

**Crazy'App : une web-enquête sur les représentations et attitudes vis-à-vis des troubles mentaux basée sur des témoignages vidéos**

**Crazy'App: a web survey on representations and attitudes toward mental disorders based on video testimonies**

**\*Margot Morgiève, PhD.**

1. Cermes3 - Centre de Recherche Médecine, Sciences, Santé, Santé Mentale et Société, Université Paris Descartes
2. ICM - Institut du Cerveau et de la Moelle épinière, Hôpital de la Pitié-Salpêtrière
3. Fondation Fondamental, Hôpital Albert Chenevier

**\*Karim N'Diaye, PhD.**

1. ICM - Institut du Cerveau et de la Moelle épinière, Hôpital de la Pitié-Salpêtrière
2. Fondation Fondamental, Hôpital Albert Chenevier

**Apolline Nguyen-Khac**

École Normale Supérieure

**Luc Mallet, professeur, MD, PhD**

1. Assistance Publique-Hôpitaux de Paris, Pôle de psychiatrie, Hôpitaux Universitaires Henri Mondor - Albert Chenevier, Université Paris-Est Créteil, Créteil, France
2. Sorbonne Universités, UPMC Univ Paris 06, CNRS, INSERM, Institut du cerveau et de la moelle épinière, Paris, France
3. Department of Mental Health and Psychiatry, Global Health Institute, University of Geneva, Geneva, Switzerland

**Xavier Briffault, chercheur HDR**

CNRS, Cermes3 - Centre de Recherche Médecine, Sciences, Santé, Santé Mentale et Société, Université Paris Descartes

*\* Les deux premiers auteurs ont contribué de façon équivalente au présent article.*

**Auteur correspondant :**

Margot Morgiève  
ICM, Hôpital de la Pitié-Salpêtrière  
47-83 boulevard de l'Hôpital  
75013 Paris  
Tel: +33 (0)1 57 27 43 95  
[margotmorgieve@yahoo.fr](mailto:margotmorgieve@yahoo.fr)

**Pas de conflit d'intérêt.**

## **Crazy'App : une web-enquête sur les représentations et attitudes vis-à-vis des troubles mentaux basée sur des témoignages vidéos**

### **Résumé**

Dans un contexte international de lutte contre la stigmatisation des personnes présentant des troubles de santé mentale, l'état des représentations et attitudes sur ces sujets demeure peu connu en France. Les nouvelles technologies offrent une possibilité inédite de recueillir ces informations à large échelle.

**Objectifs :** L'enquête *Crazy'App* a été conçue comme un instrument d'étude des représentations et attitudes potentiellement stigmatisantes vis-à-vis de différents troubles mentaux, proposant aux enquêtés de réagir à des vignettes cliniques axées sur le vécu des personnes et non sur leur étiquette diagnostique.

**Méthodes :** La web-enquête prévoit que les enquêtés visionnent sur leur smartphone ou ordinateur de courts témoignages vidéo de personnes présentant chacun(e) anorexie, bipolarité, trouble obsessionnel-compulsif ou addiction à l'alcool. Chaque témoignage est immédiatement suivi d'un questionnaire interrogeant différents domaines (causes, traitements et attitudes).

**Résultats :** Les répondants ( $n = 2\ 600$ ) sont jeunes, majoritairement des femmes, éduqués et concernés par le sujet. Ils expriment une bonne connaissance des troubles et une proximité sociale potentielle élevée. Ce résultat varie fortement selon le type de trouble, en particulier, la distance sociale et la perception de la dangerosité sont plus importantes vis-à-vis de l'addiction et de la bipolarité.

**Conclusions :** Les témoignages vidéo utilisés dans cette web-enquête révèlent une distance sociale variable selon les troubles, y compris dans une population particulièrement sensibilisée et informée. Les nouvelles technologies, en permettant de telles interventions basées sur le contact et mettant l'accent sur le vécu des personnes, permettraient d'évaluer des actions de déstigmatisation traditionnelles, de les rendre plus participatives et d'en augmenter l'efficacité.

**Mots clés :** santé mentale, enquête en ligne, représentations, distance sociale, vignettes cliniques en vidéo.

**Title: Crazy'App: a web survey on representations and attitudes toward mental disorders based on video testimonies**

**Abstract**

In the international context of struggle against stigmatization of people with mental health problems, representations and attitudes about these diseases remain little investigated in France. However, new technologies offer an unprecedented opportunity to collect such information on a large scale and to deploy more efficient actions against stigma.

**Objectives:** The *Crazy'App* survey was conceived as an instrument for studying potentially stigmatizing representations and attitudes towards mental disorders by having respondents to react not to standard diagnostic labels or case vignettes, but rather to video testimonies of people with different mental disorder as they express their lived experiences.

**Methods:** The web survey was made available on smartphone or computer and advertised on various media as well as during a French exhibition about mental disorders, mental health and well-being ("*Mental Désordre*", Cité des sciences, Paris, 2016). It consisted of short (<2 min) video testimonials of four persons presenting respectively anorexia, bipolar disorder, obsessive-compulsive disorder and addiction to alcohol. Each testimony was immediately followed by series of questions to which participants were to respond using visual analog scales. The questionnaires investigated different domains such as the causes of each of these mental disorders, the possible treatments and the respondent's personal attitude in hypothetical situations (e.g., working with the person in the video). After having completed the survey, respondents were offered an opportunity to compare their own responses to those of the other respondents, and watch expert psychiatrists interviews delivering clinical and scientific knowledge as well as sharing their own attitudes.

**Results:** Respondents (n = 2,600) were young, mostly women, educated and concerned by the subject. They expressed a good knowledge of the disorders. They reported a multi-causal vision of the etiologies, wherein psychological causes were rated higher than neurobiological ones (though less so for respondents reporting having had a mental disorder themselves), while other types of causes (environmental, spiritual, and nutritional) received much lower ratings. Respondents also expressed high potential social proximity, but this result varied according to the type of disorder, in particular, the social distance and the perception of dangerousness were higher for addiction and bipolar disorder.

**Conclusions:** *Crazy'App* operationalizes emerging strategies in the fight against stigma

implementing what is known as "contact based intervention" in Anglo-Saxon countries. While not abolishing the differences in attitudes observed between one pathology and another, this type of survey-intervention based on video testimonies could help to reduce the desire for social distance towards persons with mental disorders, even in a particularly sensitized and informed population. Multimedia technologies are an efficient way to offer rich, potentially interactive content that can better embody people and their lived experiences than clinical descriptions or even life narratives. Yet, the video modality may put an emphasis on the individual characteristics (physical, gestural, verbal, paraverbal...), which must be cautiously taken into account according to the anti-stigma objectives. Connected technologies also enable to augment traditional destigmatization actions focused on the deconstruction of received ideas, making them more participatory while simultaneously assessing their efficacy on the fly. By mediating contact with persons and behaviors perceived as deviant, the aim would be to develop psycho-social skills and concrete capacities for action in the general population to include people with mental disorders in the community.

**Keywords:** mental illness, web survey, representations, social distance, video based case vignette

## **1/ Crazy App, un dispositif de recherche action participative et de lutte contre la stigmatisation**

Depuis le début des années 2000, la lutte contre la stigmatisation et la discrimination des personnes atteintes de troubles mentaux s'affirme comme un axe prioritaire des politiques publiques en matière de santé mentale. Ces politiques s'appuient notamment sur des travaux tendant à démontrer l'impact négatif des stéréotypes et préjugés sur la prise en charge (retard dans le recours aux soins, problèmes d'observance des traitements) [1] , la qualité de vie et l'inclusion sociale des personnes atteintes (mauvaise estime de soi, stress, isolement, problèmes d'accès à des logements et des emplois...) [2,3] .

En 2001, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) considèrait la stigmatisation comme étant « *l'obstacle le plus important à surmonter dans la communauté* » et incitait à la mise en œuvre de programmes nationaux de déstigmatisation [4] . Trois grandes stratégies de lutte sont aujourd'hui mises en œuvre et font l'objet d'évaluations : la protestation contre les actions stigmatisantes, la diffusion d'informations sur les troubles mentaux et enfin, la promotion de la mise en contact entre des personnes atteintes et non atteintes de troubles mentaux. La France présente un certain retard par rapport aux pays anglophones ; elle ne lance sa première campagne de communication nationale qu'en 2005 (Campagne nationale en faveur de la Santé mentale : « Accepter les différences, ça vaut aussi pour les troubles psychiques » [5] ).

L'enquête en ligne dénommée *Crazy'App* dont nous présentons ici les résultats interroge les croyances et les attitudes des individus vis-à-vis de quatre troubles mentaux et s'inscrit résolument dans ce nouvel enjeu d'action publique. Elle a été réalisée par des chercheurs de l'Institut du Cerveau et de la Moelle épinière (ICM) et du Cermes3 en partenariat avec la Cité des sciences dans le cadre d'une exposition ayant eu lieu du 5 avril au 6 novembre 2016 et intitulée : *Mental désordre, changez de regard sur les troubles psychiques*. L'exposition visait à faire porter sur les personnes atteintes de troubles psychiques « *un regard plus éclairé et loin des idées préconçues* ». Dans le contexte de l'exposition, l'enquête a donc été conçue comme un instrument d'étude et de lutte contre la stigmatisation dans lequel, par vidéo interposée, l'enquêté(e) est d'abord mis au contact de personnes s'exprimant sur leur trouble psychique, méthode qui a été jugée efficace pour réduire la stigmatisation [6,7] .

L'enquête vise à établir un état des lieux des représentations et comportements potentiellement stigmatisants vis-à-vis de quatre troubles mentaux : l'anorexie, la bipolarité, le trouble obsessionnel compulsif (TOC) et la dépendance à l'alcool. La double dimension représentationnelle (stéréotypes

et préjugés) et attitudinale/comportementale (discrimination), éléments constitutifs de la stigmatisation, est interrogée [8] .

Si des enquêtes de ce type ont déjà été conduites aux États-Unis [9] et au Royaume-Uni [10] ; *Crazy'App* est la première en France. Ces enquêtes soulignent l'intérêt de différencier les troubles, et non pas d'interroger la « maladie mentale » en général. Le rapport entre stigmatisation et troubles mentaux n'est en effet pas homogène ; certains troubles mentaux apparaissent davantage stigmatisés que d'autres [11] . Les études se sont jusqu'à présent focalisées sur des pathologies générant a priori le plus de rejet comme la schizophrénie [12] , les addictions (alcool et autres drogues) et la dépression ; l'anorexie, le TOC, la bipolarité ont fait l'objet de moins d'investigations. *Crazy'App* a notamment l'intérêt d'interroger les rapports à ces pathologies moins étudiées dans le cadre d'un dispositif innovant de recherche-action participative.

## **2/ Méthode**

La *Crazy'App* se présente sous la forme d'une web-application accessible via une adresse web (<http://www.crazyapp.fr>). Sur le plan du contenu, l'enquête innove par rapport aux enquêtes en ligne traditionnelles. L'enquête *Crazy'App* a fait l'objet d'une déclaration normale à la CNIL (1870189) et a reçu un avis favorable du Comité d'évaluation et d'éthique de l'Inserm (n°15-236, 2015).

### **Quatre témoignages en vidéos**

Elle repose sur la présentation des témoignages de quatre personnes<sup>1</sup> présentant des troubles psychiques : l'anorexie, le trouble obsessionnel-compulsif (TOC), l'addiction à l'alcool et la bipolarité. Les prises de vue ont été réalisées dans le cadre de l'exposition *Mental Désordre* par une équipe d'étudiants en cinéma (*L'École de la cité*) supervisés par les experts de l'exposition et auteurs de cet article. À partir de séquences vidéos d'entretiens semi-directifs conduits par une des auteurs (MM) et une psychologue clinicienne, nous avons extrait des vignettes vidéo (d'une durée de 1:20 à 2:00 minutes). Les extraits ont été sélectionnés de telle sorte que le trouble n'est pas nommé, la personne témoignant essentiellement de son vécu de ce trouble. Nous nous sommes assurés par une étude préliminaire<sup>2</sup> de la bonne représentativité de ces témoignages en interrogeant des professionnels de santé mentale (n=21) qui ont identifié les troubles à 96% et jugé ces vidéos représentatives à 86%.

---

<sup>1</sup> Irène, Marie-Aude, Jérôme K. et Denis sont les noms choisis par les quatre personnes témoignant dans l'enquête.

<sup>2</sup> Étude menée auprès des participants au 6<sup>ème</sup> Congrès Français de Psychiatrie (CFP, Lille, novembre 2015).

L'environnement graphique, l'ergonomie, ainsi que l'usage de vidéos sont autant d'éléments qui rendent la navigation agréable, ludique et interactive (cf. Figure1).

### Figure 1 : Captures d'écran de l'enquête *Crazy'App*

#### **Un même questionnaire pour quatre troubles mentaux**

Le questionnaire porte sur cinq grandes thématiques s'appuyant sur les résultats d'une première enquête sur les représentations liés aux troubles obsessionnels-compulsifs [3] : l'impact relationnel (exemple : « *Selon vous, est-ce que ce type problème peut avoir un impact sur ses relations familiales ?* »), les comportements que l'enquêté(e) pourrait adopter ou non avec la personne vue en vidéo (« *Est-ce que vous pourriez travailler avec cette personne ?* »), l'étiologie du trouble (« *Selon vous, la /les cause(s) de ce type de problème est / sont-elles biologiques ?* »), les comportements à risque associés (« *Selon vous, est-ce qu'avoir ce type problème augmente le risque de se suicider ?* »). Chacune de ces thématiques est explorée par une série d'items pour lesquels les participants donnent des réponses au moyen d'échelles visuelles analogiques (cf. Figure 1).

#### **Déroulé**

Après s'être connectés à la web-app, les enquêtés se voient présenter un premier témoignage suivi d'un questionnaire. Les quatre témoignages (et les questionnaires associés) sont présentés dans un ordre aléatoire. Sont ensuite recueillies les caractéristiques sociodémographiques principales du répondant (âge, sexe, niveau d'études, profession et situation familiale) ainsi que le parcours éventuel relatif à la santé mentale (problème de santé mentale, traitement, suivi, aides financières aux personnes en situation de handicap) de l'enquêté(e). L'enquête dure environ une heure ; il est possible de l'interrompre et de la reprendre ultérieurement.

L'enquête s'inscrivant dans une démarche de recherche action participative, après avoir répondu au questionnaire, l'enquêté(e) a la possibilité d'en apprendre davantage sur les troubles en accédant à des reportages vidéo de quatre experts psychiatres répondant aux mêmes questions sur chacun de ces troubles. L'enquêté(e) peut aussi confronter ses propres représentations à celles des autres répondants en consultant un espace dynamique où sont présentées sous forme graphique et en temps réel les données agrégées de tous les répondants. Cette dimension du dispositif fera l'objet d'une publication distincte.

#### **Diffusion de l'enquête**

L'enquête a été diffusée par différents canaux de communication entre avril 2016 et juillet 2017 : la communication institutionnelle des partenaires (Fondation Philippe et Maria Halphen, Cité des

Sciences, ICM, Psycom) et dans les médias francophones (40 articles de presse papier et en ligne, 5 émissions radios et 5 conférences grand public).

### **Traitement des réponses échelonnées**

Les données recueillies ont été traitées de la façon suivante : pour les statistiques descriptives, l'information a été simplifiée par la constitution de deux classes (« oui » et « non ») favorisant la lisibilité des résultats. Pour les autres traitements comme les régressions ou analyses factorielles, les réponses visuelles analogiques converties en valeur numérique (entre 0 et 100) ont été conservées afin de préserver la finesse des réponses fournies.

## **3/ Résultats**

### **Une population enquêtée jeune, féminine, éduquée, et concernée par le sujet**

De son lancement en juillet 2016 jusqu'à août 2017, 5 830 personnes ont accédé à l'enquête en ligne. Parmi elles, 45% ont poursuivi l'enquête au-delà des premières questions. Si les personnes poursuivent, la complétion du questionnaire est relativement bonne en dépit de la longueur de l'enquête : environ 75% parviennent jusqu'aux données socio-biographiques. On comptabilise au total en moyenne 2 600 répondants pour chaque trouble.

Les trois quarts des personnes interrogées ont entre 25 et 47 ans. La moyenne d'âge est de 36 ans. 25% sont des hommes ; 75% sont des femmes. 36% déclarent un niveau d'études égal ou supérieur au Master (> Bac+4). 35% déclarent avoir ou avoir eu un problème de santé mentale ; 38% déclarent avoir déjà consulté pour un problème de santé mentale.

### **Une vision multi-causale des troubles : les causes psychologiques dominent les causes neurobiologiques**

Quel que soit le trouble, la plupart des répondants rejettent les causes relatives à la spiritualité (astres, cosmos, religion), à la pollution et à la nutrition et retiennent les causes relatives au vécu et au psychisme (histoire de vie, événements de vie, psychologie).

En revanche, les réponses sont davantage partagées s'agissant des causes de type « naturel » (neurologie, biologie, génétique). Pour l'anorexie et l'addiction, un peu moins de 50% des répondants rejettent l'existence de causes neurologiques alors qu'ils sont plus de 80% à les incriminer pour la bipolarité et le TOC. On observe un léger effet de substitution entre les causes relatives au vécu (histoire de vie) et les causes neurobiologiques ; les causes relatives au vécu étant



en moyenne un peu moins invoquées pour expliquer le TOC et la bipolarité (75%) que pour l'addiction et l'anorexie (95%).

Le fait d'avoir eu un problème de santé mentale fait majorer toutes choses égales par ailleurs les causes neurologiques, biologiques et génétiques. Une régression linéaire multiple contrôlant pour l'âge, le sexe, et le niveau d'études, montre ainsi que s'agissant de l'addiction à l'alcool, les enquêtés déclarant présenter un problème de santé mentale attribuent en moyenne +7.8 points (sur une échelle de 100) aux causes biologiques – cet effet est respectivement de +3.5 pour l'anorexie, +5,1 pour le TOC et +8,0 pour le trouble bipolaire.

### **Représentations de la dangerosité majorées vis-à-vis de l'addiction à l'alcool et de la bipolarité**

Quel que soit le trouble, plus de 85% des répondants y associent des comportements d'autodestruction (se suicider, se nuire à soi-même) et d'instabilité de la vie sociale et relationnelle (se séparer de son conjoint, perdre son emploi). En revanche, la violence envers autrui (commettre un meurtre, être violent, nuire à ses proches), les comportements irresponsables (s'endetter) sont surtout associés à l'addiction à l'alcool et, dans une moindre mesure, à la bipolarité (cf. Figure 2). 65% des enquêtés pensent ainsi que l'addiction à l'alcool augmente le risque de commettre un meurtre ; ils sont 30% pour la bipolarité.

Figure 2 : Des comportements à risque différenciés selon le trouble

### **Une distance sociale exprimée faible et variable selon les troubles**

Les résultats montrent une très forte acceptabilité déclarée des situations de proximité sociale proposées dans l'enquête qui se différencie cependant selon le trouble, l'anorexie constituant le trouble le mieux accepté (seuls 10% expriment de la distance sociale) suivie du TOC (21%) et de la bipolarité (27,5%). À l'extrême opposé, l'addiction à l'alcool divise fortement puisque 50% expriment de la distance sociale (cf. Figure 3). La « vie en couple et en famille » constitue, tous troubles confondus, la situation sociale la moins acceptable (<50%). Tandis que le travail, l'amitié et le fait de « déjeuner » avec la personne sont des situations accueillies favorablement par une large majorité d'enquêtés.

Figure 3 : Proximité et distance sociale exprimées selon le trouble

## Tableau 1 : Variables explicatives de la proximité sociale exprimée

### **4/ Discussion**

#### **L'addiction à l'alcool et la bipolarité génèrent plus d'idées stigmatisantes et de distance sociale**

Les troubles présentés dans les vidéos sont dans la grande majorité des cas bien identifiés par les répondants et les causes qui leur sont attribuées (environnementales et neurobiologiques) sont cohérentes avec les connaissances communément admises par la communauté scientifique, ce qui peut être le reflet de leur intérêt pour le sujet qui se traduit par le fait d'aller à une exposition sur la santé mentale et/ou de participer à une enquête sur le sujet.

La population enquêtée exprime dans l'ensemble une faible distance sociale. Moins de 30% des enquêtés expriment un désir de distance sociale vis-à-vis de Irène (anorexie), de Denis (TOC) et de Marie-Aude (bipolarité). Travailler, déjeuner, être ami(e), sont des situations largement acceptées ; c'est moins le cas de la vie en famille et en couple. Ce degré d'acceptation sociale vient a priori contredire les résultats d'une enquête américaine similaire de 1996 (*General Social Survey*) [9] qui concluait à un fort désir de distance sociale. Ce résultat majeur peut s'expliquer par le dispositif d'enquête, les caractéristiques sociodémographiques et le rapport à la santé mentale spécifiques de la population touchée par l'enquête en ligne (plus jeune, plus connectée, plus concernée). De plus, l'enquête ne concernait pas des troubles classiquement considérés de façon plus péjorative comme les troubles psychotiques, psychopathiques, démentiels, d'arriération mentale [13] .

De fait, dans ce tableau général plutôt positif, l'addiction à l'alcool se distingue : 50% des enquêtés expriment de la distance sociale. Plus de la moitié des enquêtés ne pourraient pas travailler avec une personne atteinte de ce trouble. C'est aussi le trouble, avec la bipolarité, pour lequel les représentations en termes de violence et d'irresponsabilité sont majorés : par exemple, 65% des enquêtés pensent que l'addiction majore les risques de commettre un meurtre. De ce point de vue, nos résultats confirment la littérature sur le fort rejet des personnes atteintes d'addiction [9,10] . Tandis que l'anorexie et le TOC apparaissent au même titre que la dépression [11] comme des troubles mentaux générant peu de stigmatisation de la part du public sur les dimensions explorées dans cette enquête.

#### **Effet déstigmatisant du dispositif d'enquête : le contact par vidéo**

Le dispositif d'enquête semble par ailleurs favoriser l'expression d'attitudes positives à l'égard des personnes présentant des troubles mentaux. En effet, la réponse aux questions ne se fait pas seulement par rapport à des sous-populations définies par un trouble (« les anorexiques », « les bipolaires », « les alcooliques », « les TOC ») mais par rapport à une personne singulière qui s'est exprimée sur son vécu en vidéo et dont la personne enquêtée a vu le visage, le corps et la gestuelle (cf. Figure 4). C'est une situation dont on peut faire l'hypothèse qu'elle génère davantage d'empathie et de sympathie. Les évaluations des programmes de déstigmatisation confirment en effet que les interventions qui prévoient des contacts avec les personnes présentant un trouble mental dans un contexte d'éducation (« *contact based intervention* ») sont plus efficaces que les campagnes d'information à grande échelle [14,15] . En particulier, le contact par vidéo diminuerait le désir de distance sociale [6] et améliorerait l'empathie [7] .

Cela peut cependant également signifier que la distance sociale exprimée ne dépend pas seulement du trouble identifié, mais aussi des caractéristiques particulières de la personne porteuse du trouble (sexe, âge, discours, gestuelle, attitude...). De ce point de vue, Jérôme K., qui a témoigné de son addiction à l'alcool, et par rapport auquel la distance exprimée est la plus forte, a un débit de parole saccadé et des gestes agités. A contrario, Irène, qui témoigne de son anorexie, est une jeune femme soignée et s'exprime d'une façon claire et posée. Même si ces effets de halo sont difficilement mesurables dans l'enquête, ils suggèrent que le contact avec des personnes présentant une maladie mentale comme moyen de lutte contre la stigmatisation peut avoir des conséquences tantôt négatives tantôt positives. Dans une perspective d'intervention, cela invite à examiner soigneusement les caractéristiques personnelles des personnes choisies comme témoins en fonction du type de déstigmatisation visé.

Figure 4 : Captures d'écran des témoignages filmés

### **Spécificité de la population d'enquête et caractéristiques favorables à la proximité sociale**

Au-delà des effets du dispositif d'enquête lui-même, il faut noter que les répondants ne forment pas un échantillon représentatif de la population générale. Avec 78% de femmes, les hommes sont nettement sous-représentés. La moyenne d'âge est de 36 ans. Les catégories diplômées sont sur-représentées : plus de 65% ont suivi un cursus d'enseignement supérieur (contre 15% en population générale). Cette population majoritairement féminine, jeune et éduquée qui répond en ligne à un questionnaire d'une heure, a aussi a priori un intérêt prononcé pour la santé mentale. Par ailleurs, la campagne de communication qui a été menée pour faire connaître l'enquête et recruter des enquêtés s'est faite essentiellement par des médias de santé. On retrouve logiquement dans l'échantillon une

forte surreprésentation de professionnels de la santé mentale (10%) parmi lesquels 70% d'étudiants en psychologie et de psychologues, et de personnes touchées par des problèmes de santé mentale (35%) dont 24% par un des troubles présentés dans les vidéos.

L'ensemble de ces caractéristiques surreprésentées dans la population d'enquête, en particulier le fait d'avoir eu un problème de santé mentale, d'être une femme et d'être âgé de moins de 30 ans, augmentent la proximité sociale exprimée toutes choses égales par ailleurs (*cf.* Tableau 1). L'effet significatif de l'âge pourrait être dû à un effet générationnel : les jeunes générations seraient plus accoutumées au thème de la souffrance psychique aujourd'hui devenu un fait social largement médiatisé [16].

Les caractéristiques sociodémographiques, en particulier le niveau d'études, n'impactent néanmoins pas systématiquement le degré de proximité sociale exprimé pour tous les troubles dans l'enquête. Si bien qu'on peut aussi évoquer l'hypothèse d'une certaine homogénéité de la population sur la question, ce que suggèrent de précédentes études montrant que les représentations en matière de santé mentale semblent peu sensibles aux différences de milieux sociaux [17].

### **Limites méthodologiques et théoriques de la mesure de la stigmatisation**

L'enquête prend soin de mesurer les différentes dimensions du stigmate selon Corrigan [1] : croyances et préjugés notamment en matière de violence et de dangerosité, mais aussi attitudes discriminantes ici par rapport à l'exclusion. Ces trois dimensions sont ici réunies pour conclure à une stigmatisation *potentielle* plus prononcée vis-à-vis de l'addiction à l'alcool et dans une moindre mesure, de la bipolarité ; là où l'anorexie et le TOC y sont moins exposés.

La mesure de la stigmatisation par questionnaire présente néanmoins certaines limites. Tout d'abord, les réponses aux types de questions posés sont médiées par des normes et valeurs sociales de bonne conduite très fortes (il est socialement inconvenant de refuser a priori de déjeuner, d'être ami, de travailler avec autrui) auxquelles l'individu souhaite se conformer pour renvoyer une image positive de lui-même. À cela s'ajoute le fait que les questions portent sur un agir hypothétique au sens où la plupart des enquêtés n'expérimentent pas concrètement les situations proposées ; l'opinion recueillie ne préexiste donc pas forcément à la question posée. In fine, il convient de garder à l'esprit que les réponses, recueillies hors contexte, n'informent pas sur des représentations et comportements réels mais au mieux, *potentiels* [18]. On peut s'interroger sur les comportements qu'auraient eu les enquêtés dans des situations réelles qui diffèrent sensiblement des repères normatifs communément admis dans l'espace public ou privé, comme la violence verbale d'une

personne alcoolique ou une accélération maniaque ; comportements de nature à générer des comportements d'évitement ou de rejet potentiellement discriminants.

Enfin, la question des limites entre représentations stigmatisantes et connaissances fondées peut se poser. C'est par exemple le cas des risques de comportements violents massivement pointés chez la personne souffrant d'addiction à l'alcool : cette appréhension est-elle fondée ou non ? D'une façon générale, « *on ne peut nier en effet qu'un comportement violent soit statistiquement corrélé à la présence chez son auteur de perturbations mentales avérées* » [19] et plus directement encore avec l'abus de substance psychotropes comme l'alcool [20]. Une entreprise de dénonciation et de déconstruction d'un stéréotype et de ses conséquences en termes de discrimination ne peut faire l'économie d'une réflexion sur les *logiques* d'ancrage des stéréotypes : « *si les stéréotypes, notamment en matière de relations sociales, de perception de l'autre, sont si tenaces, c'est qu'ils ont justement à la fois un fondement et une fonction.* » [21] .

## **5/ Conclusion**

*Crazy'App* est un dispositif qui opérationnalise en France des stratégies émergentes dans la lutte contre la stigmatisation. À l'image des « *contact based intervention* » dans les pays anglo-saxons, les personnes enquêtées sont, via la vidéo, mises au contact d'individus s'exprimant sur leur trouble psychique. S'il n'abolit pas les différentiels d'attitudes observées d'une pathologie à l'autre, ce type d'enquêtes-interventions pourrait contribuer à diminuer le désir de distance sociale. Les nouvelles technologies sont en effet un moyen de proposer un contenu riche, potentiellement interactif, qui permet de mieux incarner les personnes dans leur vécu au delà d'une description clinique ou même d'un récit de vie.

Les politiques de déstigmatisation en France se concentrent sur la déconstruction des idées reçues. Or des actions participatives travaillant sur les façons d'agir face à des comportements perçus comme déviants, pourraient utilement compléter les dispositifs actuels de lutte contre la stigmatisation. L'objectif en serait de développer dans la population générale des compétences psycho-sociales et des capacités d'action concrètes qui permettraient d'inclure dans la communauté citoyenne les personnes présentant des troubles mentaux.

Ce type de discours appelant à la reconnaissance des différences plutôt qu'à la normalisation du pathologique, rencontre aujourd'hui beaucoup d'écho aux États-Unis et s'appuie par exemple sur le registre spécifique de la (neuro)diversité [22] et celui de la compensation située du handicap psychique permettant l'inclusion des personnes dans la quotidienneté [23] .

## **Remerciements :**

Nous remercions chaleureusement la Fondation Philippe et Maria Halphen et l'association *Meeting for minds*, en particulier Maria Halphen pour son soutien.

Nous remercions également : la Cité des Sciences, en particulier Virginie Lacombe et Blandine Savrda ; le Psycom et Céline Loubières pour sa participation au recueil des témoignages ; l'Institut du Cerveau et de la Moelle épinière, en les personnes d'Antoine Bonvoisin, Mathilde Gratiot, Axelle de Chaillé et Jean-Louis Da Costa, du service communication, pour le tournage des entretiens avec les psychiatres experts et la diffusion de l'enquête.

Nous remercions les professeurs Frank Bellivier, Philip Gorwood, Antoine Pelissolo et le docteur Florence Vorspan pour leur participation ainsi que Pauline Smith et Céline Gehamy et les participants au CFP pour leurs contributions respectives à la validation des vignettes cliniques et au design graphique et les bêta-testeurs tout spécialement l'équipe BEBG ainsi qu'Idrissa et ses acolytes qui nous ont permis de rendre l'application meilleure. Merci à *The Golden Aura* pour l'assistance digitale.

La webapp a été réalisée par Agoralogie, et n'aurait sans doute pas vu le jour sans l'implication de Philippe Laroche et Virginie Moore.

Nous remercions tout particulièrement les quatre personnes qui ont témoigné de leur vécu : Denis Pires, Irène Cazanave, Jérôme K, Marie-Aude.

## **Conflits d'intérêts : Aucun.**

## **Bibliographie**

1. Corrigan PW, Druss BG, Perlick DA. The impact of mental illness stigma on seeking and participating in mental health care. *Psychol Sci Public Interes*. Sage Publications Sage CA: Los Angeles, CA; 2014;15(2):37–70.
2. Link BG, Phelan JC. Stigma and its public health implications. *Lancet*. Elsevier; 2006;367(9509):528–9.
3. Morgiève M, N'Diaye K, Fernandez-Vidal S, Clair A-H, Mallet L. Le trouble obsessionnel compulsif vu par ceux qui y sont confrontés : enquête auprès de patients, de proches et de cliniciens. *Encephale*. 2017;43(6):528–39.
4. Organization WH. The World Health Report 2001: Mental health: new understanding, new hope. World Health Organization; 2001.
5. Caria A, Pierre-Noël A, Finkelstein C. Accepter les différences, ça vaut aussi pour les

troubles psychiques.

6. Chan JYN, Mak WWS, Law LSC. Combining education and video-based contact to reduce stigma of mental illness: "The Same or Not the Same" anti-stigma program for secondary schools in Hong Kong. *Soc Sci Med*. Elsevier; 2009;68(8):1521–6.
7. Corrigan PW, Larson J, Sells M, Niessen N, Watson AC. Will filmed presentations of education and contact diminish mental illness stigma? *Community Ment Health J*. Springer; 2007;43(2):171–81.
8. Corrigan PW, Watson AC. Understanding the impact of stigma on people with mental illness. *World psychiatry*. World Psychiatric Association; 2002;1(1):16.
9. Link BG, Phelan JC, Bresnahan M, Stueve A, Pescosolido BA. Public conceptions of mental illness: labels, causes, dangerousness, and social distance. *Am J Public Health*. American Public Health Association; 1999;89(9):1328–33.
10. Crisp AH, Gelder MG, Rix S, Meltzer HI, Rowlands OJ. Stigmatisation of people with mental illnesses. *Br J psychiatry*. RCP; 2000;177(1):4–7.
11. Angermeyer MC, Matschinger H. The stigma of mental illness: effects of labelling on public attitudes towards people with mental disorder. *Acta Psychiatr Scand*. Wiley Online Library; 2003;108(4):304–9.
12. Castillo M-C, Lannoy V, Seznec J-C, Januel D, Petitjean F. Étude des représentations sociales de la schizophrénie dans la population générale et dans une population de patients schizophrènes. *L'Evolution Psychiatr*. Elsevier; 2008;73(4):615–28.
13. Caria A, Roelandt JL, Bellamy V, Vandeborre A. «Santé Mentale en Population Générale: Images et Réalités (Smpg)»: Présentation de La méthodologie d'enquête. *Encephale*. Elsevier; 2010;36(3):1–6.
14. Kolodziej ME, Johnson BT. Interpersonal contact and acceptance of persons with psychiatric disorders: a research synthesis. *J Consult Clin Psychol*. American Psychological Association; 1996;64(6):1387.
15. Ablon JS, Levy RA, Smith-Hansen L. The Contributions of the Psychotherapy Process Q-set to Psychotherapy Research. *Res Psychother Psychopathol Process Outcome*. 2011;14(1):14–48.
16. Ehrenberg A, Lovell A. *La maladie mentale en mutation*. Paris: Odile Jacob; 2001. 311 p.
17. Surault P. Milieu social et santé mentale: représentations, stigmatisation, discrimination. *Inf Psychiatr*. 2005;81(4):313–24.
18. Kitchener BA, Jorm AF. Mental health first aid training for the public: evaluation of effects on knowledge, attitudes and helping behavior. *BMC Psychiatry*. BioMed Central; 2002;2(1):10.

19. Lovell AM. Rapport de la commission «Violence et santé mentale», Travaux préparatoires à l'élaboration du Plan Violence et Santé en application de la loi relative à la politique de santé publique du 9 août 2004. Paris: La Documentation française; 2005.
20. Elbogen EB, Johnson SC. The intricate link between violence and mental disorder: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Arch Gen Psychiatry*. American Medical Association; 2009;66(2):152–61.
21. Benoist J. Logiques de la stigmatisation, éthique de la destigmatisation. *Inf Psychiatr*. John Libbey Eurotext; 2007;83(8):649–54.
22. Ortega F. The cerebral subject and the challenge of neurodiversity. *Biosocieties*. Springer; 2009;4(4):425–45.
23. Pachoud B, Leplège A, Plagnol A. La problématique de l'insertion professionnelle des personnes présentant un handicap psychique : les différentes dimensions à prendre en compte [Internet]. 2010 [cited 2014 Oct 28]. Available from: [http://www.cairn.info/zen.php?ID\\_ARTICLE=RFAS\\_091\\_0257](http://www.cairn.info/zen.php?ID_ARTICLE=RFAS_091_0257)



Tableau 1 : Variables explicatives de la proximité sociale exprimée

<i>Variable expliquée</i>	<b>Indicateur de proximité sociale</b>			
<i>Variables explicatives</i>	<b>Irène Anorexie</b>	<b>Denis TOC</b>	<b>Jérôme Addiction (alcool)</b>	<b>Marie- Aude Bipolarité</b>
<b>Problème de santé mentale</b>				
Non	Réf	Réf	Réf	Réf
Oui	+3,18***	+3,91***	+2,76*	+8,48***
<b>Sexe</b>				
Femme	Réf	Réf	Réf	Réf
Homme	-3,30**	-1,64	-3,69**	-0,93
<b>Age</b>				
< 30 ans	Réf	Réf	Réf	Réf
[30 ; 60]	-2,24*	-4,40***	-1,10	-1,40
[60 ; 80]	-5,75**	-10,97***	-7,76***	-5,57**
<b>Études</b>				
Bac	Réf	Réf	Réf	Réf
Inférieur au bac	-3,93	+1,15	+2,14	+0,89
Licence	-0,40	+2,30	+4,94**	-0,61
Master	-0,98	+0,05	+5,38**	-2,70
Supérieur au master	-2,23	-0,93	+4,00*	-2,19

Seuils de significativité : \*\*\*  $p < 0,001$ , \*\*  $p < 0,01$ , \*  $p < 0,05$

Lecture : Toutes choses égales par ailleurs, l'un indicateur de proximité sociale élevé vis-à-vis d'Irène (anorexie) augmente significativement, de +3.18 points (sur une échelle de 0 à 100), lorsqu'on a déclaré un problème de santé mentale.

Méthodologie : régression linéaire multiple.