Exemple d'application sur les représentations sociales : la représentation sociale de la schizophrénie et pourquoi il est important, en tant que médecin, de s'y intéresser.

Qu'est-ce que c'est qu'une représentation sociale (RS) ?

La RS est une **forme de connaissance de sens commun** caractérisée par les propriétés suivantes :

- elle est socialement élaborée et partagée,
- elle a une visée pratique d'organisation, de maitrise de l'environnement et d'orientation des conduites et communications,
- elle concourt à l'établissement d'une vision de la réalité commune à l'ensemble d'un groupe social (une classe sociale, un groupe culturel…).

Ex : J'ai une RS de ce que c'est que ma rencontre avec ma belle-famille qui est d'avoir une certaine déférence, d'apporter un cadeau…C'est important pour moi et donc cela va organiser mon environnement.
Autre ex : Un jour aux Etats Unis, les amis du prof lui disent qu'ils vont faire une fête super qui aura lieu juste après le pont, il ne peut pas se louper. Donc il part de nuit chercher le pont, il roule beaucoup mais ne trouve pas le pont et rentre chez lui après avoir cherché une heure. En fait, il était passé trois fois devant, mais pour les Américains, la RS d'un pont est un tuyau sur une petite rivière alors que pour le prof c'est un pont en pierres genre pont de l'Arrière pays.
Donc la représentation sociale du prof n'était socialement élaborée que par son groupe, elle n'était pas partagée par les Américains donc le prof ne pouvait pas organiser ni maitriser son environnement social (il n'a pas pu aller à la fête).

Une RS a deux éléments :

- C'est un **ensemble fonctionnel** qui a des **éléments d'information** (toutes les informations de connaissance). C'est un savoir de sens commun qui nous donne une grille de lecture de la réalité.

Ex : la vision de l'hypertension dans la population générale : la pression est un peu forte, c'est embêtant pour le cœur, on peut faire un infarctus…

- Et une RS, c'est aussi **des attitudes**.

Ex pour la RS des schizophrènes : ils font peur, ils me gênent, je ne veux pas qu'ils habitent avec moi, je veux qu'ils soient enfermés…

Quel objet peut devenir la base d'une RS ?

- Pour qu'un objet soit à la base d'une RS, il faut qu'il soit **complexe et polymorphe**. On a rarement de RS sur quelque chose de simple.
- Ensuite, cet objet doit **pouvoir être partagé**. Une représentation que je ne partage pas n'a pas d'intérêt.
- Et l'objet doit être **au centre d'un enjeu identitaire pour le groupe** et un **enjeu de cohésion**. Il doit participer à la dynamique sociale.
- **Il ne faut pas qu'il y ait de système orthodoxe trop prégnant** car le groupe ne peut pas alors élaborer de RS particulière. Ex : dans la France du XIIème siècle, l'enfer n'était pas l'objet d'une RS. On disait aux gens que l'enfer existait et que si ils pêchaient ils iraient en enfer. Le système orthodoxe était trop présent. Alors qu'aujourd'hui si on demande à la population ce qu'elle pense de l'enfer certains vont dire qu'il y a des flammes, d'autres que ça n'existe pas, d'autres que c'est les autres…car le système orthodoxe n'est plus aussi prégnant.

A quoi sert la RS ?

• D'abord, elle a une **fonction cognitive**, c'est des informations sur une réalité sociale particulière,
• Elle permet aussi **d'orienter des conduites**.

Ex le loup : c'est un objet complexe et polymorphe car il y a beaucoup d'images, d'histoires à propos du loup.
On a des éléments cognitifs issus des histoires que l'on raconte « le loup mange les enfants, il a mangé le petit chaperon rouge, c'est un animal cruel… ».
Le loup est au centre d'un enjeu car il partage la population entre les pro-loups et les anti-loups.
Et le loup participe à la dynamique sociale car c'est une manière de faire peur à nos enfants et de l'autre côté on aime bien les louveteaux, les petits scouts s'appellent les louveteaux, et c'est aussi un combat des écologistes. Donc on a une relation assez ambiguë au loup.
Les fonctions c'est un tas d'éléments qui sont partagés par la population: c'est un animal dangereux, carnivore, qui vit en meute…
La RS oriente notre conduite : face à un loup, on s'en va !
La RS est identitaire car ma culture me dit que c'est un animal dangereux alors que un Amérindien érige le loup en totem.
La RS justifie le fait que l'on ait éradiqué tous les loups donc elle justifie les pratiques.

Comment est organisée une RS ?

Répondre à cette question permet d'essayer de changer une RS.

Il existe un **noyau central** qui donne un centre et une cohérence à cette RS.
« Le loup est un animal dangereux avec de grandes dents et qui mangent les enfants ».
Ceci est **générateur et organise la RS** : « c'est un animal sanguinaire, sournois, qui vient la nuit… ».
Deux RS sont différentes si et seulement si les éléments du noyau central sont différents.
Si on prend le loup et le renard : le renard est rusé, plutôt gentil, sympathique même si c'est un voleur, il est mignon ; alors que le loup est vraiment terrible.
La centralité est définie par des éléments quantitatifs et quantitatifs.

Autour on a des **éléments périphériques qui viennent réguler**. « Les loups vivent en meute, c'est la vie sauvage, l'appel de la forêt… ». Ces éléments permettent à la représentation de ne pas exploser car si une représentation devient une caricature plus personne ne l'a partage.

C'est important car **on a des RS de la santé et des maladies.**
Les RS de la santé vont s'organiser autour de **4 thèmes** : santé, maladie, individu et société. Et on a **3 RS dominantes** en fonction de la **position sociale** qu'entraîne la maladie :
La maladie entraine une certaine inactivité (sociale) en général.
On peut avoir une participation sociale abolie ou conservée.
• Les patients dont la **participation sociale est conservée** sont tous les gens qui luttent contre la maladie et pour qui la maladie est un vrai métier, elle a complètement remplit leur vie.
Lorsque la participation sociale est **abolie**, on a :
• soit des gens **anéantis** (le sportif qui se laisse aller après avoir eut une entorse) donc la maladie est destructrice chez eux ;

• soit des gens pour qui la maladie est une **libération** et qui changent leur vie (un prof de français avec une vie bien rangée fait un infarctus et revient ensuite avec une voiture décapotable rouge). La maladie permet alors de découvrir d'autres horizons. Ex : la montagne magique de Thomas Mann.

Pour un médecin, plus intéressant que la RS de la maladie, c'est **la représentation des causes de la maladie.**
Quelque soit la pathologie, on a des représentations de causalité externes et des représentations de causalité interne.
• Les **représentations de causalité externes** sont par exemple **la contagion, la pollution, la nourriture, le climat, les difficultés quotidiennes**… Exemple : « il faut aller à la montagne car l'air est beaucoup plus sain » mais aucune étude ne l'a jamais prouvé. « J'ai un cancer car j'ai eut de soucis dans mon travail ».
Certains attribuent leurs problèmes à des **difficultés passées**: « c'est normal que je sois malade car avec tous les problèmes que j'ai eut dans mon enfance, j'étais obligé de développer des problèmes gastriques ». **Un divorce, les conflits ou le mauvais oeil** peuvent aussi être responsable selon le patient.
• Il existe aussi des **explications internes** à la pathologie telles que les **transmissions familiales** : « c'est normal qu'il soit malade, ta famille c'est tous des tarés ». Autre exemple : « c'est normal que j'ai un infarctus car mon père l'avait déjà » alors que le monsieur mange très gras, fume beaucoup et boit. **Les défaillances corporelles et les maladies infantiles** sont souvent en cause. « Je suis malade parce que j'ai eut les oreillons petit ».

Comment décrit on une RS ? Comment sait on quelle est la RS d'une population ?
Il y a deux types de méthodes :

Les méthodes interrogatives : on fait des **entretiens** dans une population et grâce à une méthode d'analyse statistique on analyse le **contenu du discours** et on note quels sont les **mots qui réapparaissent** le plus souvent pour parler de l'objet étudié.
On peut aussi faire des **questionnaires**, ou induire le discours avec des **vignettes** cliniques. Par exemple on présente le comportement de quelqu'un et on demande à la personne si elle pense qu'il est malade et si oui quelle pathologie. Ainsi on induit un discours sur une représentation. On peut induire le discours avec des mots et aussi avec des **dessins**, pour les enfants par exemple.
On peut aussi utiliser les **associations de mots** ou les **mots inducteurs**. On dit le mot « grand père » a une population et on voit quels sont les mots qu'elle associe au mot grand-père.

Les méthodes expérimentales.

En psychiatrie, il existe des outils très spécifiques notamment les échelles.
On se souvient qu'une RS c'est des connaissances et des attitudes. **En psychiatrie**, on s'intéresse aux **attitudes que la population a par rapport à un groupe de malades**.
On a des questionnaires à propos **des croyances sur les causes de la maladie, sur la discrimination et le rejet, sur la familiarité**.
C'est très beau de dire « moi je n'ai aucun souci avec les schizophrènes, je ne les rejette pas, mais surtout qu'ils n'habitent pas dans mon immeuble ». Il y a une différence dans la familiarité, dans le niveau de contact que l'on peut avoir avec les patients.

Autre exemple, si on demande « qu'est-ce que vous pensez des gens qui ont le sida ? Pas de chance pour eux, vraiment les pauvres… » « Et si vous travailliez avec eux ? Est-ce que vous épouseriez quelqu'un qui a le sida ? » le niveau de contact va être différent.
On cherche aussi quelles sont les **réactions émotionnelles** que la population peut avoir par rapport à un objet.

On va maintenant parler des RS de la schizophrénie.
La **schizophrénie** est une **pathologie mentale** qui touche 1% de la population, qui est caractérisée par 3 grands types de symptômes : **le délire, l'apragmatisme ou repli agnostique et le désorganisation de la vie sociale**.
C'est une pathologie qui est tout ce qu'il y a de plus cadrée.

La schizophrénie est un peu **LA maladie qui représente la folie dans sa globalité**.
C'est une fonction quasiment iconique des RS de la psychiatrie. Car ça fait peur et en même temps on est fasciné, on est très intéressé mais on rejette cette maladie.
Même chose avec les psychiatres : si vous dites « je suis psychiatre » alors soit les gens ne vous parlent plus, soit ils vous racontent leurs rêves. D'un côté, les psychiatres sont rejetés, mais dès qu'il y a un problème on les appelle.
On va voir les différents niveaux d'analyse d'une RS et quel intérêt ça peut avoir.
Il existe des relations d'emboitement entre les différents niveaux de représentation de la maladie et des malades de la famille, des soignants, des types de soin, de la cause de la maladie…

On va d'abord s'intéresser aux **connaissances globales**.
On fait une enquête dans la population pour savoir ce que les gens savent de la schizophrénie. En général, les gens ne savent pas ce que c'est, leur connaissance de la schizophrénie est **excessivement faible** et ils **beaucoup de mal à donner une définition** de ce que c'est que la schizophrénie : « c'est quand on a une personnalité multiple ».
De plus une grande partie de la population va **nier à la maladie mentale le statut de maladie**. Si on montre des vignettes de malades les gens disent « ah non, c'est pas une maladie ça, il le fait exprès », « c'est de sa faute », « il exagère ».
Si on demande aux gens de reconnaître la maladie en leur montrant des films, ils ne la reconnaissent pas. C'est variable en fonction des cultures, la reconnaissance est un peu plus importante dans les pays du nord.
Curieusement, la population générale a une **vision beaucoup plus restrictive que les médecins sur ce qu'est un trouble mental**. Un psy a des critères diagnostiques, des signes cliniques à repérer pour reconnaître une maladie. Alors que dans la population générale, ces diagnostiques sont niés.
Parmi les troubles mentaux, la schizophrénie est probablement la **pathologie la plus reconnue**. Les facteurs qui influencent la reconnaissance sont la **bizarrerie du comportement** et le **comportement dangereux**. C'est à dire qu'un schizophrène qui serait pas trop bizarre mais juste renfermé chez lui ne va pas être considéré comme un malade. Ceci a des conséquences importantes car on va voir des gens qui ne sont pas sortis de chez pendant 3 ou 4 ans et dans leur immeuble les gens pensent que c'est son droit si il n'a pas envie de sortir alors qu'en fait la personne était complètement délirante, enfermée chez elle.
Pour la population générale, la schizophrénie est quand même **la maladie la plus grave**.
Mais cette gravité est **associée aux croyances sur l 'évolution et le pronostic** de la

maladie même sous traitement : 90% des français pensent qu'un fou ne peut pas totalement guérir alors que les études scientifiques montrent que l'on peut guérir de la schizophrénie, de la dépression. En revanche, seuls 65% des italiens pensent que l'on ne peut pas en guérir.

On va maintenant regarder **quelles sont les caractéristiques des patients selon la RS**

Dans toutes les études, les patients sont considérés comme **dangereux** et **imprévisibles**. Alors que les patients schizophrènes sont plus victimes d'agressions, de vols… que le reste de la population générale.
Ils sont considérés comme **moins intelligents** donc n'ayant pas la possibilité de choisir, on les considère comme **dépendants, moins dignes de confiance et totalement irresponsables**. Ils sont plus considérés comme dangereux que les autres.
Ceci a un impact majeur car si vous souffrez d'une schizophrénie, c'est la manière dont les gens vont vous regarder donc c'est **quasiment une 2ème maladie**.
Cette croyance sur la dangerosité va augmenter la peur et va orienter vers des **traitements plus coercitifs et va diminuer la pitié**. Chaque fois qu'il y a des drames, on ne propose pas de rajouter des soignants ou de changer des traitements, mais de mettre des caméras de surveillance, des barbelés autour du service…
Les schizophrènes ne sont pas responsables de leur maladie mais la population générale considère que c'est quand même un peu de **leur faute**.
La vision générale conduit vers **un refus de centres de soin communautaires** alors que toutes les études montre qu'on a une meilleure évolution si on est soigné dans la ville. Un hôpital de jour a été ouvert dans un bâtiment administratif (sans logements) : pendant 6 mois les gens qui travaillent dans les bureaux ont pris l'escalier et les patients ont pris l'ascenseur. Les administratifs avaient tellement peur qu'ils ne voulaient pas les rencontrer et ils ont fait une pétition pour qu'ils soient éjectés.

Quelles sont les croyances et les connaissances sur les causes ?
La terminologie médicale a un sens différent pour nous et pour les patients. Les diagnostiques de psychiatrie deviennent même des insultes « t'es complètement schizo » « t'es parano » alors qu'on ne dit jamais à quelqu'un « t'es complètement cancéreux ».
Beaucoup de patients pensent que la maladie a un peu à voir avec **la religion**. Or parler de la religion avec un psychiatre est compliqué : les patients se disent que si ils racontent à leur psy qu'ils croient que y en a un qui a ressuscité le 3ème jour, c'est pas clair !
Dans la population générale, il y a une **faible connaissance des causes possibles** de la schizophrénie mais bon les médecins ne savent pas non plus.
Dans la population c'est une **explication psychosociale** qui prédomine : les gens pensent que les patients souffrent de schizophrénie car ils ont eu une enfance malheureuse, ou des conditions de vie difficiles alors que ce n'est pas toujours le cas.
Dans la population occidentale, on a une préférence pour le psychosocial comme on peut le voir dans toutes les revues sur la santé : pour la plupart des gens la dépression est due au stress et la schizophrénie est due au psychosocial alors que la dépression est probablement l'une des pathologies les plus biologiques de la psychiatrie.
On a observé une diminution des explications psychosociales pour la maladie en Allemagne et en Australie, deus pays où l'on a fait de nombreux programmes contre la stigmatisation des malades. On a expliqué aux gens qu'il y a des origines biologiques et génétiques mais **plus on donne des explications somatiques à la maladie et plus la vision de la maladie est pessimiste**. « Si on est taré, on peut pas changer » alors si on a

une maladie liée à des problèmes psychosociaux, ça peut évoluer donc on est plus optimiste.
On a aussi fait une enquête auprès des soignants des services de psychiatrie occidentaux et on a retrouvé la persistance d'explications religieuses : « ils n'ont pas respecté les taboo », « c'est le hasard ».
On a beaucoup entendu que les populations non occidentales avaient des RS très différentes mais c'est faux. **Les RS des populations non occidentales sont assez proches de celles de la population occidentale** sauf qu'il y a une importance plus importante des causes mystiques. On interprète souvent cela comme une spécificité culturelle mais ça peut être aussi le fait que pour celui qui a fait l'enquête, ce qui l'intéresse ce sont les différences avec l'Occident et non pas les ressemblances. Donc c'est probablement le reflet du type d'étude mis en place.
Il y a une interaction entre des conceptions biomédicales et culturelles.

On a vu que les connaissances étaient faibles et donc que l'on pourraient les faire changer. Ce qui nous intéresse maintenant ce sont **les attitudes par rapport aux malades mentaux**.

On a réalisé des études partout. L'attitude est **négative dans toutes les populations**, ce n'est pas spécifique aux populations occidentales. Il y a très peu d'études comparatives pour faire la différence entre la tolérance et le désir de distance sociale alors que c'est essentiel.
Dans notre population, l'attitude est très négative. Par exemple, à l'hôpital, la psychiatrie est le seul service où il n'y a pas la climatisation, comme si les malades mentaux ne souffraient pas de la chaleur. L'attitude serait un petit peu plus positive au Québec et en Finlande.
Parmi toutes les pathologies mentales, l'attitude **la plus négative est par rapport à la schizophrénie**. Ce qui est dramatique, c'est que **les études sont assez stables** : on a fait des études comparatives en Australie avant et après l'instauration de programme d'éducation dans les écoles, à la télé…mais la population n'a pas du tout modifié sa représentation de la maladie mentale.

Le rejet dont souffre le malade mental est **fonction de l'identification du malade** (est-ce que je reconnaît qu'il est malade ou pas ?). Par exemple, on connaît un SDF du Vieux Nice qui est sympa, les gens vont lui parler, essayer de l'aider mais à partir du moment où les gens savent qu'il a une maladie mentale, il est rejeté.
Et le rejet est aussi **fonction du type de soins** : à pathologies égales un patient soigné en hôpital public sera plus rejeté qu'un patient soigné en clinique privée et celui qui est soigné à l'intérieur de l'hôpital est plus rejeté que celui qui est soigné en ambulatoire, celui qui est soigné dans un hôpital psychiatrique est plus rejeté que celui qui est soigné dans un hôpital général.
Dans tous les pays du monde, le **désir de distance sociale est très élevé**, un peu moins peut-être en Amérique latine.

Qu'en est-il de la RS des soins et des soignants ?

La RS de la maladie va obligatoirement avoir une influence sur la RS des soignants. Il existe des relations d'emboitement, et un certain nombre d'éléments du contenu sont partagés. Et les RS s'influencent : si la RS du médecin est mauvaise, la RS de la pathologie est mauvaise.
Ici la RS **oscille entre la peur et la fascination**.

Aujourd'hui il y a des manifestations contre les abus psychiatriques en France, aux USA (« la psychiatrie détruit des vies, la psychiatrie drogue des enfants »). On peut critiquer certains traitements, mais ici, c'est la psychiatrie en général.

La représentation des soins dans les populations occidentales : pour la population générale, les soins c'est **l'hôpital** et on peut **hospitaliser les gens sous contrainte** alors que plus de 80% des hospitalisations en psychiatrie sont des hospitalisations libres. Majoritairement, la population **rejete les soins communautaires** (pas de centres de soins en ville).
Le traitement privilégié par la population est **la psychothérapie**, le modèle est la **psychanalys**e alors que ce n'est pas du tout le traitement de référence de la schizophrénie. La **mauvaise image des psychotropes** est globale ce qui est un paradoxe car nous sommes le pays qui en consomme le plus en Europe. Le modèle est celui des **tranquillisants** alors que les traitements sont beaucoup plus spécifiques. Quand on demande aux gens comment il faudrait soigner les malades mentaux, ils ont pleins **d'alternatives thérapeutiques** (la réflexologie) et le recours aux **pratiques religieuses et magiques** sont toujours excessivement présentes dans la population générale (Notre Dame de Laghet, un voyant…).

Les RS des soignants et des psychiatres : ils ont une **image négative**, ils sont **méprisés mais admirés**, leur statut évolue et est variable selon les pays (plus acceptés aux Etats Unis).
Ils sont considérés comme **empathiques, calmes, attentifs et compétents**. Mais ils sont aussi **envahissant, tordus, compliqués, imprévisibles, émotionnellement labiles et pouvant mettre les autres mal à l'aise.**
Walter s'est intéressé à la représentation des psychiatres **dans les dessins animés** américains de 1940 à 1990 : le psychiatre est un homme de classe moyenne, généralement chauve avec des lunettes, il a une **présentation et un comportement bizarre** et surtout, il a des **traitements peu efficaces**. C'est donc avec cette image de psychiatre inefficace que les enfants grandissent.
Au cinéma, la profession des psychiatres est **surreprésentée** : 28% des médecins dans les films sont des psy alors qu'ils ne sont pas 28% des médecins. Dans une analyse de 106 films américains présentant 120 psy, la représentation du psychiatre est en général celle d'un homme d'âge moyen, **sympathique mais peu scrupuleux avec l'éthique**, et il fait des **psychothérapies individuelles, les médicaments sont très rarement présentés.**
Ex : Mafia blues, Shine (décompensation schizophrénique).

Conséquences
Ces connaissances, ces croyances, et ses attitudes vont entrainer 2 choses **: 2 types de discrimination** et une **stigmatisation.**
• Il va y avoir une **discrimination individuelle** : le désir de distance sociale que l'on va avoir avec ce type de patients.
Cela entraine 2 préjugés : l'**autoritarisme** (des gens vont vouloir décider à la place des patients) et une certaine **bienveillance.** Plus on considère que la maladie a une causalité biologique, plus on a de discrimination individuelle ;
• Une **discrimination structurelle** : elle peut être **intentionnelle** (refuser le droit de vote aux patients qui souffrent de maladie mentale) ou **non intentionnelle** (pas de climatisation dans le service de psychiatrie).

Cette discrimination existe car ce n'est pas une population qui est défendue. Comme on a une RS négative, on a une très faible mobilisation pour améliorer leur condition (très peu de visiteurs médicaux, d'associations qui viennent mener des actions...).

Qu'est-ce qui va modifier cette RS ?

Il peut y avoir des **variables sociodémographiques** (sexe, âge, variables socioculturelles…). Plus on est jeune, plus on aurait une bonne attitude. Les femmes ont une meilleure attitude… Plus on a un contact personnel, plus on a une attitude positive. Avoir un **proche** malade entraine une **représentation étiologique particulière** car les proches recherchent plutôt des causes biologiques que psychologiques car les causes biologiques les déculpabilisent beaucoup plus.

Pour la **RS des professionnels de santé** :

- Les **étudiants** ont une attitude **négative** qui s'améliore au fur et à mesure de leur contact.
- Les **soignants somatiques** ont une représentation **particulièrement négative** des malades mentaux ce qui peut conduire à de graves erreurs diagnostiques (ils envoient le patient en psychiatrie alors qu'il avait besoin d'aller en hémato).
- Les **infirmiers psy** ont une **vision de l'évolution plus négative** par rapport à la population générale, et ils ont des croyances plus importantes dans les **médecines parallèles**.
- Les **psychiatres** ont eux aussi **une vision de l'évolution plus pessimiste** que dans la population générale car ils voient plus de malades hospitalisés, en revanche ils ont une **attitude beaucoup plus positive** que le reste de la population mais ils ont un **désir de distance sociale beaucoup plus fort.**

Comment changer cette RS?

Par l'influence des **médias**, qui ont toujours ont une **vision très négative et déformée des malades mentaux**.

Dans une étude australienne, ils ont noté que la **presse écrite** parle surtout de la dangerosité et de l'imprévisibilité des malades, et la maladie mentale est toujours associée à la criminalité jamais aux réalisations positives. Ils utilisent toujours des termes très génériques tels que « les malades mentaux », « les schizophrènes », ils s'intéressent toujours à des traitements parallèles et rejettent tous les traitements hospitaliers. Il y a **très peu d'informations sur le droit des malades**.

Au **cinéma et à la télé** aussi la vision est très négative, la **violence** des personnages de malades mentaux est 20 fois plus élevée que la violence des patients en réalité. 85% des films de Disney mentionnent la maladie mentale, 21% des personnages principaux sont des malades mentaux : c'est important car pour les enfants, leur représentation des malades mentaux correspondent à ces personnages (Jafar, Cruella…). De même, les gens parlent toujours de Vol au dessus d'un nid de coucou (critique de la psychiatrie aux Etats Unis dans les 60's) alors que les choses ont changé en 50 ans.

Il existe un lien entre le nombre d'heures passées devant la télé et la tolérance aux malades mentaux que l'on a, ainsi qu'un lien entre le programme et l'attitude (plus on regarde de sport et de soap opéra, moins on a une attitude bienveillante).

Ces RS ont un **impact sur les familles** qui **se sentent très stigmatisées** mais n'en parlent pas, et ces RS ont un **impact sur les patients qui souffrent** de cette stigmatisation. Celle-ci peut être **indirecte** avec des commentaires sur leur pathologie

ou **directe** car ils perdent leur travail, leurs amis, leur femme…La stigmatisation est perçue **quelque soit la symptomatologie**.
Ceci a des **conséquences sur l'évolution** : la croyance en des conséquences négatives est le prédicateur le plus important d'une mauvaise évolution.
Plus on a une croyance en une causalité interne, moins le pronostic est bon. Ceci influence le recours au soin qui n'est pas influencé par la culture. Il s'agit d'une attitude pragmatique : les gens essaient tout ce qui marche.

Campagne de l'association mondiale de psychiatrie de 1996
Elle a essayé de changer les RS.
Leur **méthode** a été de d'abord faire des recherches auprès des patients et de leurs familles et encourager leur participation au programme puis ensuite encourager la participation des membres de la communauté et s'assurer que ce programme dure. Leur conception de la stigmatisation se veut dynamique et pratique, et doit s'adapter aux situations locales.
Ceci est valable pour toute autre discipline.

Si on prend le **service de psychiatrie qui reçoit des schizophrènes**.
C'est un marqueur qu'on associe à ce service des idées négatives. Cela va entrainer un **stigma** « on n'a pas envie d'y aller », cela va entrainer une **discrimination**, celle-ci va entrainer un **préjudice**, on va manquer de certaines choses, cela va **diminuer l'estime de soi**, ce qui va **augmenter l'incapacité**, cela va **diminuer la résistance** et donc va **aggraver la pathologie**.

La roue de la stigmatisation pour Honte, culpabilité et attitude > Diminution de la retenue> diminution du soutien et du dévouement de la famille> préjudice, augmentation du stress pour tous> réapparition de la maladie stigmatisée.

C'est la **même chose pour les services** : si un service est **stigmatisé**, on a beaucoup **plus d'hospitalisations sans consentements** et de **patients à problèmes** car ceux qui n'ont pas trop de problèmes n'ont pas envie d'aller dans ce service, ils préfèrent aller dans une clinique. Cela va entrainer une **mauvaise réputation** du service qui va entrainer une **diminution du financement** (on repeint moins, on change pas les fenêtres) donc une **détérioration du service**, donc le **personne**l va être **médiocre** et on va avoir une **mauvaise efficacité des soins**, en conséquence, le service global rendu est **mauvais** ce qui aboutit à une **augmentation de la stigmatisation du service**.
Cette **roue de la stigmatisation** est intéressante car elle nous montre que l'on peut agir à n'importe quel niveau.

Pour la schizophrénie, les essais de changement des RS ont porté sur le changement du nom de la maladie, le changement des croyances sur les causes de la maladie (inefficaces), des programmes d'éducation ciblés pour les lycéens, les étudiants en médecine, en psychologie et des étudiants qui fréquentent les écoles de travailleurs sociaux, ainsi que des campagnes de presse donnant des informations en continu sur les supports visuels ou audiovisuels…

Conclusion

Pour un médecin, il est important de **comprendre la RS des maladies qu'il prend en charge, des patients qu'il prend en charge** et comprendre **la RS dont il est lui même l'objet.**

Modifier les RS demande une **transformation sociale globale** car les représentations ont à la fois des racines individuelles et sociales, et elles sont en relation avec une vision du monde qui est beaucoup plus vaste. Si vous dites aux gens « vous savez les schizophrènes, ils sont gentils », les gens vont vous dire « oui, oui », mais ça ne changera pas leur attitude.

Les RS produisent une pensée qui est en action et un regard non professionnel sur une réalité capable de faire coexister la rationalité scientifique et la richesse du monde commun. Quand on rencontrera nos patients, on va essayer de leur transmettre des informations mais ils vont se les mélanger. Il ne faut pas lutter contre la richesse du monde commun, il faut plutôt l'utiliser.

Pour changer les RS, selon le prof, il ne faut pas faire des petits programmes comme ça, mais participer à un changement beaucoup plus global, parler de la maladie, comprendre les types de RS.