que très peu d'expériences et de connaissances dans ce domaine. Pour cela, j'ai décidé à travers ce mémoire d'enrichir mes connaissances et de me questionner sur un des plus gros freins aux prises en charge de ces maladies : la stigmatisation.

Lors de mes recherches, j'ai pris conscience de deux choses :

- La stigmatisation des pathologies psychiatriques représente un frein dans la prise en charge et la mise en place de traitements adaptés pour les personnes concernées.
- Cette stigmatisation est principalement véhiculée par l'incompréhension des pathologies et le manque d'informations autour des symptômes et leur apparition.

C'est donc autour de ces thèmes que j'ai décidé de rencontrer mon sujet autour d'une seule problématique : « En quoi une amélioration de la vision générale des pathologies psychiatriques, visant à réduire le délai de prise en charge, peut-elle éviter la dégradation de la santé et de la vie du malade concerné ? ».

Pour cela, l'objet de recherches s'oriente principalement vers les moyens à mettre en place pour faire évoluer le point de vue par rapport à la prise en charge des troubles psychiatriques et les améliorations possibles de ces mêmes prises en charges. Le but final étant de ne pas faire une simple description de ce phénomène de stigmatisation mais de réellement comprendre globalement les effets qu'il a sur la vie des personnes concernées afin de les aider à garder un niveau de vie respectable au même titre que tout le monde.

Information générale	Types d'informations nécessaires	Comment et avec qui
Point de vue des personnes atteintes d'un trouble psychiatrique	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Type de maladie</li> <li>- Prises en charge reçue</li> <li>- Regard de la société</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Personnes atteintes de troubles</li> <li>- Entretien semi-directif</li> </ul>
Diagnosics et prise en charge en service psychiatrique	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Prise en charge existante</li> <li>- Améliorations possibles à mettre en place</li> <li>- Retour à domicile des personnes et suivi</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Directeurs établissements</li> <li>- Entretien semi-directif</li> </ul>
Vision de la population générale	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Regard sur les troubles</li> <li>- Connaissances</li> <li>- Implication</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Population entière</li> <li>- Questionnaire</li> </ul>

*Tableau 1 : Informations nécessaires pour l'analyse.*

## II. Population ciblée

Afin de répondre à cette problématique qui engage un bon nombre de population à étudier, j'ai défini le type de population avec qui je souhaitais échanger. Pour réaliser cette étude, il a été pertinent d'avoir 3 populations ciblées : la population globale, des personnes atteintes d'un trouble psychiatrique et des directeurs de structures accueillants des personnes atteintes.

Concernant le questionnaire, il est évident qu'il soit à destination de la population générale sans restriction. En effet, il est essentiel d'avoir un point de vue général sur les pathologies psychiatriques et ainsi interroger des personnes et tout âge, de tout sexe et de toutes catégories sociales. Les réponses pouvant différer en fonction des catégories de population, il sera donc intéressant de toutes les étudier. Une unique distinction entre les personnes atteintes d'un trouble psychiatrique ou connaissant une personne atteinte d'un trouble afin de voir si la proximité de la maladie peut influencer sur les préjugés négatifs.

Concernant les entretiens semi-directifs (ESD), ceux-ci vont s'orienter vers trois catégories dont deux professionnels :

- Il me paraissait non négligeable d'avoir l'histoire de certaines personnes atteintes de ces troubles, qui sont en premières loges pour nous parler de la stigmatisation qu'ils subissent au quotidien, pour avoir un point de vue général. Une nouvelle fois, il est pertinent d'avoir un point de vue vaste et complet et ainsi étudier plusieurs types de troubles psychiatriques et de personnes, la perception de la stigmatisation pouvant être différente en fonction de celles-ci.
- Enfin, la prise en charge des personnes en structures sont gérées par les directeurs de ces mêmes structures donc il est évident d'avoir leurs expériences et vision sur les maladies. Le but étant de connaître les organisations spécifiques mises en place dans leur établissement et leur point de vue sur une possible amélioration, et comment.

Le choix de ces cibles n'est donc pas anodin car cela va me permettre de visualiser le concept de stigmatisation sous l'angle des personnes atteintes et l'angle des personnes les prenant en charge.

### III. Choix de la méthodologie

Il existe deux types d'études possibles lorsque nous cherchons à recueillir des informations. On retrouve dans un premier temps l'étude qualitative qui a pour but de comprendre les attitudes ou les comportements d'une population ciblée et dans un second temps l'étude quantitative qui elle cherche à quantifier un problème.

Pour répondre pertinemment à la problématique définie ci-dessus, j'ai décidé de m'orienter vers ces deux méthodes d'investigation, différentes mais complémentaires. Le but étant d'obtenir en premier lieu à l'aide de l'étude qualitative des informations et avis clair d'une personne d'une population ciblée et en second lieu à l'aide de l'étude quantitative de recueillir des informations en grand nombre d'une population générale sur un problème ciblé.

#### 1. L'étude qualitative

L'étude qualitative peut se faire de trois façons différentes : en réunion de groupe, en entretien individuel ou par observation. Concernant ces entretiens individuels, il existe plusieurs manières de procéder :

- Un entretien direct ou normatif : méthode de collecte de données à mi-chemin entre l'étude qualitative et l'étude quantitative. Lors de cet échange, les questions et réponses sont plutôt courtes et fermées, l'interviewé est assez cadré et l'échange ne donne pas forcément lieu à un débat ni à un changement de sujet. La particularité de ce mode d'entretien est le cadre sensiblement homogène entre les différents participants.

- Un entretien semi directif (ESD) : cette collecte de données est de récolter des informations apportant des explications ou des éléments de preuves à un travail de recherche. L'ESD est réalisé à l'aide d'une série d'interrogation ouvertes, celles-ci sont préparées avant l'interview et seront les mêmes pour chaque participant. A la fin de l'enquête de terrain, elles devront être interprétées dans le but d'apporter des arguments pertinents.
- Un entretien non directif : entretien utilisé afin d'obtenir un nombre d'informations détaillées sur un sujet assez général et permet de réaliser une investigation. La parole est donc donnée à l'interviewé et celui-ci est libre de répondre et d'exprimer son point de vue en fonction de sa propre volonté.

Dans le cadre de cette enquête, l'étude qualitative sera réalisée sous forme d'ESD afin de recueillir des avis libres des personnes interrogées et pouvoir rebondir sur leurs avis tout en gardant la main sur le déroulement de l'entretien et obtenir des informations pertinentes pour la suite.

Afin que ces ESD se déroulent dans un ordre logique et pertinent pour la personne interrogée, j'ai préparé et réparti les questions en trois thèmes différents pour chaque population définie, les questions prédéfinies pouvant être modifiées ou ajustées lors de l'entretien si besoin pour rebondir sur des informations pertinentes. Pour cela, j'ai établi au préalable une grille d'ESD pour les deux types de population étudiée reprenant toutes les informations à énumérer lors des interviews. Vous retrouvez ces différentes grilles en annexe 1.

Afin d'enrichir mon travail de mémoire, j'ai mené 5 ESD auprès des différentes populations ciblées : 2 auprès des personnes atteintes de troubles psychiatriques et 3 auprès de directeurs de structures accueillants des personnes atteintes. Tous ces entretiens se sont déroulés dans le respect des règles et des décisions des personnes interrogées : anonymat et enregistrement audio demandés avant le début de l'entretien. Au vu des conditions sanitaires actuelles, ceux-ci se sont déroulés à distance soit en visioconférence via les plateformes Zoom ou Teams, soit par entretien téléphonique en fonction des souhaits et des disponibilités de la personne. Afin de pouvoir analyser au mieux les informations récoltées, interpréter les réponses et

proposer des axes d'améliorations adaptés, chaque entretien a été retranscrit par écrit sans modifications. Vous retrouverez ces retranscriptions d'entretiens en annexe 2 et 3.

Vous retrouverez dans le tableau ci-dessous la liste des entretiens que j'ai effectué. Pour des questions de confidentialité, les noms de certaines personnes ne seront pas donnés.

Nom	Statut	Date et heure	Durée	Format
Madame F	Personne atteinte de bipolarité	31/05/2021 12h	12min 49s	Visio
Mjsandco (pseudo internet)	Personne atteinte du TDI	14/06/2021 19h	1h 10 min 46s	Visio
Olivier DEVRIENDT	Directeur général du groupe AHNAC	15/06/2021 15h	39 min 53s	Visio
Kami MAHMOUDI	Directeur ELSAN territoire des Hauts-de-France	24/06/2021 10h	19min 11s	Téléphone
François CAPLIER	Directeur de la qualité et de la gestion des risques GHT de psychiatrie du Nord-Pas-de- Calais	30/06/2021 15h	36min 51s	Visio

*Tableau 2 : Récapitulatif des entretiens semi-directifs réalisés.*

Pour recruter ces personnes, j'ai eu l'opportunité de disposer des contacts de ma directrice de mémoire et de pouvoir contacter directement une personne via les réseaux sociaux, susceptibles d'être intéressés par mon étude.

Les personnes ont été contactés soit par email soit par numéro de téléphone, en fonction de leurs disponibilités. Lors de la prise de contact avec les différentes personnes, le contexte de l'étude a été expliqué de manière précise : premièrement

avec ma présentation ainsi que celle de mon Master, puis par l'explication du type d'entretien et de l'étude que je souhaitais effectuer et enfin avec l'explication du déroulement de l'entretien avec une durée approximative. J'ai également évoqué le nom de Mme Lefebvre lorsqu'elle m'a fourni les coordonnées. Vous retrouverez en annexe 4 un exemple de mail envoyés aux personnes ciblées.

## 2. L'étude quantitative

Le questionnaire est une étude quantitative de recueil d'informations permettant d'obtenir des données statistiques quantifiables et comparables sur une population donnée. Le but étant d'observer, analyser afin de comprendre un sujet et le comportement global par rapport à ce phénomène grâce aux recherches. Ce type d'étude reprend l'objet de recherche précédemment cité, en question précises, simples et spécifiques auxquelles la population prédéfinie répond afin d'obtenir des réponses sous forme de statistiques et graphiques interprétables. Cette étude m'a semblé pertinente au vu de la population importante à interroger et du nombre de réponses nécessaires pour que cela soit représentatif.

J'ai donc décidé de réaliser cette enquête via les réseaux sociaux et de partages entre personnes. Disponibles auprès d'un nombre important de personnes, sondées simultanément partout en France, cette méthode semblait être la plus pertinente même si la réalité des réponses peut être parfois biaisée par l'implication réelle ou non des répondeurs. Ainsi, le questionnaire, destiné à tout type de population, comportait une dizaine de questions de différents types :

- Questions fermées à réponse unique
- Questions à choix multiple à réponse unique
- Questions à choix multiple à réponse multiple
- Questions ouvertes

Afin que le questionnaire soit le plus logique possible j'ai établi plusieurs parties. Premièrement, une présentation rapide du but de ce questionnaire et à la suite quelques explications sur le nombre de personnes atteintes de maladies

psychiatriques en France, pour finir sur la question « Et vous, quel regard avez-vous sur les maladies psychiatriques ? ». Les questions présentées ont été classées en sorte qu'elles soient de plus en plus spécifiques au fur et à mesure. Les différents thèmes se répartissaient de la manière suivante :

- La présence ou non dans leur entourage d'une personne malade (ou eux-mêmes), pouvant réduire leur stigmatisation.
- Le niveau d'information et leur connaissance sur ces mêmes maladies.
- Explications concernant la maladie mentale mais également le handicap mental qui peut être souvent confondu.
- Leur ressenti et réaction concernant ces personnes.
- Questions d'identification de la personne : sexe, âge et lieu de vie afin de pouvoir catégoriser les réponses.

Vous retrouverez le questionnaire publié en annexe 5.

Pour que l'échantillon soit représentatif de l'avis global de la population observée, je me suis fixé un minimum de 250 réponses. Cet objectif a été dépassé puisque j'ai eu l'occasion de récolter un nombre total de 310 réponses, ce qui semble d'autant plus intéressant pour l'analyse qui suit.

## IV. Recueil des données

Je me suis limitée à ce nombre d'ESD car je suis arrivée à une redondance des informations dans les différentes populations à interroger et donc à saturation théorique. En effet, pour les personnes atteintes d'un trouble psychiatrique même si les points de vue et expériences des malades sont toujours différents, les informations récoltées sur la prise en charge et la stigmatisation vécue sont relativement similaires si nous les accordons à une seule et même expérience. Ainsi, il ne me semblait plus pertinent d'en obtenir d'avantages, d'autant plus que j'ai ciblé différentes maladies avec des représentations différentes du grand public.

Concernant les directeurs de structures, ceux-ci agissent différemment mais en général toujours dans la même lignée, suivant les besoins de leur région, les ressources qu'ils possèdent et les instructions des instances françaises générales, réglementaires et décisionnaires qui régissent leur établissement. Parfois les établissements font partis d'un groupe et suivent donc en plus de ces réglementations françaises, celles du groupe en question. Là où les résultats obtenus sont complets est que j'ai eu l'opportunité d'interviewer des directeurs de type de structures ayant des statuts différents : public et privé à but non lucratif.

Enfin le questionnaire, comme précisé précédemment je me suis fixée un minimum de 250 personnes afin de représenter correctement l'ensemble de la population. En effet, il était essentiel de cibler un ensemble de la population afin que l'échantillon soit le plus représentatif possible. Nous verrons ultérieurement à l'aide des réponses au questionnaire que j'ai réussi à cibler des personnes de tout âge et de plusieurs régions différentes afin d'avoir un point de vue global et non uniquement centré, ce qui aurait pu biaiser les résultats. A la suite de toutes ces réponses, il y a eu une redondance d'informations ce qui m'a conduite à une saturation théorique.

## V. Limites des résultats

Comme toutes études, celle-ci comporte des limites. En effet, ces ESD ont été réalisés auprès de directeurs de groupe ou d'établissements des Hauts-de-France, donc dépendant des mêmes ARS. Il aurait pu être intéressant d'obtenir des informations concernant des établissements dans d'autres régions afin de voir si ceux-ci suivent les mêmes réglementations et agissent de la même façon ou non. Egalement, l'analyse statistique des ESD est difficile à mettre en place : les comparaisons entre les entretiens ne sont pas faciles à établir et les corrélations entre les dires des individus ne sont pas évidentes. De plus, nous retrouvons une limite à nos résultats car la personne interrogée ne peut pas s'étendre longuement sur un sujet précis car nous devons discuter de plusieurs points durant un court instant.

Contrairement aux ESD, le questionnaire établis sur internet ne permet pas de clarifier certaines questions et de s'assurer que les personnes répondant comprennent bien celles-ci. Egalement, celui-ci ne nous permet pas de demander des explications sur certaines réponses qui ont été donnée, nous ne pouvons pas communiquer avec la personne répondant si un renseignement nécessaire n'est pas clair puisque le questionnaire est anonyme. Il est évident que les réponses fournis ne seront jamais aussi élargies à partir de ce genre de questionnaire qu'à partir d'une interview, quelle qu'elle soit.

## Partie 3 : Résultats et recommandations

---

### I. Analyse des résultats

Les entretiens semi-directifs et le questionnaire ont pour objectif de vérifier les éléments trouvés à la suite de la revue de littérature en ciblant plusieurs types de population précédemment définies. Grâce à la réalisation de ces études, certains parallèles ont pu être fait et différents sujets communs ont été mis en évidence.

#### 1. ESD

Comme précisé précédemment et afin de répondre à la problématique posée, j'ai eu l'opportunité d'interroger 5 personnes sous forme d'entretien semi-directif. Ces personnes se décomposant en 2 types de population, 3 personnes exercent en direction d'établissements de santé accueillant des personnes atteintes de troubles psychiatriques et 2 sont atteints d'un de ces troubles psychiatriques. Le but de ces entretiens était de savoir dans un premier temps s'il existait une prise en charge spécifique pour ces personnes et ce qui est mis en place pour l'améliorer et dans un second temps les difficultés et impacts auxquelles font face les personnes concernées. Je souhaitais également obtenir leurs avis, leur ressenti et leur vision sur l'éventualité d'une réduction de la stigmatisation sociale.

##### a. La prise en charge, facteur essentiel pour le rétablissement des patients

##### i. Le point de vue des directeurs accueillants des patients en secteur psychiatrique

Parmi les directeurs accueillants des personnes atteintes de troubles psychiatriques dans leurs établissements, beaucoup ont choisi de travailler au sein de ces structures car cela leur apportait sur le plan professionnel mais aussi sur le plan personnel. Ce

domaine riche ne cesse d'évoluer et de s'améliorer pour proposer des prises en charge de plus en plus suivies et adaptées aux personnes. Ainsi les représentations personnelles de ces maladies qu'ont ces directeurs sont essentielles pour proposer des prises en charge de qualité et s'orientent plutôt vers le structurel et l'organisationnel que vers le médical, comme nous l'explique M. Caplier :

« La vision qu'on en a nous dans l'accompagnement des prises en charge, c'est le risque de désocialisation. [...] Ma vision de la pathologie elle est plutôt dans l'explication de la maîtrise de la stigmatisation, je n'aime pas utiliser le mot déstigmatisation parce que je pense que la maladie mentale et les établissements de santé mentale seront toujours stigmatisés. »

Pour M. Mahmoudi, le trouble peut « apparaitre en lien avec la maladie ou une maladie plus fonctionnelle qui handicap la personne et qui du coup le perturbe sur un point de vue moral et psychique. ». Ainsi il est essentiel de comprendre que ces troubles, qui nécessitent des prises en charge particulières et rapides, peuvent être « probablement à des intensités très variables mais présents dans toutes les prises en charges d'une certaine manière » afin de proposer une réponse adaptée et à temps.

Ces accompagnements particuliers sont pour autant très différents et doivent être adaptés à la pathologie rencontrée. En effet, d'après M. Devriendt « la palette de pathologies qui relèvent est énorme et effectivement entre parler de dépression, de troubles cognitifs, de psychoses, de névroses, finalement nous sommes sur des sujets qui sont très différents. » Pour cela, d'un point de vue structurel il est nécessaire de préparer des accompagnements différents pour chaque pathologie, ce qui créait des besoins importants avec de nombreuses perspectives d'évolutions selon M. Devriendt : « Je pense que c'est probablement un secteur d'activité où les besoins sont très importants et où il y a encore vraiment des besoins de développer des choses nouvelles. »

Nous pouvons affirmer, au travers des différents témoignages, que les maladies psychiatriques sont un domaine très vaste où les directeurs sont très impliqués et où les envies d'évolution sont nombreuses.

## ii. L'évolution des prises en charge vers la psychiatrie d'aujourd'hui

Les soins psychiatriques ont connu une réelle évolution depuis plus de 20 ans avec une adaptation réelle de la prise en charge aux besoins et intérêts de la personne. Auparavant où les personnes atteintes d'un trouble étaient considérées comme « folles » et enfermées d'office parfois jusqu'à la fin de leur vie, aujourd'hui sont prises en charge que très rarement en hospitalisation complète.

M. Devriendt affirme que « aujourd'hui la psychiatrie de secteur elle a évoluée, on ne regarde pas le nombre d'hospitalisation qu'on fait » mais l'accent est plutôt mis sur « le nombre de patients qu'on prend en charge quel que soit le dispositif de prise en charge, idéalement on hospitalise le moins de gens possibles et on les suivre plutôt en mode ambulatoire ». En effet, selon M. Devriendt, de nos jours les méthodes de prise en charge des personnes tendent plus vers « des prises en charge le plus possible ambulatoire et des suivis CMP, des visites à domicile et moins d'hospitalisation possible ». Cela rejoint les idées de M. Caplier, qui précise que « on a sur le territoire ce panel de dispositifs pour prendre en charge à la fois toutes les pathologies mais aussi toutes les gradations de la maladie, avec l'hospitalisation mais aussi surtout beaucoup en ce moment l'ambulatoire directement sur le territoire » toujours dans le respect des conditions de la vie personne très important, avec cette idée « de toujours maintenir l'inclusion sociale et le lien social dans le traitement de la maladie ».

Il est évident que de nos jours, les conditions de prises en charge sont bien différentes d'il y a 60 ans comme nous l'explique M. Caplier : « les psychiatres ont voulu sortir du modèle asilaire qu'avait la psychiatrie avec ces énormes ensembles immobiliers qui étaient généralement à la campagne ou en dehors des villes qui comprenaient des centaines de lits. Progressivement ils se sont fermés et ça a été un mouvement de réinclure socialement des personnes qui avaient été mise dans des asiles ». En effet, dans son établissement de l'EPSM lillois par exemple « 88% des patients sont exclusivement pris en charge en ambulatoire. Donc finalement l'hospitalisation qui est l'image la plus stigmatisante de la psychiatrie va représenter que 12% des patients qu'on accompagne tous les ans ». Celle-ci s'est également améliorée depuis ces 30 dernières années comme nous le témoigne M. Caplier, puisque « l'idée aujourd'hui en

psychiatrie par rapport au maintien du lien social c'est que la personne puisse retourner dans un environnement social habituel dans les meilleurs délais, c'est pour ça qu'aujourd'hui une hospitalisation en psychiatrie contrairement d'ailleurs à la représentation qu'on en a encore aujourd'hui, une hospitalisation en psychiatrie ça va être 20-25 jours ».

Ainsi, les prises en charge des personnes atteintes d'une maladie psychiatrique s'est nettement améliorée pour laisser place à des prises en charge externe afin de garantir une vie saine et non pas en marge de la société. Ces évolutions ont pris du temps et demandent encore à être améliorée mais cela tend vers le bon côté, pouvant à termes modifier les représentations sociales de ces prises en charge.

### iii. Un parcours adapté au patient

Il est encore une fois important de préciser que chaque prise en charge est différente en fonction de la pathologie, ainsi il est nécessaire d'adapter chaque suivi. Pour M. Devriendt, si la personne est en hospitalisation « à un moment donné vous ne faites pas de bien à un patient si vous le gardez trop longtemps un patient qui s'améliore » et « si son état s'améliore si vous le laissez à côté de patients qui ne vont pas bien du tout vous ne lui rendez peut-être pas service ». L'intérêt de l'évolution de la psychiatrie est ici puisqu'il est essentiel de savoir diriger la personne vers les bonnes prises en charge, « être capable effectivement de le transférer dans des structures qui accueillent peut-être des situations plus stabilisées et tout ça » et « ce qui est vraiment intéressant je pense dans la psychiatrie c'est d'avoir et de pouvoir mobiliser les dispositifs qui sont adaptés à chaque situation » comme nous l'explique encore une fois M. Caplier. Il nous précise également que ce parcours défini « c'est en fonction du parcours, c'est de quoi a besoin la personne à quel moment. Si elle a besoin par exemple d'être vu une fois par semaine parce que si on ne la voit pas une fois par semaine, on prend le risque qu'il y ait une crise ou qu'il y ait une rupture du traitement ou que la personne aille moins bien et à ce moment-là on prend le risque d'une hospitalisation dans un circuit d'urgence et de crise ». Chaque prise en charge doit faire l'objet de suivi et d'adaptation régulier afin d'éviter tout risque de chute.

Même si les troubles psychiatriques nécessitent des prises en charges particulières, ils peuvent cependant apparaître au cours de tout type de prises en charge. Pour cela, il faut encadrer toutes les prises en charges, aussi minimales soient-elles pour éviter un enkystement de la maladie et pouvant provoquer une atteinte psychique. M. Mahmoudi nous informe sur ce qui est mis en place dans ses établissements : « Il y a un accompagnement qui est fait bien avant qu'il commence d'ailleurs, bien en amont de sa prise en charge donc qui est assez variable en fonction des pathologies dont je viens de vous parler qui peut aller d'une consultation en sus de la consultation je dirais un peu classique de la personne avec le praticien spécialisé. En plus de ça, il y a souvent une consultation avec une infirmière d'orientation, qu'on appelle une infirmière coordinatrice, qui coordonne du coup pour voir si la personne a potentiellement besoin d'être accompagné sur un point de vue psychologique, sur un point de vue nutritionnel, sur un point de vue peut être de remise à l'effort et donc d'activité physique adapté, etc ». Certaines prises en charge très lourdes, notamment la prise en charge de l'obésité par exemple, ayant un grand pourcentage de chance à mener à la suite vers des séquelles au niveau psychologiques possède des autorisations spécifiques qui « qui nous permet de prendre en charge le patient bien en amont, c'est entre 6 et 9 mois voire 1 an avant la prise en charge chirurgicale où cette personne rentre dans une filière d'éducation thérapeutique ». Ce suivi psychologique global des prises en charge quel que soit la pathologie « concoure au fait de permettre à la personne de mieux vivre la prise en charge ». M. Mahmoudi souligne le fait que « on est un acteur de santé, on n'est pas un acteur de soins c'est pas tout à fait pareil. »

Suite à l'évolution de la psychiatrie, les prises en charge tendent de plus en plus vers de l'ambulatoire et le patient devient à terme un résident. Les partenariats étroits existants entre les différentes structures, que ce soit sanitaire ou médico-sociaux, d'un même groupe ou non, permettent une continuité de prise en charge sur le long terme tout en respectant les besoins et la vie de la personne.

#### iv. Un suivi sur le long terme

« On a l'habitude de dire que pour qu'une hospitalisation ne se prolonge pas trop il faut préparer la sortie dès l'entrée » nous raconte M. Caplier. En effet, comme il continue de nous expliquer « on est sur 20 ou 25 jours d'hospitalisation pour un séjour mais ça ne veut pas dire que la personne une fois qu'elle sort de l'hôpital elle est abandonnée à son sort à l'extérieur » et ce principe de continuité de prise en charge peut être entretenu « puisqu'on a ce principe là d'un territoire une équipe ». Ce principe peut être expliqué par ce qui se déroule dans son établissement, qui est un exemple car d'autres établissements mettent en place ce même système : « Pour préparer la sortie, il peut y avoir par exemple un infirmier du CMP qui va venir voir la personne avant qu'elle sorte de l'hospitalisation, il va prendre contact et venir expliquer le fonctionnement du CMP, il va donner la carte de visite du CMP en disant on vous a programmé un rendez-vous au CMP dans 3-4 jours. Donc la personne quand elle va sortir d'hospitalisation, elle va retourner chez elle mais elle sait que quelques semaines après elle a rendez-vous avec un professionnel de l'équipe qui connaît ce qu'il s'est passé en hospitalisation. Et ça c'est important aussi, c'est-à-dire que la personne ne va pas raconter une énième fois son histoire et ses problèmes ».

Les propos de M. Caplier sont soutenus par ceux de M. Devriendt car en effet il nous explique que pour lui « le principal atout pour une sortie réussie c'est déjà de l'avoir vraiment bien préparée, elle ne doit avoir été sous-estimé aucun aspect : le logement, l'environnement, la famille, la réinsertion professionnelle etc ». Le suivi d'après hospitalisation ou prise en charge ambulatoire est essentiel et fonctionne plutôt bien dans ses établissements « d'avoir une équipe de soignants, de professionnels qui se déplacent au domicile des patients et qui peuvent assurer un suivi, que ça se passe comme on avait prévu et si ce n'est pas le cas remobiliser le dispositif adéquat pour reprendre en charge le patient ».

Encore une fois au niveau du suivi des prises en charge autres que psychiatriques mais pouvant provoquer un trouble, il existe tout en panel de dispositifs mis en place pour éviter toute apparition non désirée. M. Mahmoudi prend par exemple le cas des accouchements, où potentiellement une dame peut déclencher une dépression post-partum assez facilement : « s'il y a une dame effectivement qui il y est démontré ou en

tout cas il y a des signes qui montrent qu'elle est en situation de faiblesse en fait, la psychologue la rencontre et il y a une orientation qui est faite en fonction ». Il est évident que chaque accompagnement n'est pas une obligation mais une proposition, en effet « on n'oblige pas les gens, mais enfin en tout cas on a des propositions qui peuvent être fait en fonction du lieu d'habitation de la personne, de l'appétence, etc ».

Une nouvelle fois la prise en charge est adaptée mais ici nous insistons sur le long terme. En effet, les maladies psychiatriques se retrouvent dans les maladies au long cours et même une fois guérie, il est essentiel d'avoir un suivi régulier pour éviter tout resurgissement de la maladie. Pour cela, les établissements mettent en place des systèmes de suivi des personnes afin de garantir une sécurité.

#### v. Les délais de prises en charge

Lors de la revue littéraire, nous avons vu que les délais de prise en charge représentent parfois un découragement pour la personne ou les familles car ils peuvent atteindre plusieurs mois en fonction des endroits. Cependant, ces délais étant un vrai frein aux prises en charge de qualité, puisque celles-ci doivent être entamées dès lors l'apparition des premiers symptômes, les établissements font en sortent « de s'organiser et de réserver des créneaux de telle sorte qu'on se laisse un peu de mou histoire que ce soit toujours accessible à des gens qui en ont besoin » comme nous l'explique M. Devriendt. Ces propos sont également soutenus par M. Caplier qui nous assure que « on essaye toujours d'améliorer l'accès aux structures, d'améliorer l'accueil, d'optimiser l'accueil des patients pour essayer d'éviter les délais d'attente trop long ou d'engager une prise en charge plus rapidement ou de manière plus intense ». Ainsi pour remédier à ces délais, notamment en psychiatrie pour adulte, celui-ci met en place « une organisation où il y a toujours une permanence dans les CMP ce qui fait qu'on va avoir un délai d'accès à 0. La personne peut venir au CMP sans rendez-vous, elle va rencontrer un infirmier, un professionnel de santé ». Cet accueil permet donc de proposer des rendez-vous initiaux sans attendre et de pouvoir adapter le deuxième rendez-vous en fonction de l'urgence et des besoins de la personne car il « peut avoir des différences d'organisation pour le deuxième rendez-

vous où en fonction de l'évaluation initiale, ça va être discuté en équipe et on va dire telle personne n'allait vraiment pas bien ce serait bien qu'on la revoie rapidement, ou alors telle personne ça avait l'air d'aller on va peut-être lui proposer une deuxième ou troisième consultation infirmière avant de pouvoir rencontrer un médecin. On essaye de s'adapter à l'urgence ». Il faut distinguer la psychiatrie adulte et la pédo-psychiatrie qui demande une attention toute particulière car les maladies qui atteignent au plus jeune âge peuvent se dégrader très rapidement. Ainsi il existe « plusieurs axes de travail, d'abord les équipes ont plus ou moins des principes d'accueil d'urgence, c'est-à-dire qu'on va dire c'est 3 à 6 mois pour un premier rendez-vous mais il y a des populations qui sont prioritaires. » nous affirme toujours M. Caplier.

Ainsi, de nos jours mêmes s'il existe des délais d'attente sur les listes assez longues, « le délai d'accès ne veut pas forcément dire grand-chose, on peut en tirer des moyennes mais elles ne sont pas révélatrices de ce qu'il se passe » puisque chaque personne en demande urgente a des possibilités de rencontrer un spécialiste rapidement grâce aux nouveaux dispositifs mis en place.

## *b. Un domaine avec un manque de moyens*

### *i. Manque de moyens humains*

Comme dans tous les domaines de la santé, nous retrouvons des manques de moyens humains pour optimiser les prises en charge. En effet, comme nous informe M. Devriendt, « la plupart des établissements de santé mentale actuellement manque de psychiatre, donc on essaie de faire aussi parfois avec des modes un peu dégradés ». Fort heureusement, dans ces lacunes nous rencontrons certaines initiatives « comme les cinq dernières domotiques avancées etc. Mais voilà parfois on rêverait d'un idéal et on n'arrive pas à le déployer tout simplement parce qu'on n'a pas tout à fait les ressources adéquates à défaut de les trouver ».

En dehors de ce manque d'effectifs, la motivation et l'engagement des acteurs de santé est primordiale cependant pas systématique. En effet, M. Mahmoudi nous explique que certes il y a présence « des acteurs motivés, engagés qui ont envie d'améliorer les choses, il y en a beaucoup » mais « ce n'est pas l'intégralité

évidemment du personnel, vous avez des gens qui sont plutôt dans une logique d'exécution ». Afin de pouvoir faire bouger les choses, ces acteurs de santé doivent faire du mieux qu'ils peuvent avec les ressources disponibles afin de contrer ce manque de moyens. D'après lui, il est essentiel de « créer la dynamique au sein de nos établissements avec des gens qui ont envie de faire évoluer les choses, avec toutes les idées qui sont potentiellement bonnes à prendre ». Ainsi, « il y a des marges de progrès dans la coordination des acteurs entre eux, il faut savoir mobiliser l'acteur très spécialisé qui aura une valeur ajoutée à intervenir à tel moment de la prise en charge » dans le but d'optimiser les moyens humains dans la meilleure logique possible selon M. Devriendt.

Le domaine de la santé et notamment la psychiatrie sont en pénurie de soignants spécialisés qui sont une ressource essentielle pour le bon suivi des patients. Ainsi, il est nécessaire de recruter du personnel et que tout soit mis en œuvre pour que les soignants présents puissent optimiser leur temps.

## ii. Manque de moyens financiers

Le manque de moyen financiers s'applique à plusieurs phénomènes dans la psychiatrie. En premier lieu d'après M. Devriendt « la prévention n'est pas bien financée, vous avez parfois des programmes spécifiques vous répondez à un appel à projet lancé par l'ARS ou autre, mais vous n'avez pas de garanti de pérennité de financement dans le temps ». Ainsi la prévention, qui sera de nouveau évoqué à la suite, n'a pas de ressources financières nécessaires afin de toucher le besoin complet de la population. Également, le délai d'attente précédemment évoqué est notamment partiellement dû à ces manques de moyen financiers. M. Caplier nous explique que « en pédopsychiatrie mais comme partout en France le constat qu'on fait c'est que le niveau des moyens mis en œuvre n'est pas en adéquation avec les demandes de la population, Ce qui fait qu'on a d'énormes délais d'attentes ».

L'évolution de la prise en charge ambulatoire ne coûte pas forcément moins cher qu'une prise en charge complète, ainsi les problèmes de financements se posent

également pour celles-ci. En effet, même si dans ses établissements M. Caplier « essaye par rapport au besoin des populations, d'être plus mobiles en essayant de rendre nos équipes ambulatoires plus mobiles pour aller à domicile, pour aller là où sont les personnes, mais là encore on bute encore sur la question des moyens ». En effet certaines nouvelles modalités prennent du temps à se mettre en place car « on n'a pas forcément le financement adéquat pour pouvoir mettre en place ce dont tout ce que je viens de vous indiquer comme prise en charge que l'on fait aujourd'hui, si derrière on n'a pas un financement quelconque bah ces gens-là sont salariés, ils mettent de l'énergie à un moment donné il faut bien les payer » nous indique M. Mahmoudi. Si les moyens financiers ne suivent pas, les moyens humains auront beaucoup de mal à se mettre en place dans de bonnes conditions comme il nous le précise.

Certains financements peuvent provenir d'autres parties que l'argent mis en place par l'Etat, notamment M. Mahmoudi précise qu'il est possible de réussir à « trouver les moyens soit par l'agence régionale de santé soit d'autres institutions comme le conseil régional, tous les acteurs institutionnels qui peuvent potentiellement nous donner un coup de main pour pouvoir déployer ces prises en charge » ou « parfois des acteurs un peu plus privés comme des mutuelles qui peuvent effectivement nous aider ».

Enfin, il est essentiel de ne pas reposer tous les problèmes sur le manque de moyens puisqu'à chaque amélioration il nous faudra des moyens supplémentaires et ces besoins ne s'arrêteront potentiellement jamais. La mise en place du financement est bien plus réfléchi lorsque les moyens sont limités, ce phénomène est expliqué par M. Mahmoudi : « comme je le dis souvent on est toujours un peu meilleur dans la contrainte, donc quand on est dans la contrainte on réfléchit, on essaye, on part du principe que comme tout ce qu'il y a autour de nous c'est des moyens qui sont limités donc il faut réfléchir donc on est toujours un peu plus exigeant avec soit même et avec les autres quand on est dans la contrainte que quand on est dans l'opulence ».

Il est évident que comme dans toutes choses, le financement soit le nerf de la guerre. Ici, la psychiatrie a malheureusement été trop souvent peu aidé par l'État et a dû trouver des solutions pour optimiser ses moyens. Ainsi, de nos jours les

établissements sont capables de faire bien avec peu et de rechercher ailleurs des aides afin d'évoluer.

### iii. Manque de prévention

La prévention est un des points que nous cherchons à développer énormément de nos jours mais pose encore de nombreuses lacunes. En effet, les établissements n'ont pas principales visions de faire de la prévention auprès du grand public comme nous l'explique M. Devriendt : « je pense qu'il y a beaucoup de choses à faire en matière de prévention, et souvent les établissements de santé de manière générale font du soin mais peu de prévention ». Cependant, l'enjeu de cette prévention est essentiel dans les représentations sociales de la psychiatrie parce que « la psychiatrie sera toujours stigmatisée, l'enjeu de communication et c'est ce qu'on avait essayé de développer pendant une dizaine d'année, c'est plutôt le concept de maîtrise de la stigmatisation plutôt que de déstigmatisation » nous informe M. Caplier. Même si elle reste encore trop faible compte tenu des besoins, elle existe tout de même sous différents aspects, notamment celui qu'utilise M. Caplier de « on ne va pas dire ce que n'est pas l'hôpital, on va dire voilà l'hôpital c'est ça, oui l'hôpital il y a des soins sans consentements donc les patients ne sont pas là de leur propre volonté. On a encore en France aujourd'hui des pratiques de prise en charge d'isolement et de contention, oui ça existe mais on essaye de dire voilà ça touche une minorité de patients plutôt que de dire non ça n'existe pas ».

Enfin, la prévention est le lien nécessaire entre les établissements et soignants et le grand public concernant les maladies psychiatriques. Celles-ci sont encore bien trop stigmatisées à cause des images figées des années auparavant. Une meilleure prévention et communication des nouvelles prises en charge mises en place permettraient une prise de conscience générale menant potentiellement vers une amélioration des représentations sociales. Ceci permettrait à terme de diminuer le temps entre l'apparition des symptômes et les premières consultations, améliorant ainsi la prise en charge.

## c. Des expériences complexes de personnes atteintes

### i. Les erreurs de diagnostics

Les erreurs de diagnostic sont malheureusement encore bien trop fréquentes malgré le travail des associations et des instaurations pour renforcer les formations et les prises de conscience des professionnels et particuliers. Ces maladies sont encore trop peu connues et comprises du public, notamment des autres professionnels de santé que psychiatres. Les symptômes étant complexes et parfois non connus des professionnels de santé en première ligne des patients, il reste difficile de déceler les troubles et cela peut provoquer des erreurs de diagnostics comme l'explique Mjsandco, atteinte du TDI : « On était atteint de spasmophilie, c'est-à-dire que la spasmophilie est clairement une maladie fourre-tout, c'est un truc où les gens ils te disent t'as ça en gros et bonne journée. Ils ne te donnent pas de traitement, ils ne te font pas voir quelqu'un et tu te retrouves avec ça »

Ainsi, ces erreurs de diagnostics peuvent impacter la prise en charge et celle-ci ne sera pas la plus adaptée et peu parfois causer une aggravation de l'état de santé de la personne. Cette situation a été expliqué par Mme F, dame atteinte de bipolarité : « Je suis tombée malade à 42 ans. Enfin je suis malade avec des médicaments pour la dépression qui m'ont fait prendre 60 kilos. [...] J'ai eu 10 ans de vie que je me n'en rappelle pas hein. Enfin au moins 2 ans que je ne me rappelle pas et puis 10 ans... »

A partir du moment où la personne est correctement suivie avec un traitement adéquat et adapté à ses besoins et ses envies, la personne obtiendra une amélioration de son état de santé significatif. Cette amélioration impactera plusieurs aspects de sa vie, notamment son humeur, sa socialisation et permettra d'accepter sa maladie plus facilement. Mme F explique ci-dessous l'amélioration de sa prise en charge à la suite du diagnostic établi de sa maladie : « Aucune comparaison. Oui, il m'a donné tout de suite un médicament, enfin tout de suite il a pris du temps parce qu'il savait que j'étais réfractaire aux médicaments. Mais il m'a donné un médicament qui me convient très bien. [...] Enfin il est exceptionnel mon psychiatre ».

Le manque de connaissance sur les maladies psychiatriques, même par certains professionnels, peut provoquer des erreurs de diagnostics. Ces erreurs sont malheureusement trop fréquentes et peut porter atteinte à la santé de la personne, notamment par l'administration de médicaments non adaptés. Des formations et de la prévention de ces maladies et les symptômes qui les composent sont ainsi essentiel pour remédier à ces problèmes rencontrés.

## ii. Un diagnostic établi bien trop tard

Les erreurs de diagnostics évoqués ci-dessus provoquent un retard dans le diagnostic final de la maladie, menant encore une fois vers une dégradation de l'état de santé de la personne. En effet, la revue littéraire nous a démontré que les premiers symptômes apparaissaient en général avant l'âge de 25 ans, cependant le diagnostic établi ne venait qu'en moyenne 7 ans plus tard laissant la maladie prendre de l'ampleur. Ces délais peuvent malheureusement être parfois bien plus long comme l'expérience qu'a vécu Mme F : « Ça s'est déclaré vraiment durement à l'âge de 42 ans j'en ai 73 donc il y a 30 ans, depuis 30 ans et je n'ai eu le vrai diagnostic qu'il y a 1 ou 2 mois, alors bon. En France les diagnostics ne sont pas donnés ». Même si chaque expérience est différente, celles-ci peuvent se relier avec le même sentiment de vécu, notamment ici avec Mjsandco qui a également vécu un diagnostic tardif : « On était atteint de spasmophilie, [...] on a vécu avec ça pendant de très nombreuses années jusqu'à ce qu'on aille voir un hypno thérapeute en 2020 et c'est là que tout a été déclenché ».

Les erreurs de diagnostics précédemment citées provoquent donc un retard du vrai diagnostic et s'ajoutent au fait que parfois les gens ne souhaitent pas consulter. Nous savons grâce à la revue de littérature que plus un trouble est pris en charge tôt, plus il y a de chances de rétablissement. Ainsi la solution de formation et de prévention permettra également de prendre en charge plus rapidement ces personnes et augmenter leur chance de rétablissement.

### iii. Un mauvais soutien dans la vie personnelle

Le soutien de l'entourage de la personne représente un moyen d'améliorer la prise en charge de la personne : acceptation de soins, de la maladie et de l'aide. Cependant, ce soutien n'est pas le même pour tous. En effet, certaines personnes n'acceptent pas que leur enfant par exemple soit atteint de ce type de maladie. De nos jours, il est malheureusement plus simple d'apprendre que son enfant est atteint d'une leucémie car leur entourage sera présent et compatissants, qu'atteint d'une maladie psychiatrique car l'entourage aura potentiellement peur et s'éloignera. Ainsi, certains parents peuvent refuser catégoriquement l'idée que leur enfant soit atteint, également à cause d'un sentiment de culpabilité qui peut survenir. Mjsandco nous raconte son expérience avec le refus des parents à consulter un spécialiste : « Si, on a été consulté après, ça a été très dur parce les parents de Mathilde ne voulaient pas qu'elle aille voir un psychiatre parce qu'ils sont psychophobes. Ils étaient contre et ils sont toujours contre. Ses parents étaient contre le fait d'aller voir un psychiatre, c'est-à-dire qu'on avait besoin d'aller voir un psychiatre mais c'était hors de question ».

A la suite de ces diagnostics, un refus de l'acceptation des familles en plus des malades peut exister. En effet, certaines personnes refusent d'admettre le diagnostic même ayant les symptômes sous les yeux, comme l'exemple des parents encore une fois de Mjsandco : « Par contre quand ils l'ont appris ils nous ont dit c'est simple si tu as vraiment ce trouble tu vis plus chez moi, tu sors de la maison. »

Même si Mme F nous a informé qu'elle possédait un bon soutien au niveau des personnes au courant dans sa famille, ce n'est pas le cas pour tout le monde. Ce manque de soutien, ici dû aux mauvaises représentations sociales des maladies, peut provoquer une mauvaise voir un manque de suivi de la maladie. La stigmatisation a donc un impact sur bien plus de sujets que nous pouvons le penser.

### iv. Une vie professionnelle dangereuse

Le fait de subir un trouble psychiatrique est un énorme sujet sensible dans le travail. Comme vu précédemment, l'accessibilité à l'emploi est un des sérieux problèmes

auxquels font face les personnes concernées. En effet aux vus des représentations sociales, embaucher ou garder en emploi une personne atteinte d'un trouble psychiatrique peut paraître compliqué. Donc les personnes se sentent dans l'obligation de cacher leur trouble sous prétexte d'avoir peur de se faire virer, comme l'explique Mme F : « J'ai pas du tout honte d'être malade mais dans mon travail, je n'ai jamais pu dire que j'avais subi la maladie mentale. Si j'avais dit que je subissais la maladie mentale... je perdais mon boulot. »

En effet lors de la revue littéraire, nous avons évoqué la difficulté de trouver un emploi ou le maintenir d'un emploi. Les représentations sociales peuvent représenter une barrière pour le recrutement de personnes atteintes de ce type de troubles, ainsi l'exposition de sa maladie peut faire peur, comme le précise Mjsandco : « Dans le monde, en France il y a quand même pas mal de psycho phobie malgré tout et c'est important de savoir ce qu'il y a des risques derrière, si ton patron il voit ça il trouvera un motif de licenciement. »

Comme évoqué lors de la revue littéraire, la vie professionnelle des personnes atteintes peut s'avérer très compliqué. Les exemples de Mme F et Mjsandco argumentent cette idée car toutes deux se sentent dans l'obligation de cacher leur trouble dans leur monde professionnel par peur de se voir licencier.

#### v. Un regard de la société dégradant

Le regard négatif des gens envers les maladies psychiatriques est le plus gros fardeau dans la vie des personnes concernées et représente une barrière au bon développement de la personne. En effet, les idées reçues évoquées lors de la revue littéraire concernant ces maladies influent l'entourage et les personnes présentant des symptômes à ne pas aller consulter : ils cherchent toute autre explication avant de pouvoir envisager cette solution, pouvant ainsi décaler le premier rendez-vous avec un spécialiste à plusieurs années et provoquer le retard de diagnostic défini évoqué au-dessus. Comme défini lors de la première partie, une meilleure représentation sociale de ce type de maladie pourrait induire une amélioration de la prise en charge

de ces personnes, comme le précise Mjsandco : « Je pense que ça aurait été mieux s'il n'y avait pas tant de psycho phobie. C'est-à-dire que le mot psychiatre est un gros mot en France et ça que les gens veulent l'entendre ou non pour moi ça reste mal. C'est-à-dire que les parents de Mathilde ne nous auraient jamais emmener voir un psychiatre d'eux-mêmes ».

Egalement, la peur de dévoiler son état de santé mentale à des personnes familières intervient dans le processus de dégradation à cause du regard extérieur. En effet, comme l'évoque Mme F, il est parfois difficile qu'une personne de son entourage personnel ou professionnel découvre la maladie à laquelle elle fait face : « J'ai cherché un psychiatre que je ne connaissais pas comme je connais tous ceux sur Paris. J'étais très embêté je voulais pas aller dévoiler ma vie et me déshabiller devant, enfin déshabiller psychiquement, devant un psychiatre avec qui je travaille. »

Le regard de la société est un des principaux facteurs de mauvaise prise en charge et suivi de la maladie. Comme évoqué ci-dessus, si la stigmatisation n'était pas si présente en France, et dans le monde d'ailleurs, l'accès à la prise de rendez-vous et de prise en charge serait facilitée. En effet, celle-ci peut rebuter les personnes ou les familles par peur du diagnostic qui sera établi.

## 2. Questionnaire

Ce questionnaire a pour but de confirmer les éléments précédemment cités en ciblant la population générale : homme ou femme, de tout âge, de toutes régions, de toutes professions à l'échelle française. Afin de les confirmer, j'ai émis différentes hypothèses :

- H1 : Les personnes atteintes de troubles ou ayant connaissance d'une personne atteinte sont plus informés que celles n'ayant pas de connaissance.
- H2 : Le niveau d'information concernant les troubles psychiatriques est faible.
- H3 : Le point de vue de la population est négatif.

Pour étudier ces hypothèses, le questionnaire est analysé en 4 sections :

- La proximité avec une personne atteinte de trouble psychiatrique.
- Le niveau d'information sur les troubles existants.
- L'attention portée au niveau des maladies.
- Le point de vue de la population.

#### a. La proximité avec une personne atteinte d'un trouble psychiatrique

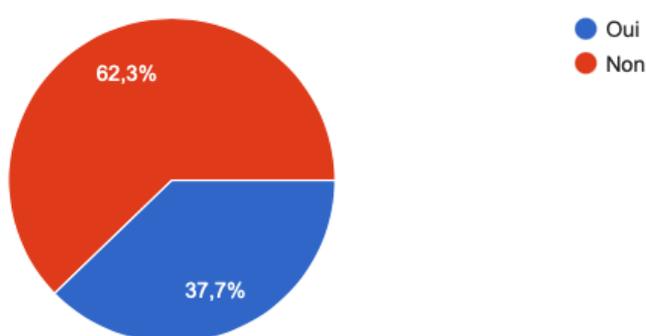


Figure 12 : Pourcentage de connaissance atteint d'une maladie psychiatrique.

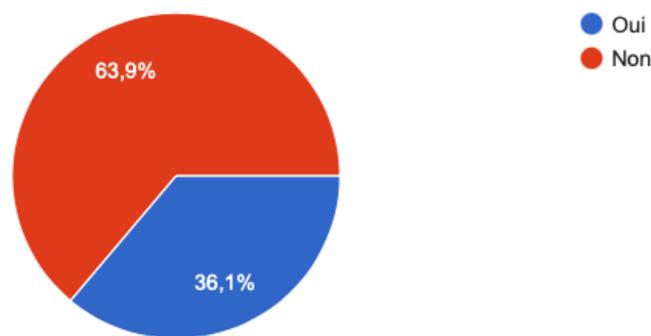


Figure 13 : Pourcentage de personnes suivies par des services psychiatriques.

Ces diagrammes nous confirment que les maladies psychiatriques touchent bien plus de personnes que nous pouvons le penser. En effet, cela concorde avec les recherches précédentes affirmant que les troubles psychiatriques de toute nature touchent plus d'1 adulte sur 4. Nous remarquons cependant une presque similitude entre les données de personnes atteintes de troubles psychiatriques et celles de personnes suivies par des services adaptés. Ce qui ne concorde pas exactement avec les données précédemment citées, le recours à des aides semble plus récurrent. Ainsi, nous pouvons nous demander si les personnes consultant ayant répondu à cette question assument d'aller consulter et si leur entourage est au courant.

Ces diagrammes vont nous permettre de faire pouvoir différencier dans les prochaines sections les personnes étant atteints ou ayant une personne de leur entourage atteint d'une maladie psychiatrique et celles n'ayant personne de son entourage. Ces

différenciations vont nous permettre de voir si le point de vue et le niveau d'information change en fonction de ce facteur.

### b. Les connaissances sur les troubles existants

Comment définissez-vous votre niveau d'information sur les maladies psychiatriques ?

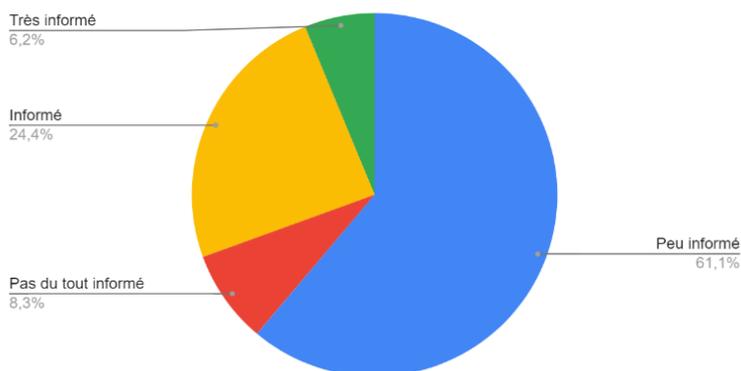


Figure 14 : Taux d'information des maladies psychiatriques des personnes n'ayant pas d'entourage atteint.

Comment définissez-vous votre niveau d'information sur les maladies psychiatriques ?

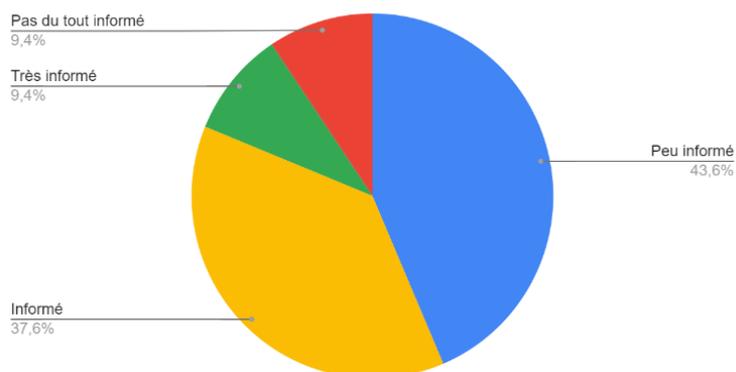


Figure 15 : Taux d'information des maladies psychiatriques des personnes atteintes ou ayant un proche atteint.

Les personnes en général ne semblent ne pas être très informées sur les maladies. Nous remarquons que plus de la moitié dans les deux cas sont peu voire pas du tout informé sur ce type de maladies.

La comparaison de ces deux graphiques met en avant qu'il y a certes des lacunes au niveau du taux d'informations des personnes en général mais notamment de celles n'ayant pas de personne de leur entourage atteint. En effet, 70% des personnes se disent peu ou pas du tout informé lorsqu'ils n'ont aucune connaissance de personnes présentant ce type de maladies, contre 53% pour les personnes étant atteinte ou ayant un proche atteint. Il existe donc une différence significative d'informations dû à ce facteur. Ainsi, cette évolution du taux d'informations peut être provoqué par la prise de conscience de la personne et l'envie d'être informé lorsqu'elle apprend la maladie pour un meilleur accompagnement.



Cependant, nous retrouvons dans les plus récurrents des mots ayant une connotation négative. En effet, plusieurs font références au mal-être de la personne, sans forcément de jugement : problème, souffrance, compliqué. Malgré cela, certains reviennent souvent mais symbolisant plutôt une vision péjorative de la maladie, comme évoqué lors de la recherche bibliographique, tels que : peur, danger, violente, tristesse, atypique, effrayante, agressivité.

Ainsi, ce nuage de mots souligne bien que la stigmatisation des personnes atteintes est présente dans notre société et que celle-ci est un des facteurs majeurs dans notre ressenti face à ces maladies. Ces maladies font malheureusement peur à cause de la démence qui est trop peu connue et étudiée.



Figure 17 : Nuage de mot reprenant les 5 maladies psychiatriques citées.

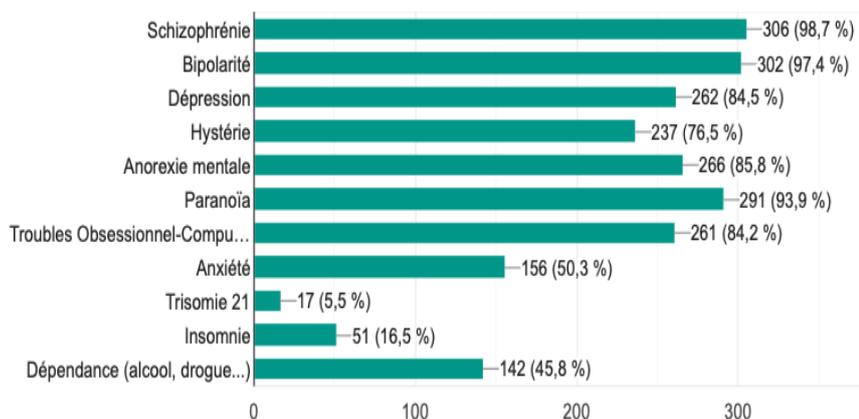


Figure 18 : Taux de réponse concernant les connaissances sur les maladies relevant du domaine de la psychiatrie.

Nous remarquons ici que les maladies les plus caractéristiques des troubles de la santé mentale sont les plus régulièrement citées. En effet, celles-ci sont représentées comme les maladies « types » faisant référence à la psychiatrie, notamment :

- La schizophrénie, maladie la plus souvent associée à la psychiatrie
- La dépression
- La bipolarité
- Les TOC
- L'anxiété

- L'anorexie ou Trouble du Comportement Alimentaire (TCA)

Même si certaines personnes confondent les handicaps avec les maladies, en règle générale les principales maladies sont bien reconnues du grand public, il reste cependant une part minime qui manque de communication à ce sujet. La schizophrénie, la bipolarité, la paranoïa sont globalement reconnues par tous comme étant des maladies psychiatriques. La dépression, l'hystérie, les TOC, l'anorexie mentale semblent également reconnus par une grande partie de la population même si le niveau d'information est plus faible, il reste acceptable. Cependant, l'anxiété, la dépendance et surtout l'insomnie semble ne pas être reconnu comme une maladie psychiatrique aux yeux de la population. Comme cité précédemment, ces maladies sont plus « basiques » et moins « folle » aux yeux du grand public et donc les personnes ne se rendent pas compte que ce sont des maladies appartenant au domaine de la psychiatrie. Ces données confirment les recherches précédentes démontrant que les maladies psychiatriques sont plus souvent associées aux maladies avec des représentations de folie ou de peur. Il est donc évident qu'il y a de réelles lacunes au niveau de la communication de ces maladies et des représentations qu'elles peuvent avoir.

c. L'attention portée au niveau de ces maladies

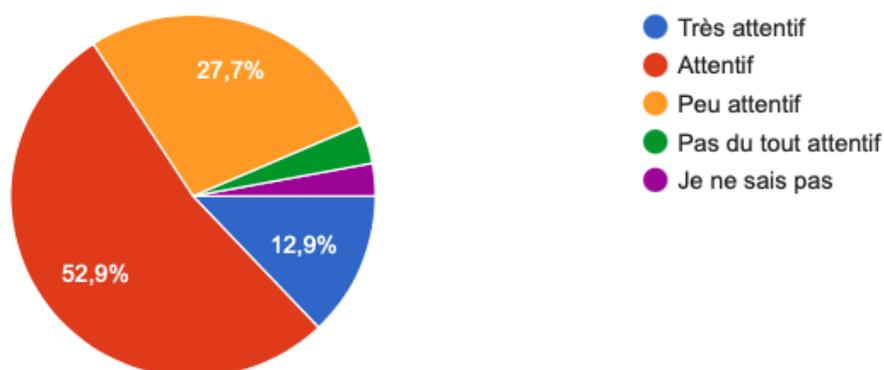


Figure 19 : Taux d'attention concernant les maladies psychiatriques.

Même si comme vu précédemment, plus de 60% de la population ne s'estime pas informé sur ces maladies. Ici nous remarquons que plus de 65% se sentent attentif ou très attentif à ces maladies et les personnes concernées. Ainsi, les campagnes de prévention ou de communication susceptibles d'être mises en place pourraient toucher un nombre important de la population qui semble en demande de renseignements. Ces attentions sont un point clef important pour l'évolution des représentations sociales pouvant mener vers une amélioration du regard des personnes envers les personnes atteintes de troubles psychiatriques. Il reste tout de même une grande partie de la population (plus de 30%) qui ne se sentent pas attentif voir pas attentif du tout.

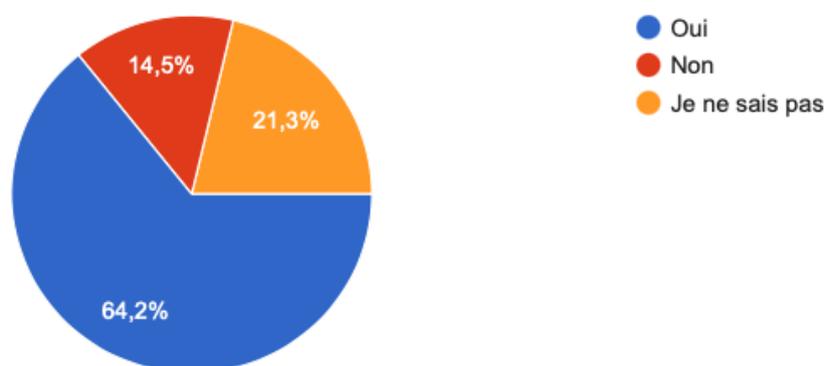


Figure 20 : Taux de personnes estimant que les soins en psychiatrie se sont modifiés depuis 20 ans.

Enfin, la population est consciente de l'évolution des soins en psychiatrie depuis plusieurs années. Ainsi, peut être que le recours aux soins sera une option plus souvent envisagée et facilement. Mais certaines personnes ne le savent pas, ce qui signifie qu'ils ne se sentent pas vraiment impliqué là-dedans. Le manque de communication et prévention est une des principales causes du manque d'informations des personnes car il est évident que depuis plusieurs années maintenant les soins se sont améliorés et la prise en charge est différente. Les droits de la personne sont plus respectés, afin qu'elles ne soient pas systématiquement isolées comme nous avons cette image auparavant.

#### d. Le point de vue de la population

Quelle serait votre réaction si vous appreniez qu'une personne de votre entourage présentait des troubles psychiatriques ?

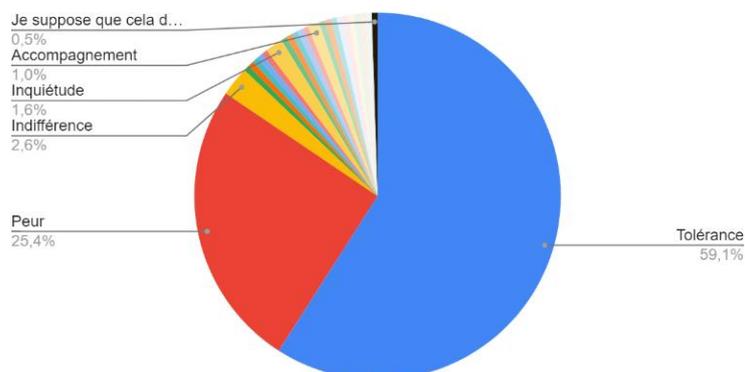


Figure 21 : Sentiment ressenti envers les personnes atteintes d'un trouble psychiatrique des personnes n'ayant pas d'entourage atteint.

Quelle serait votre réaction si vous appreniez qu'une personne de votre entourage présentait des troubles psychiatriques ?

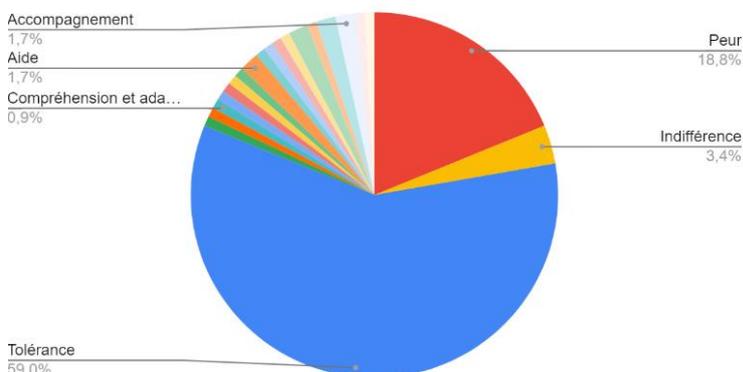


Figure 22 : Sentiment ressenti des personnes atteintes ou ayant un proche atteint.

Près de 60% de la population serait tolérante à la découverte de troubles psychiatriques chez une personne de leur entourage. Ce net avantage peut-être expliqué par le fait que la personne soit une personne déjà connue et potentiellement proche de nous avant cette annonce. En effet, nous la connaissions avant de connaître ses troubles, donc l'annonce ne changera pas énormément notre vision de la personne si ce n'est notre présence pour elle potentiellement. Cependant, la seconde réaction la plus dominante est la peur, que ce soit pour les deux types de population. La peur de la maladie psychiatrique intervient dans plus de 25% des cas pour les personnes n'ayant pas d'entourage atteint et près de 19% pour celles atteintes ou ayant un proche atteint. Cette peur prend ainsi le dessus sur le lien que nous avons avec la personne de notre entourage. En effet, la peur est une des premières réactions qu'évoque la maladie psychiatrique mais nous pouvons nous demander si ce sentiment de peur correspond à une peur de la personne ou pour la personne, comme évoqué pour certaines personnes dans la catégorie « autre ». Les réactions sont nombreuses et différentes selon les personnes au vu du nombre de catégories, ce qui rend cette question complexe mais il est important de noter que la tolérance et la peur, également quelque fois l'indifférence, sont les ressentis les plus courants dans tous les cas.

Ainsi, la présence d'une personne atteinte dans notre entourage ou non ne modifie pas énormément les sentiments à l'égard de la personne en cause. Ceux-ci sont quelques fois moins apeurés à l'idée lorsqu'ils ont déjà une connaissance mais la différence n'est pas significative.

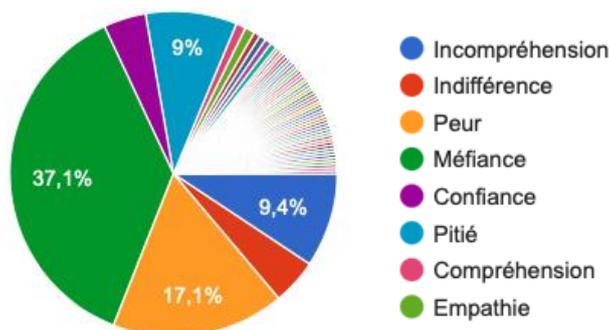


Figure 23 : Ressenti face aux personnes atteintes de schizophrénie.

Les réactions sont plus partagées ici qu'à la question précédente, du fait que celle-ci concerne une personne quelconque et non de notre entourage et la schizophrénie, maladie la plus stigmatisée. Ainsi, nous retrouvons le sentiment de méfiance pour une grande partie (pas loin de 40%), puis de peur qui s'aligne avec la question précédente. Plus de la moitié de la population a donc un sentiment très négatif envers les personnes atteintes de schizophrénie, ce qui correspond aux recherches effectuées. Ensuite un sentiment d'incompréhension de la maladie et de la personne atteinte ressort, en effet les effets et ressentis de cette maladie sont très méconnus. Puis un sentiment de pitié envers la personne qui subit cette maladie et qui doit vivre avec et de plus avec les aprioris de la personne. Enfin un peu d'indifférence, comme si cette personne était considérée comme une autre et la confiance, plus rare mais qui est tout de même présente, car ces personnes sont des personnes à la base comme nous avec simplement leur santé mentale altérée.

Nous remarquons que les sentiments sont plus positifs lorsque nous parlons de maladie psychiatrique en général que schizophrénie. Egalement lorsque nous parlons de l'entourage, car nous connaissons la personne avant donc pas de sentiment de peur réellement. Tolérance car notre famille et nous souhaitons être derrière elle. Mais

tout de même peur car ce genre de maladie fait peur comme expliquer précédemment, même si nous connaissons cette personne nous pouvons désormais avoir une nouvelle vision d'elle.

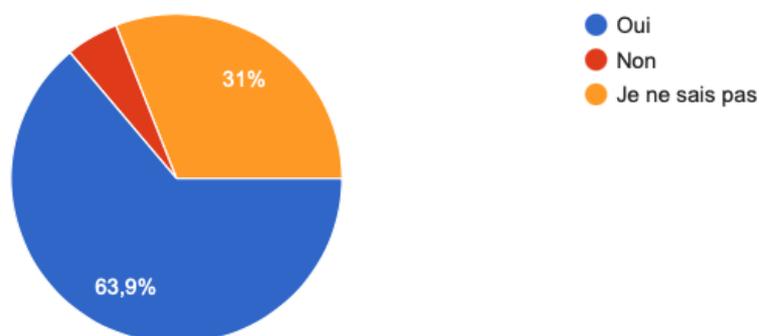


Figure 24 : Taux d'acceptation de prendre un repas avec une personne atteinte de schizophrénie.

5,2% ne seraient pas d'accord pour prendre un repas avec une personne atteinte de schizophrénie. Cependant, 31% ne savent pas, nous pouvons penser qu'elles n'osent pas dire non, ou que cela dépendrait du stade de la maladie. 64% se disent d'accord, si nous mettons les personnes qui ne savent pas en non ou moitié moitié, cela revient à l'étude réalisée de 1 personne sur 5 ne serait pas d'accord. Ainsi, cette maladie est vraiment mal comprise du grand public qui préfère s'en éloigner, mais pourquoi ? Ces personnes sont des personnes comme tout le monde simplement atteint d'une maladie. La stigmatisation prend tout son sens ici, malgré des explications sur les maladies et la preuve que ces personnes ne sont pas plus dangereuses qu'une autre et ne font pas plus peur, la plupart des personnes restent sur leur position. Ce qui prouve bien que la stigmatisation est ancrée dans notre société et ce sera un combat de longue haleine pour faire changer les visions ou simplement les améliorer.

#### e. Retour sur le questionnaire

Pour finir, il est intéressant d'effectuer un retour sur ce questionnaire réalisé. Celui-ci m'a permis de confirmer les hypothèses précédemment établies à plus grande échelle et de pouvoir confirmer les stratégies de développement à mettre en place par les

organismes et programmes. Cependant, comme évoqué auparavant, ce questionnaire possède des limites et donc des perspectives d'amélioration pour ultérieurement.

En effet, dans un premier temps l'étude a confirmé que les personnes atteintes de troubles ou ayant connaissance d'une personne atteinte possède un taux d'informations plus élevé que celles n'ayant pas de connaissance atteinte. Les corrélations entre les questions m'ont permis de mettre en avant le fait qu'elles avaient d'une part de meilleures connaissances sur le sujet, mais d'autre part des points de vue et sentiments plus sympathique envers ces mêmes personnes, les mots évoqués négatifs évoqués sont moindre contrairement aux autres mais cela n'est pas significatif.

Dans un deuxième temps, l'étude a relevé que le niveau d'informations des personnes en général concernant les troubles psychiatriques. Les actions qui se mettent en place par les organismes précédemment cités permettront de renforcer ces lacunes et ainsi espérer pouvoir améliorer les représentations sociales qui pèsent sur les personnes concernées.

Enfin, il est évident que le questionnaire a relevé que le point de vue en général reste négatif malgré les efforts d'amélioration et d'adaptation des prises en charge. Le manque d'informations précédemment évoqué reste le principal point de ces avis négatifs comme précisé dans la revue littéraire.

## II. Axes d'amélioration proposés

Après avoir défini la stigmatisation, les maladies psychiatriques et la lutte présente pour l'amélioration des représentations sociales, j'ai pu réaliser une série d'ESD afin de recueillir l'avis de plusieurs personnes atteintes et plusieurs professionnels évoluant dans le domaine de la prise en charge de ces personnes. Ces différents entretiens et témoignages m'ont permis d'obtenir des réponses vis-à-vis des prises en charge actuelles et également de répondre à ma problématique de départ de façon objective.

Cette dernière partie m'offre la possibilité d'élaborer des recommandations qui pourront être appliquées à l'ensemble des établissements pour faire face à ce phénomène de stigmatisation. Ce sujet reste délicat, tant les représentations sociales sont ancrées dans nos pensées. Ainsi l'objectif de ces recommandations n'est pas de remettre en cause les organisations déjà en place ou de critiquer les représentations des personnes, mais de suggérer et d'orienter pour accroître l'amélioration des prises en charge et la qualité de vie des personnes atteintes.

### **a. Continuer la communication et prévention des maladies psychiatriques**

La communication et la prévention, déjà présente de différentes manières en France, reste le moyen le plus efficace pour informer la population. Ces méthodes doivent être développées et diversifiées pour toucher un maximum de personnes et espérer changer les représentations. Celles-ci doivent être délivrées auprès de la population générale, à grande échelle, afin d'espérer changer les aprioris : en premier lieu concernant le regard envers les personnes atteintes de troubles psychiatriques, et en second lieu l'image de la prise en charge dédiée à ces mêmes personnes. Également, certaines formations pourraient être mises en place auprès des professionnels de santé n'agissant pas directement auprès des personnes atteintes, mais étant susceptibles d'en rencontrer. En effet, nous pouvons prendre l'exemple d'un médecin généraliste, qui n'a pas forcément de formation sur la prise en charge de personnes atteintes d'un trouble psychiatrique, mais qui est le premier acteur de santé auquel nous faisons appel lorsque nous avons quelconques symptômes. Ainsi, ce type de formation prendrait tout son sens auprès de ces professionnels pour une meilleure orientation vers des structures adaptées.

L'intérêt premier de ces canaux de communication et de prévention est l'amélioration des représentations sociales évidemment, mais également de réduire les prises en charges tardives, encore trop présentes de nos jours. Ces retards de prise en charge pouvant provoquer un enkystement de la maladie, et donc un non-rétablissement de la personne. Une prise de conscience générale serait la clef à de nombreux problèmes

que rencontrent de nos jours ce type de prise en charge. L'intérêt porté envers ces maladies est encore trop faible comme nous l'a démontré le questionnaire, une plus grande communication pourra provoquer chez certains un déclic de l'importance de comprendre et connaître ces maladies.

Il est donc essentiel de communiquer sur les maladies existantes, l'apparition des premiers symptômes de la maladie et la nécessité de consulter rapidement. Les nouvelles méthodes de prises en charge et de suivi, dans le respect des conditions de vie de la personne, doit être un des éléments à souligner lors de ces campagnes pour permettre aux personnes d'avoir envie de se faire suivre. En effet, de nos jours les personnes ont encore peur de se faire enfermer et ne jamais en ressortir de l'asile d'avant, il est donc nécessaire de leur présenter les alternatives les plus récurrentes mais méconnues.

## **b. Un meilleur accès aux soins**

Le délai de prise en charge est un des facteurs important dans la qualité de la prise en charge. En effet, ils peuvent en premier temps rebuter les personnes à aller consulter mais également dans un second temps provoquer un enkystement de la maladie durant le temps d'attente du suivi et donc réduire la qualité de la prise en charge du patient. Pour cela, diminuer les temps de prises en charge et d'accès aux rendez-vous en mettant en place par exemple dans tous les CMP, comme nous a indiqué M.Caplier, une permanence avec la possibilité d'avoir un délai de rendez-vous à 0 pour les personnes en détresse nécessitant. Ces méthodes sont utiles et sont nécessaires d'être élargis au plus grand nombre. Anticiper le plus possible et organiser au mieux les suivis des patients permet d'éviter des délais d'attente trop long et donc non adaptée aux besoins. Le but n'est pas de réduire le délai d'attente mais de réduire la qualité de la prise en charge, qui reste le détail principal.

L'accès aux soins est également rythmé par l'envie des personnes de consulter ou non. Si les représentations sociales n'étaient pas si mauvaises, les personnes ne

refuseraient pas de consulter ou de se faire suivre par un psychiatre. Pour cela, l'axe d'amélioration précédemment est encore une fois essentiel ici.

### c. Travailler avec des structures adaptées

De nos jours, les prises en charge se font essentiellement en ambulatoire. Pour que ces prises en charge soient les plus qualitatives possible, il est essentiel que le patient soit placé dans une structure adaptée, pour que son rétablissement se fasse le plus rapidement possible et dans les meilleures conditions. Les partenariats à mettre en place entre les différents types de structures, que ce soit d'un même groupe ou non, afin que le parcours du patient soit en adéquation avec ses besoins, sont donc essentiels.

Le but étant donc d'adapter au mieux le parcours du patient. Il peut par exemple passer d'une hospitalisation complète, à un suivi en CMP, puis à de simples consultations avec un psychiatre. Ce parcours doit être unique à chaque patient, pour cela les professionnels de santé ont nécessité de travailler en collaboration pour veiller au bien-être du patient et à l'évolution positive de sa maladie.

### d. Trouver de l'aide pour s'améliorer

Nous avons vu que le domaine de la psychiatrie, comme beaucoup de domaines dans la santé, manque de plusieurs moyens notamment financier et humain. Il y a également présence d'un manque de prévention mais ne venons d'évoquer des recommandations au-dessus.

Un des professionnels a évoqué le fait de se faire aider de partenaires extérieurs qui peuvent financer certains projets dans le but d'améliorer la prise en charge, que ce soit des acteurs institutionnels ou des acteurs privés. En effet, le gouvernement n'est pas le seul financeur possible afin de mettre en place des améliorations. Le financement ne doit pas être un frein au développement d'un nouveau projet pouvant

à terme améliorer radicalement le parcours et le bien-être du patient. Chaque projet bien structuré et bien organisé, avec des preuves d'amélioration après sa mise en place peut prétendre à des aides supplémentaires.

Tous les moyens sont limités, mais nous pouvons trouver des solutions. Il ne faut pas s'arrêter à ce que nous possédons et chercher au-delà afin de proposer les meilleurs suivis possibles.

## Conclusion

---

La prise en charge des patients atteints d'une maladie psychiatrique est un sujet national voire mondial, qui implique de nombreux acteurs. Au cours des dernières années, grâce à l'intérêt porté par le gouvernement et certaines associations, cette prise en charge s'est améliorée et adaptée, pour le bien des patients. C'est actuellement devenu un des problèmes de santé publique majeur en France.

Cette étude avait pour objectif de démontrer l'impact de la stigmatisation sur la prise en charge des maladies psychiatriques en France et l'importance des nouvelles approches de suivi.

La revue de littérature a mis en évidence que les représentations sociales perdurent depuis des siècles dans le domaine de la psychiatrie, et laisse place à une marge de progression possible grâce aux différentes actions mises en place. Également, la prise en charge des maladies psychiatriques s'améliore depuis quelques années déjà.

Ces faits ont été confirmé par l'enquête terrain, où la population générale, relayant les représentations sociales, et les personnes atteintes d'une maladie psychiatrique ont évoqué que les points de vue extérieurs restent négatifs mais sont susceptibles de s'améliorer. Les directeurs d'établissements ont par ailleurs révélé que les prises en charge se sont améliorées mais nettement adaptées aux besoins des personnes.

Il est donc essentiel de continuer l'élan d'efforts entrepris afin d'améliorer les conditions de vie des personnes concernées grâce à ce travail de longue haleine. Les conclusions issues de l'enquête terrain et de la revue littéraire ont permis d'établir des recommandations à l'attention des directeurs d'établissements et de la population.

Dans un premier temps, les campagnes de communication et de prévention afin de sensibiliser la population doivent être développées d'avantages et étendues à tous les types de population. Les canaux de communication peuvent diverger vers d'autres cibles afin de sensibiliser au mieux les professionnels de santé par exemple de manière générale, afin de ne pas passer à côté de diagnostics.

Dans un second temps, les directeurs d'établissements doivent travailler avec différentes structures spécialisées dans la psychiatrie et demander de l'aide, car c'est ce travail multidisciplinaire qui confère aux patients un meilleur parcours. Il est important de s'adapter et d'écouter son patient, et à orienter du mieux possible le patient pour veiller à son rétablissement.

La psychiatrie reste un domaine vaste et peu compris de tous. Il existe une nécessité de l'explorer pour permettre de continuer à améliorer les conditions de vie des patients, qui restent altérées encore de nos jours. En France, l'impact de la stigmatisation sur la vie des personnes concernées reste non négligeable et influe sur sa prise en charge. La question sur la manière à réduire cette stigmatisation est au cœur des discussions, et les nouvelles recherches et campagnes mises en place seraient susceptibles de l'induire.

## Bibliographie

---

[1] Jean Yves GIORDANA, « La stigmatisation en psychiatrie et en santé mentale », Éditions Masson, Extrait disponible sur Kindle emplacement 548 à 581, 2010.

Consulté le : 19/05/2021

[2] Erving GOFFMAN, « Stigmate, les usages sociaux des handicaps », Edition de minuit, 1975.

Consulté le : 23/04/2012

[3] Lionel LACAZE, « La théorie de l'étiquetage modifié ou l'« analyse stigmatique » revisitée », Nouvelle revue de psychosociologie, 2008/1 (n°5) pages 183 à 199, Mis en ligne le 26/06/2008. Disponible sur : <https://www.cairn.info/journal-nouvelle-revue-de-psychosociologie-2008-1-page-183.htm>

Consulté le : 05/05/2021

[4] Revue Médicale Suisse, « Le stigmate de la « folie » : de la fatalité au rétablissement », Charles BONSACK Stéphane MORANDI Jérôme FAVROD Philippe CONUS, 2013. Disponible sur : <https://www.revmed.ch/revue-medicale-suisse/2013/revue-medicale-suisse-377/le-stigmate-de-la-folie-de-la-fatalite-au-retablissement>

Consulté le : 27/05/2021

[5] EPSM de l'agglomération lilloise, « Le guide du patient et de son entourage ». Disponible sur : <https://www.epsm-al.fr/le-guide-du-patient-et-de-son-entourage/les-troubles-psychiatriques#faq-qu-est-ce-qu-un-trouble-psychiatrique>

Consulté le : 08/03/2021

[6] Plateforme de Concertation en Santé Mentale de la Province du Luxembourg, « Troubles et maladies ». Disponible sur : <https://www.platformepsylux.be/troubles-et-maladies/>

Consulté le : 23/04/2021

[7] Institut du Cerveau, « Les maladies psychiatriques ». Disponible sur : [https://institutducerveau-icm.org/fr/maladies-psychiatriques/?gclid=EAlaIQobChMI9N3Wovqi7wIVCJ7VCh2KTQo-EAAYASAAEgKJnPD\\_BwE](https://institutducerveau-icm.org/fr/maladies-psychiatriques/?gclid=EAlaIQobChMI9N3Wovqi7wIVCJ7VCh2KTQo-EAAYASAAEgKJnPD_BwE)

Consulté le : 08/03/2021

[8] Organisation Mondiale de la Santé, « Santé mentale : renforcer notre action », Aide-mémoire n°220, Septembre 2010.

Consulté le : 23/04/2021

[9] Santé mentale.fr, « La version française du DSM-5 est parue », 18/06/2015. Disponible sur : <https://www.santementale.fr/2015/06/le-dsm-v-est-paru/>

Consulté le : 21/05/2021

[10] AtouSanté.com, « Classement des troubles mentaux : DSM 5 », Marie-Thérèse GIORGIO, 21/02/2021. Disponible sur : <https://www.atousante.com/aptitude-inaptitude/aptitude-travail-pathologie/troubles-mentaux/classement-troubles-mentaux/>

Consulté le : 08/03/2021

[11] PSYCOM Santé Mentale Info, « Les troubles psychiques ». Disponible sur : <https://www.psycom.org/comprendre/la-sante-mentale/les-troubles-psy/>

Consulté le : 08/03/2021

[12] Encyclopédie de sécurité et de santé au travail, « Chapitre 5 – La santé mentale », Irene L. D. HOUTMAN et Michiel A. J. KOMPIER. Disponible sur : <http://www.ilocis.org/fr/documents/ilo005.htm>

Consulté le : 18/06/2021

[13] Enquête GMV Conseil pour le Syndicat Interhospitalier de Communication externe des hôpitaux spécialisés de Paris, Avril 1993.

Consulté le : 05/05/2021

[14] Gérard LOPEZ et Geneviève CEDILE, « Aide-mémoire – L'expertise pénale psychologique et psychiatrique », Collection Dunod, Avril 2014.

Consulté le : 21/05/2021

[15] L'encéphale, « Représentations sociales du « fou », du « malade mental » et du « dépressif » en population générale en France », ROELANDT J-L., CARIA A., DEFROMONT L, VANDEBORRE A., DAUMERIE N., 2010.

Consulté le : 18/06/2021

[16] Armus FINZEN, « Le stigmate : une « seconde maladie » ? », 2012/3 n°87 pages 121 à 131.

Consulté le : 25/05/2021

[17] Gérard AZEMARD, « Les traitements télévisés de la folie et l'avenir de la vidéocommunication locale », Regards sur la folie Investigations croisées des sciences de l'homme et de la société, L'Harmattan, 1993

Consulté le : 19/05/2021

[18] Via Storia Production, « Le psychiatre, la folie et le cinéma ». Disponible sur : <https://www.viastoria.com/nos-realizations>

Consulté le : 30/05/2021

[19] Contrôleur général des lieux de privation de liberté, « Identité professionnelle et psychiatrie », Les cahiers de la Verrière, Institut National Marcel Rivière, Journées d'études du DPRP.

Consulté le : 27/05/2021

[20] Conduites suicidaires.com, « Suicide : qu'est-ce que l'effet Werther ? », Estelle B., 29/05/2019. Disponible sur : <https://www.conduites-suicidaires.com/suicide-effet-werther/>

Consulté le : 31/05/2021

[21] Etzersdorfer, E., Sonneck G., « Preventing suicide by influencing mass-media reporting. The Viennese experience 1980-1996 », Archives of Suicide Research : 67-74, 1998.

Consulté le : 04/06/2021

[22] Jean Yves GIORDANA, « La stigmatisation en psychiatrie et en santé mentale », Éditions Masson, Extrait sur Kindle emplacement 639 à 743, 2010.

Consulté le : 19/05/2021

[23] Inserm, « La santé mentale et les addictions chez les personnes sans logement personnel d'Ile-De-France », Sous la direction d'Anne LAPORTE, 21/01/2010.

Disponible sur : <https://www.inserm.fr/rapport/la-sante-mentale-et-les-addictions-chez-les-personnes-sans-logement-personnel-dile-de-france-2010/>

Consulté le : 18/06/2021

[24] Aurore Association, « L'association Aurore, Héberger, Soigner, Insérer ».

Disponible sur : <https://www.aurore.asso.fr/association>

Consulté le : 25/06/2021

[25] Papageno, « Les bons mots pour favoriser l'entraide et l'accès aux soins ».

Disponible sur : <https://papageno-suicide.com/>

Consulté le : 31/05/2021

[26] EPSM Lille métropole, « Santé Mentale en population générale : Images et Réalités », Centre Collaborateur de l'Organisation Mondiale de la Santé pour la recherche et la formation en santé mentale. Disponible sur :

<https://www.ccomssantementalelillefrance.org/?q=content/santé-mentale-en-population-générale%C2%A0-images-et-réalités-smpg>

Consulté le : 04/05/2021

[27] Contrôleur général des lieux de privation de liberté, « Soins sans consentement et droits fondamentaux », Editions Dalloz, 17/06/2020. Disponible sur :

<https://www.cglpl.fr/2020/soins-sans-consentement-et-droits-fondamentaux/>

Consulté le : 29/06/2021

[28] Centre Hospitalier Gérard Marchand Toulouse et Haute-Garonne, « L'hospitalisation à la demande d'un tiers ». Disponible sur : [https://www.ch-marchant.fr/web/Gerard\\_Marchant/82-l-hospitalisation-a-la-demande-d-un-tiers.php](https://www.ch-marchant.fr/web/Gerard_Marchant/82-l-hospitalisation-a-la-demande-d-un-tiers.php)

Consulté le : 29/06/2021

[29] MACSF, « SDRE : Les soins sans consentement sur décision d'un représentant de l'Etat », Stéphanie TAMBURINI juriste, 05/03/2021. Disponible sur : <https://www.macsf.fr/responsabilite-professionnelle/Relation-au-patient-et-deontologie/soins-sur-decision-representant-etat#0>

Consulté le : 29/06/2021

[30] Légifrance, « Loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge », Journal officiel, 06/07/2011

Consulté le : 18/06/2021

[31] Haute Autorité de Santé, « Programme de soins psychiatriques sans consentement – mise en œuvre », 21/04/2021. Disponible sur : [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-04/programme\\_de\\_soins\\_psychiatriques\\_sans\\_consentement\\_guide.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-04/programme_de_soins_psychiatriques_sans_consentement_guide.pdf)

Consulté le : 25/06/2021

[32] Gérard MASSE, « La psychiatrie ouverte », Rapport au ministre de la santé, ENSP Editeur, 1992.

Consulté le : 14/05/2021

[33] Santé publique France, « Pourquoi et comment lutter contre la stigmatisation en santé mentale ? », Caria Aude, Arfeuillere Sophie, Vasseur bacle Simon, Loubieres Céline, Mis à jour le 05/07/2019. Disponible sur : <https://www.santepubliquefrance.fr/docs/pourquoi-et-comment-lutter-contre-la-stigmatisation-en-sante-mentale#:~:text=Des%20initiatives%20permettent%20de%20lutter,atteinte%20d'un%20trouble%20psychique.>

Consulté le : 10/03/2021

[34] Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, « Les patients suivis en psychiatrie », Edition 2020. Disponible sur : <https://drees.solidarites->

[sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-01/Fiche%2016%20-%20Les%20patients%20suivis%20en%20psychiatrie%20.pdf](https://sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-01/Fiche%2016%20-%20Les%20patients%20suivis%20en%20psychiatrie%20.pdf)

Consulté le : 04/06/2021

[35] F2RSM PSY, site internet. Disponible sur : <https://www.f2rsmpsy.fr/>

Consulté le : 27/05/2021

[36] Semaines d'information sur la santé mentale, site internet. Disponible sur : <https://www.semaines-sante-mentale.fr/>

Consulté le : 31/05/2021

[37] Le quotidien du médecin.fr, « Santé mentale : 3 associations se regroupent pour lutter contre la stigmatisation des malades », Coline GARRE, 28/06/2018. Disponible sur : <https://www.lequotidiendumedecin.fr/internes/etudes-medicales/sante-mentale-3-associations-se-regroupent-pour-lutter-contre-la-stigmatisation-des-malades#:~:text=Sant%C3%A9%20mentale%20France%2C%20l'Union,stigmatisation%20des%20personnes%20atteintes%20de>

Consulté le : 30/05/2021

[38] PSYCOM Santé Mentale Info, site internet. Disponible sur : <https://www.psycom.org/>

Consulté le : 05/06/2021

[39] FNAPSY, site internet. Disponible sur : <https://www.fnapsy.org/>

Consulté le : 05/06/2021

[40] Ministère des Solidarités et de la Santé, « Feuille de route Santé mentale et psychiatrie », Comité Stratégique de la Santé Mentale et de la Psychiatrie, 28/06/2018. Disponible sur : [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/180628\\_-\\_dossier\\_de\\_presse\\_-\\_comite\\_strategie\\_sante\\_mentale.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/180628_-_dossier_de_presse_-_comite_strategie_sante_mentale.pdf)

Consulté le : 10/03/2021

[41] Haute Autorité de Santé, « Programme pluriannuel – Psychiatrie et santé mentale 2018-2023 », Mis à jour 10/2020. Disponible sur : <https://www.has->

[sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-12/programme\\_pluriannuel -  
\\_psychiatrie et sante mentale 2018-2023 mise a jour.pdf](https://sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-12/programme_pluriannuel_-_psychiatrie_et_sante_mentale_2018-2023_mise_a_jour.pdf)

Consulté le : 17/06/2021

[42] Science Direct, « Réduire la stigmatisation des personnes souffrant de troubles psychiques par une campagne de communication ? Une synthèse de la littérature », Volume 171, Issue 2, Pages 77-82, 03/2013. Disponible sur : <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0003448712001552>

Consulté le : 08/03/2021

[43] Organisation Mondiale de la Santé, « Elargir l'accès aux soins pour lutter contre les troubles mentaux, neurologiques et liés à l'utilisation de substances psychoactives », mhGAP Programme d'action Comblent les lacunes en santé mentale, Inis Communication, 2008. Disponible sur :

[https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43976/9789242596205\\_fre.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43976/9789242596205_fre.pdf)

Consulté le : 04/06/2021.

[44] PRS Rhône Alpes, « Enquête sur les Centres Médico-Psychologiques (CMP) de la région Rhône-Alpes », Dr Sylvie YNESTA Anne-Sophie DANGUIN, 06/2015.

Disponible sur : [www.prs-](http://www.prs-rhonealpes.fr/fileadmin/Documents/Initiatives/Resultats_de_enquete_CMP062015.pdf)

[rhonealpes.fr/fileadmin/Documents/Initiatives/Resultats de enquete CMP062015.pdf](http://www.prs-rhonealpes.fr/fileadmin/Documents/Initiatives/Resultats_de_enquete_CMP062015.pdf)

Consulté le : 26/06/2021

[45] CAIRN.INFO, « Comment améliorer la coopération entre médecins généralistes et psychiatres ? », Marie-Christine HARDY-BAYLE Nadia YOUNES, Dans l'information psychiatrique, Volume 90, Pages 359 à 371, 2014/5. Disponible sur :

<https://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2014-5-page-359.htm>

Consulté le : 23/04/2021

[46] Ministère des Solidarités et de la Santé, « Mise en place d'un dispositif de soins partagés », Versailles et Toulouse. Disponible sur : [https://solidarites-](https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-des-patients-et-des-)

[usagers/projet-territorial-de-sante-mentale/illustrations/article/mise-en-place-d-un-dispositif-de-soins-partages](#)

Consulté le : 04/06/2021

[47] ARS Hauts-de-France, « Réforme du financement de la psychiatrie hospitalière », Lille, 16/09/2020. Disponible sur : <https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/system/files/2020->

Consulté le : 26/06/2021

[48] ARS Hauts-de-France, "Olivier Véran annonce une enveloppe de 60 millions d'euros dédiée à la psychiatrie », 07/01/2021. Disponible sur : <https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/olivier-veran-annonce-une-enveloppe-de-60-millions-deuros-dediee-la-psychiatrie>

Consulté le : 26/06/2021

## Table des annexes

---

Annexe 1 : Guides d'entretien semi-directif .....	94
Annexe 2 : Retranscription d'un entretien semi-directif avec une personne atteinte d'un trouble psychiatrique.....	96
Annexe 3 : Retranscription d'un entretien semi-directif avec un directeur d'établissements accueillants des personnes atteintes d'un trouble psychiatrique.	103
Annexe 4 : Exemple de mail envoyé aux personnes ciblées. ....	112
Annexe 5 : Questionnaire sur la stigmatisation de la population générale en France. .....	113

Annexe 1 : Guides d'entretien semi-directif

Contact	Personne atteinte d'un trouble psychiatrique
Présentation	<p>Bonjour, je vous remercie d'avoir accepté de participer à réaliser cet entretien. Avant toute chose, puis-je enregistrer notre conversation afin de pouvoir la retranscrire ?</p> <p>Je m'appelle Clara et je suis actuellement étudiante en deuxième année de Master Management Sectoriel à ILIS. Je vous ai convié aujourd'hui dans le cadre de mon mémoire de fin d'études, qui étudie l'impact de la stigmatisation sur la prise en charge des personnes atteintes d'une maladie psychiatrique en France. Cet entretien n'excédera pas 30 minutes en fonction de vos réponses et sera anonyme si vous le souhaitez.</p> <p>Lors de cet entretien nous aborderons 3 principaux thèmes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tout d'abord de la maladie dont vous êtes atteint</li> <li>- Puis la prise en charge que vous avez eue</li> <li>- Enfin le regard que porte la société actuelle sur vous</li> </ul> <p>Pour cela, j'ai créé un guide d'entretien composé de moins de questions.</p>
Thème 1 : La maladie et le diagnostic	<ul style="list-style-type: none"> <li>- De quelle maladie êtes-vous atteint ?</li> <li>- Comment avez-vous réagi lors du diagnostic de votre maladie ?</li> <li>- Quelle a été la réaction de vos proches lors de cette annonce ?</li> </ul>
Thème 2 : La prise en charge	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Comment avez-vous ressenti l'accompagnement que les professionnels de santé vous ont fourni à la suite de votre diagnostic ?</li> <li>- Estimez-vous avoir été bien accompagné ?</li> <li>- Comment aurions-nous pu vous accompagner d'une meilleure façon ?</li> </ul>
Thème 3 : Le regard extérieur	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Comment vous sentez vous face au regard des gens ?</li> <li>- Comment avez-vous envisagé votre retour au travail / Envisagez-vous un retour au travail ?</li> </ul>
Conclusion	<p>Cet entretien touche à sa fin, je vous remercie pour le temps que vous m'avez accordé et toutes les informations qualitatives que vous m'avez fournies. Celles-ci seront essentielles pour la suite de mon mémoire.</p> <p>Si vous souhaitez ajouter quelque chose sur nos sujets de conversations ce jour, je reste à votre entière disposition.</p> <p>Je vous souhaite une très bonne fin de journée / soirée.</p>

Contact	<b>Directeur établissement</b>
Présentation	<p>Bonjour, je vous remercie d'avoir accepté de participer à réaliser cet entretien. Avant toute chose, puis-je enregistrer notre conversation afin de pouvoir la retranscrire ?</p> <p>Je m'appelle Clara et je suis actuellement étudiante en deuxième année de Master Management Sectoriel à ILIS. Je vous ai convié aujourd'hui dans le cadre de mon mémoire de fin d'études, qui étudie l'impact de la stigmatisation sur la prise en charge des personnes atteintes d'une maladie psychiatrique en France. Cet entretien n'excédera pas 30 minutes en fonction de vos réponses et sera anonyme si vous le souhaitez.</p> <p>Lors de cet entretien nous aborderons 3 principaux thèmes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tout d'abord votre vision sur les maladies psychiatriques</li> <li>- Puis ce que vous avez mis en place dans votre établissement pour la prise en charge des personnes atteintes</li> <li>- Enfin comment envisagez le retour à domicile</li> </ul> <p>Pour cela, j'ai créé un guide d'entretien composé d'une dizaine de questions.</p>
Thème 1 : vision des maladies	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pouvez-vous me dire ce qu'est une maladie psychiatrique pour vous ?</li> <li>- En dehors de votre travail, avez-vous dans votre entourage une personne atteinte d'une maladie psychiatrique ?</li> </ul>
Thème 2 : prise en charge	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avez-vous organisé une prise en charge spécifique pour l'accueil de ces patients ?</li> <li>- Pensez-vous que les modalités de prise en charge actuelles doivent être modifiées à ce jour ?</li> </ul>
Thème 3 : orientation	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avez-vous mis en place une procédure spécifique pour la sortie de ces patients ?</li> </ul>
Conclusion	<p>Cet entretien touche à sa fin, je vous remercie pour le temps que vous m'avez accordé et toutes les informations qualitatives que vous m'avez fournies. Celles-ci seront essentielles pour la suite de mon mémoire.</p> <p>Si vous souhaitez ajouter quelque chose sur nos sujets de conversations ce jour, je reste à votre entière disposition.</p> <p>Je vous souhaite une très bonne fin de journée / soirée.</p>

Annexe 2 : Retranscription d'un entretien semi-directif avec une personne atteinte d'un trouble psychiatrique.

**Entretien avec Mme F, une dame atteinte de bipolarité :**

■ Clara

■ Mme F

■ Mari de Mme F

Clara : « Bonjour, dans un premier temps je me permets de vous demander si je peux enregistrer l'entretien ? »

Mme F : « Oui bien sûr, aucun souci. »

Clara : « Bon bah il n'y a pas de souci. Donc bonjour, bah déjà je vous remercie de participer à cet entretien. Donc je m'appelle Clara Bollengier, j'suis étudiante du coup en deuxième année de Master Management Sectoriel, et je vous ai convié aujourd'hui dans le cadre de mon mémoire de fin d'études du coup qui étudie l'impact de la stigmatisation sur la prise en charge des personnes atteintes d'une maladie psychiatrique en France. Donc comme je vous ai précisé l'entretien n'excèdera pas 30 minutes en fonction de vos réponses et sera anonyme. Du coup on abordera sujets, donc en premier la maladie dont vous êtes atteinte, ensuite la prise en charge que vous avez eue, et enfin le regard que porte la société sur vous actuellement. Du coup j'ai créé un guide d'entretien d'une dizaine de question du coup on va commencer par le premier thème, du coup votre maladie et le diagnostic. »

Mme F : « D'accord »

Clara : « Du coup premièrement, de quelle maladie êtes-vous atteinte ? »

Mme F : « Oui bien sûr la question ne se pose pas, enfin oui pour vous elle se pose. »

Clara : « Oui, Mme Lefebvre m'en a parlé mais je préfère quand même... »

Mme F : « Oui tout à fait oui oui bien sûr bien sûr bien sûr. Alors vous voulez que je vous donne le diagnostic ? »

Clara : « De quelle maladie vous êtes atteinte oui, le diagnostic. »

Mme F : « Et bien écoutez je suis, je suis... ça s'est déclaré vraiment durement à l'âge de 42 ans j'en ai 73 donc il y a 30 ans, depuis 30 ans et je n'ai eu le vrai diagnostic qu'il y a 1 ou 2 mois, alors bon. En France les diagnostics ne sont pas donné. Alors le vrai diagnostic bipolaire. »

Clara : « D'accord, mais du coup avant vous aviez un diagnostic qui était flou un peu ? »

Mme F : « Alors c'est plus que flou, j'étais toujours soignée pour la dépression. »

Clara : « D'accord. »

Mme F : « Parce que vous savez la bipolarité bon voilà, certainement je consultais quand j'étais dépressive je sais pas si c'est moi ou pas en tout cas là j'ai eu besoin de retourner chez un psychiatre, et là pour une fois j'ai eu un diagnostic. »

Clara : « D'accord. Et du coup comment avez-vous réagi lors de ce diagnostic ? »

Mme F : « Là cette fois-ci ? »

Clara : « Oui. »

Mme F : « J'étais pas contente. J'étais pas très contente parce que... pas très contente parce que bon... je ne sais pas... bipolaire je ne me voyais pas bipolaire... je dépense pas des sous, je vais pas... je ne suis pas... je ne suis pas alcoolique... tout. Vous voyez la stigmatisation c'est... J'essaye de vous montrer ma tête. »

Clara : « Il n'y a pas de soucis ne vous inquiétez pas. »

Mme F : « La stigmatisation elle est à plusieurs niveaux hein, même chez nous elle existe ! Donc pour moi bipolaire c'était quelqu'un qui avait des addictions, notamment là j'ai eu beaucoup de bipolaires qui étaient alcooliques donc non c'est... j'y suis pas. Mais bon j'avais d'autres addictions hein, si je suis très honnête mais bon voilà euh... moyen. »

Clara : « Oui du coup, vous ne vous y attendiez pas vraiment en fait ? »

Mme F : « Mais c'est-à-dire que... non je ne sais pas comment dire. J'étais à la fois contente et soulagée comme tout le monde mais en même temps bon... bah voilà. »

Clara : « Oui je comprends. Et du coup... »

Mme F : « Ça ne change rien à ma vie hein. »

Clara : « Oui oui c'est sûr ! Et quelle a été la réaction de vos proches lors de cette annonce du coup ? »

Mme F : « \*Se tourne vers son mari\* François ? Qu'est-ce que t'as dit quand je suis amenée et que j'ai dit que j'étais bipolaire ? »

Mari : « Bah que je m'en doutais un peu. »

Mme F : « Qu'il s'en doutait, voilà. »

Clara : « Donc ça a été une réaction assez positive ? »

Mme F : « Oui, moi j'aimais bien me dire, m'auto-diagnostiquer borderline mais à ce qui paraît borderline c'est pire que bipolaire alors maintenant je dis pu rien. J'aimais bien borderline, vous savez... je suis souvent sur la... sur la limite, c'est mon truc. Donc voilà. »

Clara : « D'accord, et du coup quand... on va parler un peu plus de la prise en charge. Déjà est-ce que la prise en charge est différente depuis que vous avez été diagnostiqué ou c'est toujours là même depuis ? »

Mme F : « Oui ! Nettement. »

Clara : « Elle a changé ? »

Mme F : « Aucune comparaison. Oui, il m'a donné tout de suite un médicament, enfin tout de suite il a pris du temps parce qu'il savait que j'étais réfractaire aux médicaments. Mais il m'a donné un médicament qui me convient très bien. »

Clara : « D'accord, du coup vous avez ressenti l'accompagnement des professionnels assez positive ? »

Mme F : « Ah ouais, ah oui, oui. Enfin il est exceptionnel mon psychiatre. »

Clara : « D'accord et en dehors de votre psychiatre est-ce que vous estimez être bien accompagné ? »

Mme F : « Oui oui ! »

Clara : « Oui très bien. »

Mme F : « Mais là j'y vais toutes les semaines quand même hein, là c'est dur alors donc j'y vais toutes les semaines. Après ça ira mieux certainement mais bon. »

Clara : « Mais ça reste encore, ça reste récent effectivement si ça que quelques mois. »

Mme F : « J'ai eu de la chance. »

Clara : « Et comment... »

Mme F : « J'avais senti qu'il fallait le faire aussi. »

Clara : « D'accord oui. Bah du moment que vous l'avez senti c'est le principal. Et comment auriez pu vous ou aurions pu nous améliorer l'accompagnement ? »

Mme F : « Oh bah dès le début diagnostiquer que je n'étais pas dépressive mais bipolaire, oui ça aurait été beaucoup plus intelligent. Ça m'aurait évité 30 ans de vie chaotique... »

Clara : « Oui effectivement. »

Mme F : « Et de souffrance, 30 ans de souffrance. »

Clara : « Mais vous aviez le même psychiatre ? »

Mme F : « C'est particulier hein. »

Clara : « C'est le même psychiatre que vous avez consulté ? Non ? »

Mme F : « Non. J'ai cherché un psychiatre que je ne connaissais pas comme je connais tous ceux sur Paris. J'étais très embêté je ne voulais pas aller dévoiler ma vie et me déshabiller devant, enfin déshabiller psychiquement, devant un psychiatre avec qui je travaille. »

Clara : « D'accord, oui. »

Mme F : « Donc j'ai trouvé par hasard ce psychiatre et j'ai eu de la chance. Mais il n'y a pas de hasard. »

Clara : « D'accord. Bah du coup justement on va parler du coup un peu du regard extérieur, notamment comme vous aviez dit que vous ne vouliez pas vous déshabiller psychiquement devant quelqu'un que vous connaissiez. Comment vous vous sentez face au regard des gens du coup maintenant ? »

Mme F : « Alors comment je peux vous dire... je n'ai pas, je n'ai pas honte d'être malade ma mère était malade, ma sœur l'est, mes deux sœurs le sont. Non non j'ai pas du tout honte d'être malade mais dans mon travail, je n'ai jamais pu dire que j'avais subi la maladie mentale. Si j'avais dit que je subissais la maladie mentale... je perdais mon boulot. »

Clara : « D'accord... »

Mme F : « Comme je travaille encore pour un an, vous voyez à peu près. Donc je me suis toujours démerdé, d'abord je travaille sous mon nom de jeune fille. Première chose, et je me suis toujours débrouillée pour ne pas, ne pas être démasqué. »

Clara : « D'accord. »

Mme F : « C'est-à-dire quand je passe à la télé ou enfin quand je passais à la télé ou quelque chose comme ça, je fais très attention. Et un jour ça m'a beaucoup marqué, beaucoup choqué, beaucoup blessé... je suis arrivée le lendemain d'une émission de télévision assez tard chez un professionnel et... c'était une dame et elle m'a dit « ah madame, madame DELEU parce que je travaille sous le nom de madame DELEU. Madame DELEU, qu'est-ce que je vous admire de vous occuper de ces gens-là. » Et je n'ai pas pu lui répondre je suis fait partie de ces gens-là. Je n'ai pas pu lui dire et ça m'a blessé pour le restant de mes jours. Parce que je n'ai pas pu lui dire, ce n'est pas que je n'ai pas eu le courage c'est que si je le disais je perdais mon boulot immédiatement. »

Clara : « Et vous faites quoi comme travail exactement ? »

Mme F : « Je suis assistante commissaire aux comptes je contrôle les comptes d'administrateurs de biens et de, et de mandataires liquidateurs donc des juristes. »

Clara : « D'accord et du coup c'est vraiment... Comment savez-vous que vous perdriez votre travail si jamais... »

Mme F : « Ah oui, oui ! Mon patron le savait, tout le monde le sait oui oui. D'ailleurs personne à part mon patron ne savait vraiment que... que j'étais malade. Et puis même vous savez dans le boulot que je fais, enfin, je continue mon travail je fini l'année prochaine, mais dans le mon engagement militant de psychiatrie, j'ai beaucoup de gens en face de moi qui m'ont dit « mais toi t'es pas malade » ou « vous n'êtes pas malade ». Ils ne voient pas l'envers du décor. »

Clara : « Vous militez depuis que vous êtes malade vraiment ou avant vous y avez, vous y intéressiez déjà ? »

Mme F : « Non je milite depuis... 98, 2008, 2018... un peu plus de vingt ans pas loin, pas loin. »

Clara : « Je suis née en 98 donc 23 ans. »

Mme F : « Voilà vous avez l'âge exact. Je milite depuis 98 un petit peu avant mais c'était très, très léger. Je me suis fait prendre par mon psychiatre de l'époque, je me suis fait prendre dans un engrenage... voilà. Mais j'ai toujours été la défenseuse ou la défenseur... d'abord c'était quand j'étais jeune c'était les bébés phoques hein, la SPA. Après j'ai défendu les personnes âgées, j'ai toujours défendu les personnes vulnérables. »

Clara : « Oui, d'accord. »

Mme F : « Puis je suis d'une famille de personnes, ma tante qui m'a élevé était schizophrène, donc voilà. J'ai toujours... »

Clara : « Donc vous n'avez pas vraiment d'aprioris sur ces maladies. »

Mme F : « Non je n'avais pas d'aprioris mais j'étais pas... Je pensais pas défendre, défendre à ce point les personnes concernées. »

Clara : « D'accord et du coup comment vous avez envisagé un peu le retour au travail quand vous avez appris le diagnostic ? »

Mme F : « Alors quand j'ai d'abord, alors la oui... attendez je suis tombée malade à 42 ans. Enfin je suis malade, malade avec des médicaments pour la dépression qui m'ont fait prendre 60 kilos. Bon, que j'ai reperdu après par un by-pass quand j'étais mieux, j'ai fait un, j'étais obligée de faire un by-pass... Comment j'ai... Et bah... J'ai eu 10 ans de vie que je me n'en rappelle pas hein. Enfin au moins 2 ans que je ne me rappelle pas et puis 10 ans... Et après bah comme j'ai essayé de suivre des... une formation à 40 et quelques années. Et puis de formation en formation j'ai trouvé ce travail et puis voilà j'ai continué. Qui me convenait bien parce que c'est un travail par morceau, c'est-à-dire que je travaille du 1<sup>er</sup> janvier au 15 mars et du 1<sup>er</sup> juillet au 15 septembre. J'ai,

je fais des contrôles biannuels chez ces personnes. Donc évidemment du 1<sup>er</sup> janvier au 15 mars je suis très occupée du 1<sup>er</sup> juillet au 15 septembre c'est pas grave c'est les vacances, je suis très occupée. Mais après je suis tranquille. »

Clara : « D'accord donc vous avez un peu de temps pour vous quand même. »

Mme F : « Voilà, le temps pour le militantisme. »

Clara : « Bah c'est pour vous, c'est votre choix donc c'est... »

Mme F : « Oui c'est pour moi quelque part c'est moi que je défends bien sûr. »

Clara : « D'accord mais du coup la dernière question c'est est-ce qu'actuellement vous êtes heureuse dans votre vie ? »

Mme F : « Oui je... je suis équilibrée, heureuse bah oui on est heureux tout le temps qu'on peut mais équilibrée... le fait de savoir qu'on est malade c'est indispensable, c'est indispensable parce que sinon on est dans le déni de la maladie on se sent tout seul. On se dit je ne suis pas normal alors que quand vous êtes malades, vous avez les autres qui sont pareil autour de vous vous savez très bien que vous faites partie d'un groupe qui subit cette maladie. Oui... moi je suis très bien. C'est un peu fatiguant je voudrais bien lâcher un peu le militantisme vu mon âge mais ça mis à part c'est très bien. »

Clara : « Oui il y a eu réellement un avant et après le diagnostic. »

Mme F : « Ah oui ! Oui oui, c'est terrible quand vous êtes, quand vous êtes malade que vous ne savez pas que, qu'on vous donne des médicaments qui vous font grossir, qu'on vous dit c'est pas grave, qu'on vous laisse moi j'étais arrivée dans une chaise roulante quand même... Donc non non non c'est équilibré. C'est très bien, je suis comme les autres. A dire comme vous c'est peut-être, je connais pas votre vie mais ça va. C'est bon. »

Clara : « D'accord bon bah c'est le principal ! »

Mme F : « Puis bon il y a le covid, il y a la tristesse il y a tout ça mais bon je fais avec oui. »

Clara : « On espère que ça ira mieux quand même ça. »

Mme F : « Oui et pouvoir sortir vous les jeunes un peu plus. »

Clara : « Bah il n'y a pas que nous ! Même vous c'est plus agréable de sortir quand même. »

Mme F : « Oui mais c'est les jeunes qui ont été le plus impacté nous semble-t-il. »

Clara : « Oui mais bon. »

Mme F : « Bon c'est un jugement qui n'appartient qu'à moi. »

Clara : « Oui. Bon bah en tout cas je vous remercie beaucoup pour le temps que vous m'avez accordé et les informations que vous m'avez fournies, elles sont vraiment essentielles pour mon mémoire. »

Mme F : « Et puis bon courage. »

Clara : « Et si jamais vous avez quelque chose à rajouter sur notre conversation je reste à votre disposition il n'y a pas de souci. »

Mme F : « D'accord merci beaucoup et bon courage. »

Clara : « Merci, bonne journée à vous. »

Mme F : « Merci au revoir. »

Clara : « Au revoir. »

Annexe 3 : Retranscription d'un entretien semi-directif avec un directeur d'établissements accueillants des personnes atteintes d'un trouble psychiatrique.

**Entretien avec M. Devriendt, directeur général du groupe AHNAC :**

■ Clara

■ M. Devriendt

M. Devriendt : « Ravi de vous rencontrer et donc je suis à votre disposition pour vous apporter ma contribution. Remettez-moi peut être juste dans le contexte de l'étude que vous réalisez ? »

Clara : « Je suis actuellement étudiante en deuxième année de Master Management Sectoriel et dans le cadre de mon Master, je dois réaliser un mémoire de fin d'études. Du coup j'étudie l'impact de la stigmatisation sur la prise en charge des personnes atteintes d'un trouble psychiatrique en France, je suis suivie par le Docteur Martine LEFEBVRE qui est ma directrice de mémoire et qui m'a donc fourni vos coordonnées. Los de notre entretien nous allons aborder essentiellement trois thèmes, donc en premier lieu votre vision sur les maladies psychiatriques, vision vraiment personnelle, après ce qui est mis en place dans vos établissements pour la prise en charge de ces personnes et enfin le retour à domicile qui est envisagé lorsqu'elles sont dans votre structure. »

M. Devriendt : « Ok, ok. Et le Master que vous évoquez donc Management Sectoriel, il est centré sur la psychiatrie ou pas seulement ? »

Clara : « Non pas du tout, c'est vraiment centré sur le management des établissements sanitaires et médico-sociaux. Là par exemple je suis en stage de fin d'études dans un EHPAD. Mais c'était un choix personnel de m'orienter vers la psychiatrie parce que c'est vraiment un domaine qui m'intéresse, malheureusement je n'ai pas eu l'opportunité d'avoir un stage là-dedans parce que depuis l'année dernière j'ai intégré le groupe Colisée en stage donc ils ont souhaité continuer. Mais potentiellement j'aimerais à terme travailler dans une structure accueillant des personnes psychiatriques. »

M. Devriendt : « D'accord, ok. Bon, vous avez connu Martine LEFEBVRE comment ? »

Clara : « Alors c'est M. WOCH, je ne sais pas si vous connaissez Stanislas WOCH ? »

M. Devriendt : « Oui oui »

Clara : « En fait c'est lui qui dirige notre Master et il nous a donné quelques noms, dont docteur LEFEBVRE. Après, elle a fait une intervention pour nous présenter un cours et je lui ai demandé. Depuis, on échange ensemble dessus. »

M. Devriendt : « D'accord, ok. M. W. WOCH est en fait un ancien de l'AHNAC, du groupe que je dirige maintenant qu'il a quitté avant que j'arrive donc c'est bien plus ancien. Mais voilà on a un passé commun dans la même institution. »

Clara : « Oui il nous en a déjà parlé. Et bien il a un très bon CV on va dire M. WOCH. »

M. Devriendt : « Oui, il a un peu d'expériences effectivement. Alors, vous avez des questions plus précises ou je me lance simplement ? »

Clara : « Oui, et bien je vais vraiment premièrement vous demander concernant votre vision des maladies psychiatriques, est-ce que déjà en dehors de votre travail vous avez dans votre entourage une personne qui est atteinte d'une de ces maladies ou d'un trouble ? »

M. Devriendt : « Que je réfléchisse... écoutez, pas directement. Pas directement, si ce n'est, mais oui c'est déjà un début de maladie, effectivement, alors pas en contact direct, mais en contact indirecte avec un jeune homme de 20-25 ans qui effectivement souffrait sans doute de dépression donc ça a été sur un plan plus personnel ma seule expérience de ce type de situation. Bon après ça restait, c'est déjà un problème bien sûr, mais juste de la dépression je ne sais pas comment elle est qualifiée sévère pas sévère. Remarquez maintenant que vous le dites j'ai aussi une de mes connaissances qui souffre de bipolarité, donc finalement oui en y réfléchissant ça fait deux expériences lointaines. »

Clara : « D'accord oui. Et du coup qu'est-ce que représente pour vous une maladie psychiatrique ? »

M. Devriendt : « Alors, je dois dire que c'est, mis à part ces deux expériences mais ce ne sont pas des expériences c'est juste des personnes de qui je n'étais pas très proches, mais je dois dire qu'avant d'arriver dans le groupe AHNAC que je dirige maintenant depuis deux ans et demi. J'ai un long passé de direction d'établissements de santé mais plutôt dans le secteur privé lucratif, les grands groupes de santé Général de Santé, ELSAN etc. Et je dois dire que la psychiatrie, c'est pas du tout, je travaillais plutôt dans des établissements qui faisaient de la médecine, de la chirurgie, maternité, soins de suite etc. Mais pas du tout la psychiatrie donc j'ai un peu découvert ça en arrivant à l'AHNAC et forcément même si votre question là c'est plutôt ma vision, elle n'est pas forcément liée au fait qu'on est aujourd'hui en activité d'offres de soins en psychiatrie. Mais ma vision s'est sans doute un peu affinée en m'y intéressant, ce qui n'était pas forcément le cas par le passé. Ce que je peux en dire aujourd'hui c'est que je pense que la palette de pathologies qui relèvent est énorme et effectivement entre parler de dépression, de troubles cognitifs, de psychoses, de névroses, finalement nous sommes sur des sujets qui sont très différents. Je pense que c'est probablement un secteur d'activité où les besoins sont très importants et où il y a encore, dans tous les domaines il y a des choses à faire pour améliorer le système de santé, mais en matière de psychiatrie il y a vraiment en fait, c'est dans tous les cas un sujet où on sent qu'il y a vraiment des besoins de développer des choses nouvelles ou dans tous les cas d'avancer des prises en charge et plus on peut faire d'ailleurs de suivis ou de dispositifs peut être un peu de prise en charge assez précoce, plus on évitera

j'imagine, après je ne suis pas médecin, mais plus on évitera des situations qui se dégradent ou plus compliqué à résoudre. »

Clara : « Oui c'est ça. Oui en fait il faut prendre en charge la maladie au plus tôt pour éviter qu'elle dégénère. Comme tout type de maladies finalement. »

M. Devriendt : « Oui comme beaucoup de choses finalement, moi par exemple un domaine où je, encore une fois je vous parlerais de ce qu'on fait en psychiatrie à l'AHNAC, mais un domaine où on est parfois à la limite entre ce qu'il relève de la psychiatrie et ce qu'il relève de simplement la gériatrie, nous on a un gros pôle de gériatrie au sein d'un établissement du groupe AHNAC, et donc on est confronté à tout ce qui est les troubles cognitifs lié simplement à l'âge, la dégénérescence et on s'approche de ces domaines qui relèvent de la psychiatrie. Ce que je veux dire par là c'est qu'on se rend bien compte, mais c'est vrai sans doute dans d'autres domaines, mais que les frontières entre une pathologie et une autre ou un état et un autre ne sont pas très marqués. Donc ça c'est un peu le déni, voilà à un moment donné on se retrouve un peu dans des situations qui relèvent un peu de la psychiatrie, un peu du social, un peu de problématique qui relève d'une addiction. Ce que je veux dire c'est que c'est parfois un peu difficile de faire rentrer les sujets dans des cases très précises, d'où l'importance d'ailleurs d'avoir des approches un peu globales. Mais voilà dans tous les cas la psychiatrie ou ce qui relève de la psychiatrie, est plutôt à mon sens quelque chose où les besoins sont croissants en fait. Est-ce que c'est révélateur d'un mal de la société je ne sais pas mais dans tous les cas on sent qu'il y a vraiment des besoins de travailler une offre de soins pour l'améliorer, pour la généraliser, pour la rendre encore plus déficiente même s'il y a déjà pleins de choses super qui existent.

Clara : « Oui je comprends oui. Et du coup est-ce que vous vous avez organisé une prise en charge spécifique pour les personnes atteintes de troubles dans vos établissements ? »

M. Devriendt : « Oui, alors ce qu'il faut savoir en matière de psychiatrie, ça vous devez connaître ça, mais il y a ce qu'on appelle la psychiatrie, en fait en France la psychiatrie est organisée en secteur et après vous avez les cliniques, les établissements qui font de la prise en charge psychiatrique mais pas dans le cadre de l'organisation publique de la psychiatrie en France, qui se divise en fait les territoires en secteurs. Nous on gère, donc à l'AHNAC on est une, vous connaissez les trois statuts qu'il y a dans le secteur de la santé, je parle que du sanitaire je ne parle pas du médico-social que je vais présenter après, donc au niveau sanitaire on a l'hôpital public, vous avez les cliniques privées qui sont des sociétés commerciales et vous avez en fait au milieu de tout ça un monde associatif ou des fondations ou des choses comme ça, qui sont ce qu'on appelle le privé solaire ou le privé à but non lucratif et nous on relève de ce statut-là. Donc l'AHNAC c'est à la base un ensemble d'établissements sanitaires et médico-sociaux qui sont issus du régime minier, ils sont essentiellement positionnés sur le bassin minier du Pas-de-Calais et un peu dans le Nord. Et en fait ce sont ces régimes qui avaient, à l'époque les mineurs avaient toute une palette de services qui a été développé juste pour cette population-là, ils avaient leurs pharmacies minières, leurs médecins minières, leurs centres de santé, leurs cliniques, etc. Et nous on est un peu, bien sûr maintenant nos activités sont depuis des années pas dédiées aux mineurs, il n'y en a plus de mineurs d'ailleurs, mais nos origines sont celles-là. En tant que, on appelle ça ESPIC établissements privés d'intérêts collectifs je ne sais plus ce

que veut dire le S mais peu importe donc on va dire privé solidaire privé non lucratif, font partie au service public hospitalier au même titre que les hôpitaux publics. Et dans ce cadre-là, on est l'un des rares ESPIC je crois qu'on est le seul dans la région des Hauts-de-France à gérer un secteur de psychiatrie publique comme les hôpitaux. On est l'équivalent en fait sur un secteur dans le Pas-de-Calais d'un EPSM. »

Clara : « D'accord. »

M. Devriendt : « Et donc à ce titre-là, on a toute une palette de dispositifs avec deux CMP, donc les centres de consultations médico-psychologiques, ensuite on a bien sûr des lits d'hospitalisation complète mais on a aussi un hôpital de jour, on a aussi ce qu'on appelle un centre postcure, on fait de la réhabilitation psycho-sociale, on a des appartements thérapeutiques, on a en fait une équipe d'infirmières qui se déplace aussi au domicile des patients pour les évaluations. Donc en gros on a un outil, d'ailleurs Martine LEFEBVRE qui nous connaît bien nous dit souvent qu'il n'y a pas beaucoup de secteurs qui ont une palette aussi large que la nôtre, parce que c'est un peu historique. »

Clara : « Oui elle m'en parlé oui. »

M. Devriendt : « Voilà, on a une palette de dispositifs qui nous permet de placer en fait les patients dans le bon dispositif, là où on sait que, alors c'est dépendant du passé mais parfois, comment dire, on a tendance à garder trop longtemps les gens en hospitalisation complète alors que ce n'est pas le dispositif qui est plus adapté pour eux. Ça je vous parle de ça il y a sans doutes des années aujourd'hui la psychiatrie de secteur elle a évolué, on ne regarde pas le nombre d'hospitalisation qu'on fait ou le nombre de séjours en appartements thérapeutiques ou en centre de postcure. L'important c'est le nombre de patients qu'on prend en charge quel que soit le dispositif de prise en charge, idéalement d'ailleurs si on pouvait hospitaliser le moins de gens possibles et les suivre plutôt en mode ambulatoire, d'en laisser dans les CMP c'est mieux finalement. On ne doit hospitaliser finalement que des patients un peu aigus dans des situations un peu critiques et souvent ce qui nous arrive par les services d'urgences, par l'arrivée par les services d'urgences. Quand vous êtes en fait titulaires d'un secteur de psychiatrie, vous avez sur votre secteur probablement des établissements avec des services d'urgences et vous avez une mission c'est d'assurer une liaison avec ces services d'urgence et donc vous allez leur apporter un concours en compétences psychiatriques ou psychologiques, ça peut être des médecins des infirmières, pour les aider à gérer des situations qui relèvent à priori de la psychiatrie mais c'est le psychiatre qui sera appelé pour évaluer un patient qui est arrivé aux urgences, il ne parlera pas du tout de la prise en charge somatique, mais dans tous les cas c'est lui qui évaluera s'il y a besoin ou pas d'une hospitalisation, c'est lui qui jugera en fait du dispositif adapté pour le patient. Et alors dans une psychiatrie de secteur parmi les choses importantes, ce qu'on fait beaucoup c'est, nous on a quand même beaucoup une part sur la partie hospitalisation complète une part importante de soins sous contraintes, ça veut dire vraiment que c'est le tribunal qui nous place des patients qui sont, là part contre... »

Clara : « Qui ne sont pas capables de savoir s'ils ont besoin de soins, ils ne sont pas conscients de leurs troubles. »

M. Devriendt : « Oui voilà c'est ça exactement. Et donc, je dois dire en ce sens, mis à part qu'on a la chance d'avoir un outil qui est assez complet, on vient d'ailleurs récemment d'obtenir une nouvelle autorisation pour développer uniquement de l'hospitalisation à temps partiel de nuit, ça c'est typiquement par exemple adapté à des gens, je vais prendre le cas d'étudiants mais ça ne marche pas que pour les étudiants mais qui à un moment donné voilà, ils sont un peu déracinés loin de chez eux avec des contextes covid comme ça c'est compliqué, il y a des gens qui décrochent et simplement si on ne prend pas le truc assez tôt, ils risquent de décrocher complètement alors que en étant suivi uniquement le soir et en passant la nuit dans un établissement avec tout ce qui va bien autour, ça permet d'essayer de rompre, de préserver le parcours, que ce soit un parcours d'études ou un parcours professionnel. Ce qui est vraiment intéressant je pense dans la psychiatrie c'est d'avoir et de pouvoir mobiliser les dispositifs qui sont adaptés à chaque situation. Et nous on essaye notamment de travailler avec des thématiques, quand on parle de prise en charge ambulatoire c'est bien sûr pas la même pour tout le monde, on a un programme psychiatrie de justice, on a un programme psychiatrie adolescent, on a un programme plutôt périnatalité, enfin vous voyez. »

Clara : « Oui, spécifique à chaque personne. »

M. Devriendt : « Ouais c'est ça exactement. Mais dans tous les cas je confirme qu'on voit que les besoins sont vraiment importants et oui ce que je voulais dire c'est que, parce que votre question c'était aussi est-ce que vous développez des choses particulières, en fait on essaie juste de remplir notre mission de service public sur un secteur, c'est-à-dire que, en fin de compte on a la chance d'avoir une palette de dispositifs mais on a sans doute rien de particulièrement original, on gère comme tous les secteurs devraient le gérer un secteur de psychiatrie public. Et là la tendance effectivement, des prises en charge le plus possible ambulatoire et des suivis CMP, des visites à domicile et moins d'hospitalisation possible. »

Clara : « D'accord, et vous pensez que les modalités de prise en charge peuvent être améliorés à ce jour encore ou alors c'est vraiment suffisant pour vous ? Parce qu'il y a vraiment une évolution depuis quelques années, notamment par, enfin on a un peu compris que c'était des vraies maladies et pas simplement des personnes qui étaient folles finalement. Voilà, est-ce que pour vous il y a encore des évolutions à avoir notamment dans la prise en charge. »

M. Devriendt : « Alors, je pense que quand on est impliqué dans une offre de soins en santé mentale, on est bien conscient de tout ça. Et donc je pense, les établissements ont fait beaucoup de progrès, comment dire, sans doutes ces dernières années. Ce que vous évoquez c'est peut-être essentiellement plus une conscience collective mais qui va au-delà des établissements de santé mentale, parce que cette conscience était déjà présente en bas de chez nous. Après, oui je pense qu'il y a forcément, ce serait extrêmement présomptueux de penser qu'on a fait tout ce qui fallait faire et qu'il n'y a plus grand-chose à faire pour améliorer la prise en charge. Pour citer simplement, des exemples mais je pense qu'il y a beaucoup de choses à faire en matière de prévention, et souvent les établissements de santé de manière générale font du soin mais peu de prévention principalement parce que les problèmes de financement se posent, la prévention n'est pas bien financée en fait, vous avez parfois des programmes spécifiques vous répondez à un appel à projet lancé par l'ARS ou autre, mais vous

n'avez pas de garanti de pérennité de financement dans le temps. Donc ça freine un peu les vénérités des établissements de santé de s'impliquer durablement dans la prévention, mais je pense que pour améliorer la Santé Publique c'est vraiment un champ qu'il faut développer. Alors ça bouge et il y a une direction de prévention à l'ARS, il y a des territoires qui sont jugés prioritaires, il y a beaucoup beaucoup d'appels à projet donc ce que je dis c'est surtout une évidence, mais il y a encore à mon avis des marges de progrès à ce niveau-là. Après je parle d'une manière générale il y a aussi des marges de progrès dans la coordination des acteurs entre eux, on parlait tout à l'heure d'approche un peu globale, à un moment donné il faut savoir mobiliser l'acteur très spécialisé qui aura une valeur ajoutée à intervenir à tel moment de la prise en charge et ça implique effectivement d'avoir des réseaux, dans tous les cas avoir fait des partenariats avec les autres acteurs du territoire, ça peut être des addictologues, des travailleurs sociaux qui sauront à un moment donné intervenir là où c'est nécessaire ce qui implique vraiment finalement les médecins aujourd'hui au cadre des spécialistes, sont vraiment aussi des organisateurs, les médecins et les soignants et professionnels de santé, sont des organisateurs de parcours patient. Par exemple sur le plan de la psychiatrie pure, à un moment donné vous ne faites pas de bien à un patient si vous le gardez trop longtemps un patient qui s'améliore, je parle de ça avec un langage non médecin, si son état s'améliore si vous le laissez à côté de patients qui ne vont pas bien du tout vous ne lui rendez peut-être pas service. Donc il faut être capable effectivement de le transférer dans des structures qui accueillent peut-être des situations plus stabilisées et tout ça, alors c'est encore une fois ça se met en place vous avez sans doutes entendu parler des communautés professionnelles de territoire en santé mentale et puis des projets territoriaux de santé mentale, tout ça c'est des choses qui visent à réfléchir collégialement sur une prise en charge globale sur un territoire donné plutôt que chacun effectivement travailler en solo dans son coin et donc c'est des bonnes tendances maintenant pour autant en fait il reste sans doutes encore beaucoup les projets territoriaux de santé mentale, voilà on les a collectivement établis ces dernières années, ils viennent d'être validés par les ARS maintenant faut les mettre en musique. Mais oui je dirais ça je pense d'une manière générale dans la coordination des acteurs, dans l'organisation de parcours les plus adaptés, je pense qu'effectivement il y a sans doutes encore des choses à faire. Après on est, pour vous dire les choses comme je les pense, mais on est sur des secteurs et notamment la psychiatrie, pas que mais notamment quand on parle de médecine, on est très dépendant entre guillemets de la situation du marché si je puis dire, quand je dis la situation du marché c'est que la plupart des établissements de santé mentale actuellement manque de psychiatre, donc on essaie de faire aussi parfois avec des modes un peu dégradés, alors c'est comme ça que naissent des initiatives comme les cinq dernières domotiques avancées etc. Mais voilà parfois on rêverait d'un idéal et on n'arrive pas à le déployer tout simplement parce qu'on n'a pas tout à fait les ressources adéquates à défaut de les trouver quoi. »

Clara : « Oui je comprends. Et d'ailleurs justement quand vous parlez de ces lacunes de psychiatres, il y a vraiment un des axes d'amélioration c'est le délai d'attente de prise de rendez-vous et de prise en charge hors urgences du coup. Est-ce que vous avez quelque chose pour remédier à ces délais de prise en charge qui peuvent être parfois longs ? »

M. Devriendt : « Je pense mais alors là je ne suis pas assez sur le terrain pour vous dire comment ça se passe chez nous. Mais je pense dans tous les cas que, enfin je

ne saurais pas vous dire de combien il est chez nous actuellement, mais on s'efforce quand même de comment dire, de peut-être s'organiser et de réserver des créneaux de telle sorte que voyons je ne remplis pas tout histoire que ce soit, on se laisse un peu de mou histoire que ce soit toujours accessible à des gens qui en ont besoin, mais on a quand même cette problématique-là. Après c'est peut-être quand même le principe de la psychiatrie de secteur, c'était de mobiliser en fait on va dire des compétences en psychiatrie pour un secteur géographique donné et théoriquement il y a un peu une adéquation entre la population du secteur, chez nous ça doit être à peu près je crois 80 000 personnes sur une dizaine de communes, il y a des secteurs plus grands, géographiquement on est moins dense en population. Et encore il y a toujours une certaine, quand on y arrive, mais une certaine corrélation entre le besoin établis sans doute un peu sur des bases statistiques et les moyens qui sont mobilisés en fait. Un secteur qui ferait le double du notre en terme de population devrait avoir plus de ressources en psychiatrie que nous par exemple. »

Clara : « Ce qui serait logique. »

M. Devriendt : « Et après une chose aussi vraiment qui comment dire, nous on a la chance à l'AHNAC d'être encore une fois un groupe multi activités : du SSR, de la chirurgie, de la médecine, des EHPAD, un centre d'addictologies, etc. Donc je m'efforce beaucoup de travailler la transversalité, les parcours patient mais voilà on a la chance, bon ce n'est pas uniquement au sein de notre institution c'est aussi avec les partenaires extérieurs mais je crois vraiment beaucoup en le côté synergique qui peut y avoir entre les prises en charge complémentaires. Pour vous donner une idée, c'est pas complètement innocent mais juste à côté du centre de la clinique psychiatrique qu'on a donc elle est à Bully-Les-Mines, on en fait un EHPAD qui est spécialisé dans la maladie d'Alzheimer. Et donc voilà c'est avec des unités, bien sûr il y en a dans la plupart des EHPAD des unités de vie Alzheimer, mais au-delà de ça nous on a des unités d'hébergement renforcé. Pareil, c'est vraiment très sécurisé parce que c'est pour les patients âgés qui sont en EHPAD mais dans des états... »

Clara : « Qui ont besoin de suivi particulier oui. »

M. Devriendt : « Voilà qui sont comment dire, très avancés en fait. Mais voilà il y a certaines synergies qui peuvent s'opérer entre les équipes côté sanitaire et côté médico-social. »

Clara : « Ok. Et concernant du coup la sortie ou le retour à domicile des personnes lorsque ce n'est pas en ambulatoire ou alors la fin du suivi qui est spécifique. Est-ce que vous avez mis en place des procédures spécifiques pour qu'elles se passent le mieux possible ? »

M. Devriendt : « Oui ! Alors enfin, encore une fois là c'est pareil hein moi à l'échelle du groupe en fait je, forcément il y a des choses qui sont mises en place que je ne connais d'ailleurs pas forcément. Mais je dirais que pour moi le principal, comment dire, atout pour une sortie réussie c'est déjà de l'avoir vraiment bien préparée, elle ne sert pas à avoir sous-estimé un des aspects : le logement, l'environnement, la famille, la réinsertion professionnelle etc. Et puis, encore une fois je vous dis ça un médecin vous le dirait sans doute bien mieux que moi mais je pense une sortie c'est à fortiori en fait dans le secteur de la santé mentale, c'est vraiment un projet en tant que tel, donc ça

se prépare, ça se travailler, ça se... Et puis donc première chose importante la préparation et deuxième chose importante à mon sens le suivi en fait. C'est tout l'intérêt, et ça marche plutôt bien chez nous d'avoir une équipe de soignants, de professionnels qui se déplacent au domicile des patients et qui peuvent assurer un suivi, s'assurer effectivement que ça se passe comme on avait prévu que ça se passe et si ce n'est pas le cas remobiliser le dispositif adéquat pour reprendre en charge le patient. Mais voilà ce qui ne faut surtout pas penser c'est que, même s'il y a peut-être des situations où ça existe, mais dans tous les cas c'est pas juste en fait un épisode tiens on va pas bien on est hospitalisé et c'est fini, non c'est des trucs quand même un peu au long court, les choses doivent vraiment bien s'accompagner si je puis dire. »

Clara : « Oui, je vois d'accord. Et bien écoutez pour moi j'ai posé toutes les questions que j'avais besoin, est-ce que vous avez des choses à rajouter particulières ? »

M. Devriendt : « Non, bah écoutez non non. Encore une fois je suis pas sûre mais si ça vous va tant mieux, je ne suis pas sûre de vous avoir appris grand-chose parce que, comment dire, même si c'est un sujet extrêmement intéressant je suis loin d'être un grand spécialiste de la psychiatrie. Mais dans tous les cas c'est un sujet passionnant et utile et si dans tous les cas vous avez à l'avenir d'autres questions vous avez mes coordonnées. Et puis si dans le cadre de votre parcours de formation à un moment donné vous avez besoin de venir voir une structure n'hésitez pas le contact est pris donc je sais que vous êtes recommandée par Martine LEFEBVRE donc pour moi c'est important ! »

Clara : « C'est très gentil alors ! Juste j'ai une question est-ce que vous souhaitez que votre interview soit anonyme ou pas du tout, après dans tous les cas ce sera juste pour le retranscrire dans mon mémoire. »

M. Devriendt : « Oui non il n'y a pas de soucis, encore une fois je n'ai pas le sentiment de vous avoir dit grand-chose. »

Clara : « C'est vraiment en fait pour savoir ce qui est mis en place dans les établissements parce que mon but c'est d'améliorer ces pratiques, parce que voilà la stigmatisation c'est une des plus grandes lacunes de cette prise en charge. Et c'est pour voir ce qui est mis en place dans les établissements parce que je n'ai malheureusement pas encore assez connaissance de ça et je souhaitais me documenter par rapport à ça. »

M. Devriendt : « Après la richesse, ce que vous me dites la me fait penser à autre chose, mais la richesse des soignants, en fait on fait qu'on soit soignant ou qu'on s'occupe d'administrer une institution, on fait ce métier-là pas par hasard. Et donc il y a des valeurs humaines et une richesse dans le métier qui sont magnifiques, juste deux exemples que j'ai vu en psychiatrie, trois même. On a fait par exemple, enfin moi j'ai juste été la voir, mais les soignants ont organisé au sein de l'établissement, ils ont fait venir une artiste photographe à demeure, ça a duré quelques semaines, et elle a fait des photos des patients et elle a appris aux patients à faire de la photo, quand on a vu l'expo c'était bluffant quoi. Moi je crois beaucoup à l'art thérapie toutes ces choses un peu. Donc il y a eu ça et lors de la semaine de la sécurité du patient vous savez tout ce qui est procédures etc, l'équipe avait fait et réalisé un tableau d'informations par un patient qui est venu présenter son projet devant l'ARS et je sais plus si on a eu

le premier ou deuxième prix mais vous voyez donc impliquer le patient. Il y a une richesse qu'on voit, la chirurgie c'est mécanique, là on est sur de l'humain et donc ça laisse place peut être à plus de créativité parce que les prises en charge c'est quelque part un peu scientifique mais pas que en fait. Et oui il y a une palette d'initiative dont j'ignore sans doute la moitié moi parce que je ne suis pas dans l'établissement, mais une palette un nombre d'initiatives qui sont d'une richesse inouïe et qui apportent beaucoup de valeur ajoutée. Mais encore une fois à l'occasion si vous souhaitez venir passer une heure ou deux dans un établissement et là je vous mets en contact avec la direction du site il n'y a vraiment aucun problème.

Clara : « Bah c'est très gentil, merci beaucoup. Malheureusement là je suis sur Toulouse donc c'est un peu compliqué, je suis partie sur Toulouse pour la fin de mon stage et pour l'année prochaine pour un Master Spécialisé à TBS mais honnêtement pourquoi pas pour quand je reviendrais avec plaisir. »

M. Devriendt : « D'accord et bah voilà. »

Clara : « Je vous remercie en tout cas et je vous souhaite une très bonne fin de journée. »

M. Devriendt : « Bonne continuation et à une prochaine fois. »

Clara : « Merci, au revoir. »

M. Devriendt : « Au revoir. »

#### Annexe 4 : Exemple de mail envoyé aux personnes ciblées.

Bonjour,

Je suis Clara Bollengier, étudiante en Master 2 Management Sectoriel à l'université de Lille. Je me permets de vous contacter, sur les conseils du Docteur Martine Lefebvre, ma directrice de mémoire, dans un contexte scolaire : mon mémoire de fin d'études. En effet, je réalise mon mémoire sur le sujet suivant : l'impact de la stigmatisation sur la prise en charge des patients psychiatriques en France.

Afin de réaliser la partie terrain, je souhaiterais réaliser un entretien semi-directif avec vous où je vous poserais individuellement des questions ouvertes. Pour cela, j'ai créé un guide d'entretien composé de moins de 10 questions. L'entretien durera entre 15 et 30 minutes maximum et sera anonyme si vous le souhaitez, les réponses ne serviront qu'à la réalisation de mon projet d'études.

Celui-ci se déroulera en 3 temps et suivra 3 thèmes spécifiques :

- Votre vision sur les maladies psychiatriques
- La prise en charge de ces patients dans votre établissement
- Le retour à domicile

Ainsi, seriez-vous intéressé pour participer à cette étude ?

Je vous remercie d'avance pour votre réponse et vous souhaite une excellente journée.

Cordialement,

Clara BOLLENGIER.

Annexe 5 : Questionnaire sur la stigmatisation de la population générale en France.

Rubrique 1 sur 5

## L'impact de la stigmatisation sur la prise en charge des patients psychiatriques en France

Bonjour,

Je suis actuellement étudiante en dernière année de Master Management Sectoriel à la Faculté d'Ingénierie et Management de la Santé de Lille (ILIS).

Dans le cadre de mon mémoire de fin d'études, je travaille sur le secteur de la psychiatrie souvent oublié et plus précisément sur l'impact de la stigmatisation sur la prise en charge des patients psychiatriques en France.

Ce questionnaire a ainsi pour but de récolter des informations concernant la vision et le niveau d'information de la population sur les maladies psychiatriques afin d'améliorer le temps de prise en charge des personnes atteintes de ces mêmes maladies.

Les réponses sont anonymes, pour cela merci de répondre le plus sincèrement possible afin de ne pas fausser les résultats qui seront essentiels dans la suite de mon mémoire.

Le questionnaire est composé d'une dizaine de questions simples et vous prendra environ 5 minutes.

Si vous avez des questions ou souhaitez plus d'informations, n'hésitez pas à me contacter : [clara.bollengier.etu@univ-lille.fr](mailto:clara.bollengier.etu@univ-lille.fr)

Je vous remercie d'avance du temps que vous accorderez à ce questionnaire !

Rubrique 2 sur 5

## Les maladies psychiatriques

En France, 12 Millions de personnes présenteraient des troubles psychiatriques, soit 18% de la population.

C'est entre 15 et 25 ans que les troubles psychiatriques apparaissent en grande majorité. L'OMS constate que « dans la moitié des cas, les troubles mentaux commencent avant l'âge de 14 ans. On estime qu'environ 20% des enfants et adolescents dans le monde présentent des troubles ou des problèmes mentaux. »

L'enjeu du diagnostic et de la prise en charge rapide est très important car c'est les 5 premières années de la maladie qui constituent les plus grandes chances de réponses aux traitements et de rémission. Ainsi, tout retard dans la prise en charge impacte fortement l'efficacité de ces traitements.

Cependant, les stigmas auxquels nous faisons face concernant les maladies psychiatriques agissent sur le délai de consultation des personnes et ainsi de prise en charge.

Et vous, quel regard avez-vous sur les maladies psychiatriques ?

Avez-vous dans votre entourage proche une personne atteinte d'une maladie psychiatrique ou avez-vous été vous-même atteint de ce type de maladie ? \*

- Oui
- Non

Avez-vous été vous-même ou l'un de vos proches suivis par des services psychiatriques ? \*

- Oui
- Non

Comment définissez-vous votre niveau d'information sur les maladies psychiatriques ? \*

- Très informé
- Informé
- Peu informé
- Pas du tout informé

Comment vous définiriez-vous concernant ces mêmes maladies ? \*

- Très attentif
- Attentif
- Peu attentif
- Pas du tout attentif
- Je ne sais pas

En quelques mots simples, comment définiriez-vous une maladie psychiatrique ? \*

Réponse longue  
.....

Pouvez-vous me citer 5 maladies psychiatriques ? (moins de 5 réponses acceptées) \*

Réponse longue  
.....

Cochez les troubles qui vous semble relever du domaine de la psychiatrie : \*

- Schizophrénie
- Bipolarité
- Dépression
- Hystérie
- Anorexie mentale
- Paranoïa
- Troubles Obsessionnel-Compulsif (TOC)
- Anxiété
- Trisomie 21
- Insomnie
- Dépendance (alcool, drogue...)

Rubrique 3 sur 5

## Maladie mentale et handicap mental



Selon l'OMS, les maladies psychiatriques regroupent un vaste ensemble de problèmes, dont les symptômes diffèrent. Mais ils se caractérisent généralement par une combinaison de pensées, d'émotions, de comportements et de rapports avec autrui anormaux. La plupart de ces troubles se traitent.

La schizophrénie, la dépression, les troubles bipolaires sont les exemples les plus connus de maladies mentales mais l'hystérie, la paranoïa, les TOC, l'anxiété, l'insomnie ou encore la dépendance en sont également.

Le handicap mental, quant à lui, est la conséquence sociale d'une maladie mentale et se traduit par des difficultés plus ou moins importantes de réflexion, de conceptualisation, de communication, de décision, etc.

Ainsi, l'anorexie mentale et la trisomie 21 correspondent à un handicap mental.

Quelle serait votre réaction si vous appreniez qu'une personne de votre entourage présentait des troubles psychiatriques ? \*

- Peur
- Tolérance
- Indifférence
- Rejet
- Autre...

Quel est votre ressenti face aux personnes atteintes de schizophrénie ? \*

- Incompréhension
- Indifférence
- Peur
- Méfiance
- Confiance
- Pitié
- Autre...

Seriez-vous d'accord de prendre un repas avec une personne atteinte de schizophrénie ? \*

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

Pensez-vous que les soins en psychiatrie se sont modifiés depuis 20 ans ? \*

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

Après la section 3 Passer à la section suivante

Rubrique 4 sur 5

Pour terminer...

Description (facultative)

Vous êtes... \*

- Un homme
- Une femme
- Autre...

Vous avez entre... \*

- 18 et 25 ans
- 26 et 35 ans
- 36 et 49 ans
- 50 et 64 ans
- 65 ans et plus

Dans quelle région vivez-vous ? \*

1. Auvergne-Rhône-Alpes
2. Bourgogne-Franche-Comté
3. Bretagne
4. Centre-Val de Loire
5. Corse
6. Grand Est
7. Hauts-de-France
8. Ile-de-France
9. Normandie
10. Nouvelle-Aquitaine
11. Occitanie
12. Pays de la Loire
13. Provence-Alpes-Côte d'Azur
14. Outre mer

Après la section 4 Passer à la section suivante 

Rubrique 5 sur 5

## Remerciements

Je vous remercie du temps que vous avez accordé à ce questionnaire et vous souhaite une très bonne journée !

Clara Bollengier.

## L'impact de la stigmatisation sur la prise en charge des personnes atteintes d'une maladie psychiatrique en France

Les **maladies psychiatriques** représentent un problème de santé publique majeur depuis de nombreuses années en France. Même si la **prise en charge** s'est améliorée depuis ces dernières années, passant de l'asile à des soins essentiellement **ambulatoire** en prenant compte des besoins des patients, les **représentations sociales** négatives perdurent. Des programmes et actions sont mis en places par différents acteurs pour réduire la **stigmatisation** et **informer** la population, mais restent trop peu développés. L'objectif de cette étude est donc de comprendre la place de ces représentations sociales dans la prise en charge de ces personnes et pourquoi il existe une certaine complexité dans la mise en place de **soins adaptés**.

**Mots-clés** : **maladies psychiatriques, prise en charge, ambulatoire, représentations sociales, stigmatisation, informer, soins adaptés.**

## The impact of stigma on the care of people with a psychiatric disease in France

**Psychiatric diseases** represent a major public health problem for many years in France. Even though **care** has improved in recent years, moving from asylum to essentially **outpatient** care taking into account patients's needs, negative **social representations** persist. Programs and actions are put in place by different actors to reduce **stigma** and **inform** the population, but remain too underdeveloped. This study's objective is to understand the place of these social representations in the care of these people and why there is a certain complexity in the implementation of **adapted care**.

**Key words** : **psychiatric diseases, care, outpatient, social representations, stigma, inform, adapted care.**