



كلية الطب
والصيدلة - مراكش
FACULTÉ DE MÉDECINE
ET DE PHARMACIE - MARRAKECH

Année 2023

Thèse N° 001

Perception de la schizophrénie par les professionnels de la santé

THÈSE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 20/01/2023

PAR

Mr. Mohamed Amine El AMGHARI

Né le 09/07/1997 à AGADIR

POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MÉDECINE

MOTS-CLÉS

Schizophrénie – Stigmatisation – Professionnels de la santé – Perception

JURY

Mme. F.MANOUDI

Professeur de Psychiatrie

PRÉSIDENT

Mr. K.MOUHADI

Professeur de Psychiatrie

RAPPORTEUR

Mr. I.RAMMOUZ

Professeur de Psychiatrie

Mr. M.A.LAFNITI

Professeur de Psychiatrie

JUGES

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

قَالُوا سُبْحَانَكَ لَا عِلْمَ لَنَا إِلَّا مَا عَلَّمْتَنَا إِنَّكَ أَنْتَ الْعَلِيمُ

الْحَكِيمُ ٣٢

صَدِّقَ وَاللَّهُ الْعَظِيمُ

(سورة البقرة)



رَبِّ أَوْزِعْنِي
أَنْ أَشْكُرَ نِعْمَتَكَ
الَّتِي أَنْعَمْتَ عَلَيَّ
وَعَلَى وَالِدَيَّ
وَأَنْ أَعْمَلَ صَالِحًا تَرْضَاهُ
وَأَدْخِلْنِي بِرَحْمَتِكَ
فِي عِبَادِكَ الصَّالِحِينَ

Serment d'Hippocrate

Au moment d'être admis à devenir membre de la profession médicale, je m'engage solennellement à consacrer ma vie au service de l'humanité.

Je traiterai mes maîtres avec le respect et la reconnaissance qui leur sont dus.

Je pratiquerai ma profession avec conscience et dignité. La santé de mes malades sera mon premier but.

Je ne trahirai pas les secrets qui me seront confiés.

Je maintiendrai par tous les moyens en mon pouvoir l'honneur et les nobles traditions de la profession médicale.

Les médecins seront mes frères.

Aucune considération de religion, de nationalité, de race, aucune considération politique et sociale, ne s'interposera entre mon devoir et mon patient.

Je maintiendrai strictement le respect de la vie humaine dès sa conception.

Même sous la menace, je n'userai pas mes connaissances médicales d'une façon contraire aux lois de l'humanité.

Je m'y engage librement et sur mon honneur.

Déclaration Genève, 1948



LISTE DES PROFESSEURS



UNIVERSITE CADI AYYAD
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE
MARRAKECH

Doyens Honoraires

: Pr. Badie Azzaman MEHADJI

: Pr. Abdelhaq ALAOUI YAZIDI

ADMINISTRATION

Doyen

: Pr. Mohammed BOUSKRAOUI

Vice doyen à la Recherche et la Coopération

: Pr. Mohamed AMINE

Vice doyen aux Affaires Pédagogiques

: Pr. Redouane EL FEZZAZI

doyen chargé de la pharmacie

: Pr. Said ZOUHAIR

Secrétaire Générale

: Mr. Azzeddine EL HOUDAIGUI

Professeurs de l'enseignement supérieur

Nom et Prénom	Spécialité	Nom et Prénom	Spécialité
ABKARI Imad	Traumato- orthopédie	FADILI Wafaa	Néphrologie
ABOU EL HASSAN Taoufik	Anesthésie- réanimation	FAKHIR Bouchra	Gynécologie- obstétrique
ABOUCHADI Abdeljalil	Stomatologie et chir maxillofaciale	FAKHRI Anass	Histologie- embryologie cytogénétique
ABOULFALAH Abderrahim	Gynécologie- obstétrique	FOURAJJI Karima	Chirurgie pédiatrique
ABOUSSAIR Nisrine	Génétique	GHANNANE Houssine	Neurochirurgie
ADALI Imane	Psychiatrie	GHOUNDALE Omar	Urologie
ADMOU Brahim	Immunologie	HACHIMI Abdelhamid	Réanimation médicale
AGHOUTANE El Mouhtadi	Chirurgie pédiatrique	HAJJI Ibtissam	Ophtalmologie
AISSAOUI Younes	Anesthésie - réanimation	HAROU Karam	Gynécologie- obstétrique
AIT AMEUR Mustapha	Hématologie Biologique	HOCAR Ouafa	Dermatologie
AIT BENALI Said	Neurochirurgie	JALAL Hicham	Radiologie
AIT BENKADDOUR Yassir	Gynécologie- obstétrique	KADDOURI Said	Médecine interne
AIT-SAB Imane	Pédiatrie	KAMILI El Ouafi El Aouni	Chirurgie pédiatrique

ALJ Soumaya	Radiologie	KHALLOUKI Mohammed	Anesthésie- réanimation
AMAL Said	Dermatologie	KHATOURI Ali	Cardiologie
AMINE Mohamed	Epidémiologie- clinique	KHOUCANI Mouna	Radiothérapie
AMMAR Haddou	Oto-rhino-laryngologie	KISSANI Najib	Neurologie
AMRO Lamyae	Pneumo- phtisiologie	KRATI Khadija	Gastro- entérologie
ANIBA Khalid	Neurochirurgie	KRIET Mohamed	Ophtalmologie
ARSALANE Lamiae	Microbiologie -Virologie	LAGHMARI Mehdi	Neurochirurgie
ASMOUKI Hamid	Gynécologie- obstétrique	LAKMICH MohamedAmine	Urologie
ATMANE El Mehdi	Radiologie	LAKOUICHMI Mohammed	Stomatologie et Chirurgie maxillo faciale
BAIZRI Hicham	Endocrinologie et maladiesmétaboliques	LAOUAD Inass	Néphrologie
BASRAOUI Dounia	Radiologie	LOUHAB Nisrine	Neurologie
BASSIR Ahlam	Gynécologie- obstétrique	LOUZI Abdelouahed	Chirurgie - générale
BELBARAKA Rhizlane	Oncologie médicale	MADHAR Si Mohamed	Traumato- orthopédie
BELKHOU Ahlam	Rhumatologie	MANOUDI Fatiha	Psychiatrie
BEN DRISS Laila	Cardiologie	MANSOURI Nadia	Stomatologie et chiru

			maxillo faciale
BENALI Abdeslam	Psychiatrie	MAOULAININE Fadl mrabih rabou	Pédiatrie (Neonatalogie)
BENCHAMKHA Yassine	Chirurgie réparatrice et plastique	MARGAD Omar	Traumatologie - orthopédie
BENELKHAIAT BENOMAR Ridouan	Chirurgie – générale	MATRANE Aboubakr	Médecine nucléaire
BENHIMA Mohamed Amine	Traumatologie - orthopédie	MLIHA TOUATI Mohammed	Oto-Rhino - Laryngologie
BENJELLOUN HARZIMI Amine	Pneumo- phtisiologie	MOUAFFAK Youssef	Anesthésie - réanimation
BENJILALI Laila	Médecine interne	MOUDOUNI Said Mohammed	Urologie
BOUCHENTOUF Rachid	Pneumo- phtisiologie	MOUFID Kamal	Urologie
BOUKHANNI Lahcen	Gynécologie- obstétrique	MOUTAJ Redouane	Parasitologie
BOUKHIRA Abderrahman	Biochimie – chimie	MOUTAOUAKIL Abdeljalil	Ophtalmologie
BOUMZEBRA Drissi	Chirurgie Cardio-Vasculaire	MSOUGGAR Yassine	Chirurgie thoracique
BOURRAHOUE Aicha	Pédiatrie	NAJEB Youssef	Traumato- orthopédie
BOURROUS Monir	Pédiatrie	NARJIS Youssef	Chirurgie générale
BOUSKRAOUI Mohammed	Pédiatrie	NEJMI Hicham	Anesthésie- réanimation
BSISS Mohamed Aziz	Biophysique	NIAMANE Radouane	Rhumatologie
CHAFIK Rachid	Traumato- orthopédie	OUALI IDRISSE Mariem	Radiologie
CHAKOUR Mohamed	Hématologie Biologique	OUBAHA Sofia	Physiologie
CHELLAK Saliha	Biochimie- chimie	OULAD SAIAD Mohamed	Chirurgie pédiatrique
CHERIF IDRISSE EL GANOUNI Najat	Radiologie	QACIF Hassan	Médecine interne
CHOULLI Mohamed Khaled	Neuro pharmacologie	QAMOUSS Youssef	Anesthésie- réanimation
DAHAMI Zakaria	Urologie	RABBANI Khalid	Chirurgie générale
DAROUASSI Youssef	Oto-Rhino - Laryngologie	RADA Nouredine	Pédiatrie
DRAISS Ghizlane	Pédiatrie	RAIS Hanane	Anatomie pathologique
EL ADIB Ahmed Rhassane	Anesthésie- réanimation	RAJI Abdelaziz	Oto-rhino-laryngologie
EL AMRANI Moulay Driss	Anatomie	ROCHDI Youssef	Oto-rhino- laryngologie
EL ANSARI Nawal	Endocrinologie et maladies métaboliques	SAMKAOUI Mohamed Abdenasser	Anesthésie- réanimation
EL BARNI Rachid	Chirurgie- générale	SAMLANI Zouhour	Gastro- entérologie
EL BOUCHTI Imane	Rhumatologie	SARF Ismail	Urologie
EL BOUIHI Mohamed	Stomatologie et chir maxillofaciale	SORAA Nabila	Microbiologie – Virologie
EL FEZZAZI Redouane	Chirurgie pédiatrique	SOUMMANI Abderraouf	Gynécologie- obstétrique
EL HAOURY Hanane	Traumato- orthopédie	TASSI Noura	Maladies infectieuses
EL HATTAOUI Mustapha	Cardiologie	TAZI Mohamed Illias	Hématologie- clinique
EL HOUDZI Jamila	Pédiatrie	YOUNOUS Said	Anesthésie- réanimation
EL IDRISSE SLITINE Nadia	Pédiatrie	ZAHLANE Kawtar	Microbiologie - virologie
EL KARIMI Saloua	Cardiologie	ZAHLANE Mouna	Médecine interne
EL KHADER Ahmed	Chirurgie générale	ZAOUI Sanaa	Pharmacologie
EL KHAYARI Mina	Réanimation médicale	ZEMRAOUI Nadir	Néphrologie
EL MGHARI TABIB Ghizlane	Endocrinologie et maladies métaboliques	ZIADI Amra	Anesthésie - réanimation
EL OMRANI Abdelhamid	Radiothérapie	ZOUHAIR Said	Microbiologie
ELFIKRI Abdelghani	Radiologie	ZYANI Mohammed	Médecine interne
ESSAADOUNI Lamiaa	Médecine interne		

Professeurs Agrégés

Nom et Prénom	Spécialité	Nom et Prénom	Spécialité
ABDOU Abdessamad	Chiru Cardio vasculaire	SEBBANI Majda	Médecine Communautaire (médecine préventive, santé publique et hygiène)
ABIR Badreddine	Stomatologie et Chirurgie maxillo faciale	HAZMIRI Fatima Ezzahra	Histologie- embyologie cytogénétique
ADARMOUCH Latifa	Médecine Communautaire (médecine préventive,santé publique et hygiène)	JANAH Hicham	Pneumo- phtisiologie
AIT BATAHAR Salma	Pneumo- phtisiologie	LAFFINTI Mahmoud Amine	Psychiatrie
ALAOUI Hassan	Anesthésie -Réanimation	LAHKIM Mohammed	Chirurgie générale
ALJALIL Abdelfattah	Oto- rhino- laryngologie	MESSAOUDI Redouane	Ophtalmologie
ARABI Hafid	Médecine physique et réadaptation fonctionnelle	MOUHSINE Abdelilah	Radiologie
ARSALANE Adil	Chirurgie Thoracique	NADER Youssef	Traumatologie - orthopédie
ASSERRAJI Mohammed	Néphrologie	NASSIM SABAH Taoufik	Chirurgie Réparatrice etPlastique
BELBACHIR Anass	Anatomie- pathologique	RHARRASSI Isam	Anatomie-patologique
BELHADJ Ayoub	Anesthésie -Réanimation	SALAMA Tarik	Chirurgie pédiatrique
BOUZERDA Abdelmajid	Cardiologie	SEDDIKI Rachid	Anesthésie - Réanimation
CHRAA Mohamed	Physiologie	SERGHINI Issam	Anesthésie - Réanimation
EL HAOUATI Rachid	Chirurgie Cardio-vasculaire	TOURABI Khalid	Chirurgie réparatrice etplastique
EL KAMOUNI Youssef	Microbiologie Virologie	ZARROUKI Youssef	Anesthésie - Réanimation
EL MEZOUARI El Moustafa	Parasitologie Mycologie	ZIDANE Moulay Abdelfettah	Chirurgie Thoracique
ESSADI Ismail	Oncologie Médicale	BELGHMAIDI Sarah	OPhtalmologie
GHAZI Mirieme	Rhumatologie	BENNAOUI Fatiha	Pédiatrie
Hammoune Nabil	Radiologie	FENNANE Hicham	Chirurgie Thoracique
ABDELFETTAH Youness	Rééducation etRéhabilitation Fonctionnelle	REBAHI Houssam	Anesthésie - Réanimation
ELBAZ Meriem	Pédiatrie	ZOUIZRA Zahira	Chirurgie Cardio- vasculaire
FDIL Naima	Chimie de CoordinationBio-organique		

Professeurs Assistants

Nom et Prénom	Spécialité	Nom et Prénom	Spécialité
AABBASSI Bouchra	PédoPsychiatrie	ELJAMILI Mohammed	Cardiologie
ABALLA Najoua	Chirurgie pédiatrique	ELOUARDI Youssef	Anesthésie réanimation
ABOUDOURIB Maryem	Dermatologie	EL-QADIRY Raby	Pédiatrie
ABOULMAKARIM Siham	Biochimie	FASSI Fihri Mohamed jawad	Chirurgie générale
ACHKOUN Abdessalam	Anatomie	GEBRATI Lhoucine	Chimie physique
AHBALA Tariq	Chirurgie générale	HAJHOUI Farouk	Neurochirurgie
AIT ERRAMI Adil	Gastro-entérologie	HAJJI Fouad	Urologie
AKKA Rachid	Gastro - entérologie	HAMRI Asma	Chirurgie Générale
AMINE Abdellah	cardiologie	HAZIME Raja	Immunologie
ARROB Adil	Chirurgie réparatrice et plastique	IDALENE Malika	Maladies infectieuses
AZAMI Mohamed Amine	Anatomie pathologique	JALLAL Hamid	Cardiologie
AZIZ Zakaria	Stomatologie et chir maxillo faciale	KHALLIKANE Said	Anesthésie-réanimation

AZIZI Mounia	Néphrologie	LACHHAB Zineb	Pharmacognosie
BAALLAL Hassan	Neurochirurgie	LAHLIMI Fatima Ezzahra	Hématologie clinique
BABA Hicham	Chirurgie générale	LAHMINE Widad	Pédiatrie
BELARBI Marouane	Néphrologie	LAMRANI HANCI Asmae	Microbiologie-virologie
BELFQUIH Hatim	Neurochirurgie	LOQMAN Souad	Microbiologie et toxicologie environnementale
BELLASRI Salah	Radiologie	MAOUJOUR Omar	Néphrologie
BENAMEUR Yassir	Médecine nucléaire	MEFTAH Azzelarab	Endocrinologie et maladies métaboliques
BENANTAR Lamia	Neurochirurgie	MILOUDI Mohcine	Microbiologie - Virologie
BENCHAFAI Ilias	Oto- rhino- laryngologie	MOUGUI Ahmed	Rhumatologie
BENYASS Youssef	Traumatologie- orthopédie	MOULINE Souhail	Microbiologie-virologie
BENZALIM Meriam	Radiologie	NASSIH Houda	Pédiatrie
BOUHAMIDI Ahmed	Dermatologie	OUEIAGLI NABIH Fadoua	Psychiatrie
BOUTAKIOUTE Badr	Radiologie	OUMERZOUK Jawad	Neurologie
CHAHBI Zakaria	Maladies infectieuses	RAGGABI Amine	Neurologie
CHEGGOUR Mouna	Biochimie	RAISSI Abderrahim	Hématologie clinique
CHETOUI Abdelkhalek	Cardiologie	RHEZALI Manal	Anesthésie-réanimation
CHETTATI Mariam	Néphrologie	ROUKHSI Redouane	Radiologie
DAMI Abdallah	Médecine Légale	SAHRAOUI Houssam Eddine	Anesthésie-réanimation
DARFAOUI Mouna	Radiothérapie	SALLAHI Hicham	Traumatologie-orthopédie

DOUIREK Fouzia	Anesthésie- réanimation	SAYAGH Sanae	Hématologie
DOULHOUSNE Hassan	Radiologie	SBAAI Mohammed	Parasitologie-mycologie
EL- AKHIRI Mohammed	Oto- rhino- laryngologie	SBAI Asma	Informatique
EL AMIRI My Ahmed	Chimie de Coordinationbio- organique	SIRBOU Rachid	Médecine d'urgence et decatastrophe
EL FADLI Mohammed	Oncologie médicale	SLIOUI Badr	Radiologie
EL FAKIRI Karima	Pédiatrie	WARDA Karima	Microbiologie
EL GAMRANI Younes	Gastro-entérologie	YAHYAOUI Hicham	Hématologie
EL HAKKOUNI Awatif	Parasitologie mycologie	YANISSE Siham	Pharmacie galénique
EL JADI Hamza	Endocrinologie et maladies métaboliques	ZBITOU Mohamed Anas	Cardiologie
EL KHASSOUI Amine	Chirurgie pédiatrique	ZIRAOUI Oualid	Chimie thérapeutique
ELATIQUI Oumkeltoum	Chirurgie réparatrice et plastique	ZOUIA Btissam	Radiologie

LISTE ARRÊTÉE LE 26/09/2022



DÉDICACES





Je me dois d'avouer pleinement ma reconnaissance à toutes les personnes qui m'ont soutenue durant mon parcours, qui ont su me hisser vers le haut pour atteindre mon objectif. C'est avec amour, respect et gratitude que

Je dédie cette thèse...

الله

*Louange à Dieu tout puissant, qui m'a permis de voir ce jour tant attendu.
Sans sa miséricorde, ce travail n'aura pas abouti*

*Toutes les lettres ne sauraient trouver les mots qu'il faut... Tous les mots ne
sauraient exprimer la gratitude,
L'amour, le respect, la reconnaissance...
Aussi, c'est tout simplement que*



Je dédie cette thèse à...

À ma très chère mère : NAWAL MAZABI

À la plus douce et la plus attentionnée de toutes les mamans Tu es ma source inépuisable de tendresse, de patience, patience et beaucoup de patience. Tu es la lumière qui jaillit dans mes jours et mes soirs. Tu as usé de ta santé par tant de sacrifices... J'en suis tellement reconnaissant. Merci pour tous les sacrifices que tu as réalisés afin que je ne manque de rien. Tu as toujours su trouver les bons mots pour m'encourager et m'aider à me relever. Tes prières, ton amour et ton soutien sans faille ont toujours été ma source de motivation. Aucun mot ne décrira jamais assez la formidable mère que tu es. Depuis mon enfance, tu as toujours été mon idole ; ta force et ton courage étaient et seront toujours ma plus grande inspiration. Tu étais toujours là à mes côtés pour me reconforter, essuyer mes larmes, soulager mes peines et partager mes joies. Tu es et resteras à jamais, le soleil qui illumine ma vie. Puisse Dieu TOUT puissant, te préserver et t'accorder bonne santé et longévité afin que je puisse te rendre un minimum de ce que je te dois. Je te dédie ce travail en gage de ma profonde reconnaissance et de ma tendre affection, Je t'aime fort mon soleil.

À mon très cher père : MYDRISS EL AMGHARI

Aucune dédicace ne saurait exprimer ma considération, et la profondeur de mon estime et respect pour avoir eu confiance en moi. Tu as été et seras toujours un exemple à suivre pour ton sens d'organisation et ta persévérance. Tu as toujours eu confiance en moi et tu m'as offert l'encouragement et le soutien tout au long de mes années d'étude. Tu m'as donné goût au savoir et à la lecture. Tu seras toujours mon exemple de sagesse et de bon sens. À l'homme respectueux et dévoué qui m'a comblé de ses bienfaits et m'a inculqué les principes moraux et mondains d'une vie équilibrée. Je suis très fier d'être ton fils et de pouvoir enfin réaliser, ce que tu as tant espéré et attendu de moi. Je te dédie ce travail, le fruit de toutes tes peines et tes efforts, et je profite de cette occasion, pour te remercier de tout mon cœur, et te dire que je t'aime. Puisse Dieu te préserver et te procurer longue vie, bonne santé et bonheur.

À ma très chère petite sœur : YASMINE EL AMGHARI

Aucune dédicace ne peut exprimer la profondeur des sentiments d'amour et d'attachement que j'éprouve à ton égard ma sœur. En souvenir d'une enfance dont nous avons partagé les meilleurs et les plus agréables moments. Pour toute la complicité et l'entente qui nous unissent, ce travail est un témoignage de mon attachement et de mon amour. Puisse Dieu le tout puissant exaucer tous tes vœux,

À la mémoire de ma grand-mère maternelle LEILA DASSOULI

J'aurai tant aimé que tu sois présente aujourd'hui. Je te dédie ce travail en témoignage de mes sentiments les plus sincères. Puisse ton âme repose en paix. Que Dieu, le tout puissant, te couvre de sa sainte miséricorde et t'accueille dans son éternelle Paradis.

À mon grand-père maternel AHMED MAZABI :

Pour votre amour et votre soutien, je vous dédie ce travail en témoignage de ma profonde affection et mon attachement.

À mes chers grands-parents paternels (MY ABDELLEAH EL AMGHARI, IJA BOUMLIK) :

Votre amour, votre gentillesse et votre soutien ont été pour moi une source de courage, de confiance et de patience. Vos prières furent pour moi d'un grand réconfort. Qu'il me soit permis aujourd'hui, de vous exprimer mon profond respect et mon grand amour.

À mes oncles et tantes, cousins et cousines, petits et grands, aux membres de toute la famille El Amghari et Mazabi :

J'aurais aimé pouvoir citer chacun par son nom. Vous aviez toujours su rendre, les moments les plus difficiles, plus joyeux. J'ai une chance inestimable d'être né dans une famille si aimante et si généreuse. Pour tous les moments de folies qu'on a passés ensemble, je vous dédie ma chère famille ce travail avec tous mes vœux de bonheur, de santé et de réussite. Sans vous, rien n'aurait été possible.

Merci pour les valeurs que vous m'avez transmises, vos encouragements, votre amour, votre patience et votre soutien quotidien tout au long de ces années. Merci de m'avoir toujours écouté, conseillé et d'avoir cru en moi.

À mes deux meilleures amies SARA SERGHINI et CHAIMÆ SOUSSI :

Vous êtes plus que des amies. Vous étiez toujours présentes pour me soutenir, vous m'avez beaucoup aidé, je vous en serai toujours reconnaissant. J'ai toujours senti que vous êtes ma deuxième famille. Je vous souhaite une vie pleine d'amour. Je vous aime et je vous dédie ce modeste travail.

À la Grand-mère Maternelle de Sara Serghini (Mima) et la Maman de CHAIMÆ SOUSSI (tante Hanane) :

Merci pour vos encouragements, votre soutien tout au long de ces années. Je vous dédie ce travail en reconnaissance à la grande affection que vous me témoignez et pour vous exprimer toute la gratitude et l'amour que je vous porte.

À mes très cher(e)s ami(e)s : Othmane akeskous , Jrid Mohamed , Hassik Abdoussamad , Montacer Ait Rjala, Yassine Oudmine, Mohamed Kourrad , Mohamed El Hmami , Salma Taoujni, Oumaima Taoujni , Oumaima Soussi , Sarah Zemrani , Oualid Bouskri , Niimatoullah Ouahabi , Hanaa Kassar , Soukaina Korchi , Hamza Rehali , Hicham Kadmira , Walid Segratti, Fatema-zehra Zerqadi , Idriss Ehlali , Safar Mohamed , Abdelmounaim Driouch , Mahboub Hamza , Mounir El Hadrani , Jabrane Amine , Dia Abou , Hafidi Amine , Saad El Harouaq , Oumaima Bounar , Rania Nessassi , Salma El Bahi , Bouchra El Aassimi, Chaimae El Moutaoukij, Asmae gasmi , Sami Merslmiz ... :

Je ne peux trouver les mots justes et sincères pour vous exprimer mon affection et mes pensées, vous êtes pour moi des frères, sœurs et des amis sur qui je peux compter. En témoignage de l'amitié qui nous unit et des souvenirs de tous les moments que nous avons passés ensemble, je vous dédie ce travail et je vous souhaite une vie pleine de santé et de bonheur. Que notre fraternité reste éternelle.

À Professeur Mohamed Merzouki , Professeur à l'université Sultan Moulay Slimane :

Un spécial merci à vous pour l'aide remarquable que vous avez fournie dans la réalisation de ce travail.

À toute l'équipe de WOMI PROD :

Je vous dédie ce travail, et je vous souhaite une vie pleine de santé, de bonheur et de succès.

À tous mes enseignants tout au long de mes études. À tous ceux qui ont participé de près ou de loin à la réalisation de ce travail. À tous ceux ou celles qui me sont chers et que j'ai omis involontairement de citer. À tous ceux qui ont cette pénible tâche de soulager les gens et diminuer leurs souffrances. Merci pour votre amour et encouragements Merci pour votre précieuse aide à la réalisation de ce travail.



REMERCIEMENTS



À NOTRE MAÎTRE ET RAPPORTEUR : PROFESSEUR MOUHADI KHALID
PROFESSEUR DE PSYCHIATRIE A L'HOPITAL MILITAIRE D'INSTRUCTION
MOHAMED V A RABAT

Vous m'avez accordé un immense honneur et un grand privilège en acceptant avec gentillesse et spontanéité, de diriger et d'encadrer mon travail. J'ai eu le grand plaisir de travailler sous votre direction. Vos conseils et recommandations, votre compétence, votre dynamisme, votre rigueur, et votre attention ont vastement contribué à la réalisation de cette thèse et ont suscité en moi une grande admiration et un profond respect. Veuillez accepter, cher Maître, l'assurance de mon estime, ma sincère reconnaissance et ma profonde gratitude.

À NOTRE MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE PROFESSEUR MANOUDI FATIHA,
PROFESSEUR DE PSYCHIATRIE, CHEF DE SERVICE DE PSYCHIATRIE A
L'HOPITAL IBN NAFIS DE MARRAKECH

Je suis très sensible à l'honneur que vous m'avez fait en acceptant aimablement de présider ce prestigieux jury de thèse. Je vous remercie de la confiance que vous avez bien voulu m'accorder. J'ai eu la chance de compter parmi vos étudiants et de profiter de l'étendue de votre savoir. Vos remarquables qualités humaines et professionnelles ont toujours suscité ma profonde admiration. Je vous prie d'accepter le témoignage de ma reconnaissance et l'assurance de mes sentiments respectueux,

À NOTRE MAÎTRE ET JUGE DE THÈSE PROFESSEUR RAMMOUZ ISMAIL,
PROFESSEUR DE PSYCHIATRIE, CHEF DE SERVICE DU SERVICE DE
PSYCHIATRIE AU CHU D'AGADIR,

Je ne vous remercierai jamais assez pour votre bienveillance et votre belle générosité. Merci pour la chance que vous m'avez accordé d'être votre thésard et de mener à vos côtés ce travail. Vous m'avez toujours réservé le meilleur accueil malgré vos obligations professionnelles. Je vous remercie infiniment, chère Maître, pour avoir consacré à ce travail une partie de votre temps précieux et de m'avoir guidé avec rigueur et bienveillance. Je suis très fier d'avoir appris auprès de vous et j'espère avoir été à la hauteur de votre attente. Veuillez accepter, cher maître, dans ce travail l'assurance de mon estime et de mon profond respect.



ABBREVIATIONS



Liste des abréviations :

- ❖ **AMP** : Association Mondiale de Psychiatrie
- ❖ **ID** : Indéterminé (Le nombre d'individus ayant répondu par " Oui" ou " incertain" et qui n'ont pas indiqué leur choix de modalités (Ami, Autre relation, Enfant/ conjoint et Toi-même)
- ❖ **PAS** : Patients avec schizophrénie
- ❖ **PG** : Population générale
- ❖ **PS** : Professionnels de santé
- ❖ **WPA** : World Psychiatric Association



PLAN



INTRODUCTION	1
MATERIELS ET METHODES	4
RESULTATS	10
ANALYSE DESCRIPTIVE	11
I. Caractéristiques générales de l'échantillon	11
1. L'âge	11
2. Le sexe	13
3. Situation matrimoniale	13
4. Le profil des répondants	14
5. Situation familiale	14
II. Antécédents psychiatriques des répondants	16
1. Antécédents de dépression	16
2. Antécédents de trouble anxieux	16
3. Antécédent de prise des psychotropes	17
III. Facteurs d'exposition	18
1. Connaissances obtenues à travers les médias	18
2. Influence de la psychose sur la vie quotidienne des professionnels de la santé	22
IV. Connaissances sur la schizophrénie	24
1. Causes de la schizophrénie	24
2. Connaissances globales et croyances sur la schizophrénie	29
V. Désir de distance sociale	33
Analyse bivariée	36
I. Corrélations selon le désir de distance sociale, le sexe et le profil des répondants	36
DISCUSSION	38
I. Généralité sur la schizophrénie	39
1. Définition :	39
2. Étiopathogénie	39
II. «Perception»	42
1. Définition :	42
2. Perception et santé mentale	42
III. La stigmatisation	44
1. Définition	44
2. Formes de stigmatisations	45
3. Stigmatisation et maladie mentale	46
4. Stigmatisation et les professionnels de la santé	48
IV. Analyse des résultats	51
1. Caractéristique socio-démographiques	51
2. Facteurs de connaissances	52
3. Désir de distance sociale	53
RECOMMANDATIONS	56
CONCLUSION	59
RESUMES	61



INTRODUCTION



Les pathologies psychiatriques sont particulièrement exposées à la stigmatisation avec de nombreuses conséquences en termes d'altération de l'estime de soi, de perte d'espoir, de risque suicidaire, de dysfonctionnement social, de mauvaise adhésion aux prises en charge. La stigmatisation des troubles psychiatriques concerne également les professionnels de santé, au premier rang desquels médecins et étudiants en médecine. Une étude comparant les attitudes d'étudiants en médecine vis-à-vis de neuf spécialités médicales différentes a mis en évidence des attitudes particulièrement négatives envers la psychiatrie par rapport aux autres spécialités médicales. (1) Les attitudes d'étudiants en médecine apparaissent plus négatives envers les pathologies psychiatriques (schizophrénie, dépression, troubles liés à l'usage de substances) qu'envers les autres pathologies (SIDA, diabète) (2).

Les patients souffrant de trouble psychiatrique décrivent fréquemment des attitudes négatives des acteurs de santé, ce qui questionne sur l'impact de la stigmatisation sur leur accès aux soins. La stigmatisation publique que redoutent les patients souffrant de trouble psychiatrique constitue vraisemblablement un frein supplémentaire à la démarche de soins. (3) La stigmatisation des personnes souffrant de trouble psychiatrique par les professionnels de santé est, de plus, susceptible d'impacter sur les décisions de prises en charge médicale, la rendant moins optimale que celle des patients issus de la population générale. (4) ; (5) Chez les patients souffrant de schizophrénie, les soins physiques primaires généralistes sont moins pratiqués que dans la population générale : ces patients sont deux fois moins susceptibles de bénéficier de contrôles de la pression sanguine ou de la cholestérolémie. (6) La stigmatisation pourrait ainsi jouer un rôle dans la mortalité précoce des sujets atteints de pathologie mentale. Les individus atteints de pathologie mentale quelle qu'elle soit ont un risque considérablement accru de mort prématurée. (7) En effet, l'espérance de vie à tout âge est évaluée comme significativement plus basse que celle de la population générale, particulièrement chez les individus souffrant de schizophrénie et trouble schizo-affectif. (8); (9).

Outre l'accès aux soins somatiques, la stigmatisation internalisée constitue aussi une barrière aux soins psychiatriques. L'impact de la stigmatisation sur l'accès aux soins psychiatriques limite en conséquence les aides dont l'individu peut bénéficier du fait de sa pathologie (droits sociaux, dispositifs d'insertion sociale et professionnelle), participant ainsi à la marginalisation sociale des patients atteints de schizophrénie.(10) La stigmatisation des personnes souffrant de pathologie psychiatrique en général, et de schizophrénie en particuliers, est un fait de société, et concerne au-delà les médecins et les infirmiers, chacun à des degrés différents.

Objectifs de l'étude :

- La présente étude vise à enquêter sur les perceptions de la schizophrénie par les PS.
- L'étude va également examiner les relations entre la perception de la schizophrénie par les PS, leurs connaissances et certains facteurs auxquels ils sont exposés.

Utilité de l'étude :

- Une première étape pour sensibiliser le personnel soignant vis-à-vis de la maladie psychiatrique en général et la schizophrénie en particulier.
- Réfléchir à un programme de lutte contre la stigmatisation de la schizophrénie.
- La prise en compte des répercussions de la stigmatisation sur la vie des personnes vivant avec des troubles psychiques.
- Comblent le manque de familiarité avec la pathologie mentale, plus précisément la schizophrénie.
- Participer à la lutte contre la stigmatisation de la schizophrénie.



MATÉRIELS ET MÉTHODES



I. Type d'étude :

- Étude observationnelle transversale à visée descriptive et analytique.

II. Temps de la collecte :

- Durée de l'étude : 15 mois
- Juillet 2021–Octobre 2022

III. Lieu de l'étude :

- La province de MARRAKECH (CHU MED 6, Hôpital IBN TOFAIL, Centres de santé, Cabinets privés, cliniques privées)
- La province D'AGADIR-IDAOUTANANE (CHU HASSAN 2, Centres de santé, Cabinets privés, cliniques privées)
- La province D'INEZGANE-AITMELLOUL (Hôpital provincial d'INEZGANE, Centres de santé, Cabinets privés)
- La faculté de Médecine et de Pharmacie d'AGADIR
- La faculté de Médecine et de Pharmacie de MARRAKECH
- L'institut supérieur des professions infirmières et techniques de la santé d'Agadir

IV. Population étudiée :

Nous avons choisi 4 catégories de populations différentes du personnel de la santé

1. Les médecins
2. Les infirmiers
3. Les étudiants en médecine
4. Les étudiants infirmiers

Ainsi, nous avons pu recruter :

- Les médecins et Infirmiers du CHU MED 6 DE MARRAKECH et du CHU Souss-Massa
- Les médecins et infirmiers des centres de santé des 3 provinces MARRAKECH, AGADIR et INEZGANE
- Les étudiants de médecine de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de MARRAKECH et de la Faculté de Médecine et de Pharmacie d'AGADIR
- Les médecins et Infirmiers du secteur privé au niveau de la ville de MARRAKECH, et les deux provinces AGADIR et INEZGANE
- Les étudiants infirmiers de l'institut supérieur des professions infirmières et techniques de la santé d'AGADIR

V. Critères d'inclusion :

On a inclus 5 populations des trois provinces INEZGANE, AGADIR et MARRAKECH :

- 1-Médecins du secteur privé toutes spécialités confondues
- 2-Médecins du secteur public toutes spécialités confondues
- 3-Infirmiers (secteur privé et public)
- 4-Les étudiants en Médecine
- 5-Les étudiants infirmiers

VI. Critères d'exclusion :

- Médecins, Infirmiers ou étudiants en Médecine non consentant ou non coopérant.
- Médecins psychiatres
- Infirmiers en santé mentale et autres infirmiers affectés dans un service de psychiatrie
- Etudiants de médecine et étudiants infirmiers en stage de psychiatrie, au moment de l'étude

- Médecins, Infirmiers n'exerçant pas dans les trois provinces INEZEGANE, AGADIR et MARRAKECH

VII. Collecte des données:

- **Distribution indirecte :**

Un formulaire électronique a été créé via le logiciel Google Forms et distribué en ligne dans des groupes dédiés aux médecins généralistes, infirmiers et les étudiants en médecine et étudiants infirmier sur les réseaux sociaux (WhatsApp et Facebook)

- **Distribution directe :**

Après avoir présenté le contexte de l'enquête et son objectif de façon brève et demandé aux participants leur bienveillance et sollicité leur consentement oral, les questionnaires ont été distribués directement aux médecins généralistes, infirmiers , étudiants(Médecine, infirmier) en format papier du secteur public et privé par une visite aux lieux de leurs travaux (cabinets privés, centres de santé, hôpitaux et cliniques)

VIII. Fiche d'exploitation :

1. Questionnaire socio-démographique :

Un questionnaire explorant les données sociodémographiques : l'âge, le sexe, la situation matrimoniale et familiale, ainsi que les antécédents de dépression, de troubles anxieux ou de prise psychotropes. (voir annexe 1)

2. Outil de mesure : (Annexe 1)

- Le WORLD PSYCHIATRIC ASSOCIATION'S Stigma Questionnaire : Produit par le groupe-ment canadien de la WPA (Norman Sartorius, 2008; Heather Stuart, 2005; « World Psy-chiatric Association », 2015).
- Cet auto-questionnaire a été conçu dans le but d'évaluer la familiarité envers la maladie mentale, les connaissances au sujet de la schizophrénie, l'exposition antérieure et le désir de distance sociale envers une personne souffrant de schizophrénie.
- Ce questionnaire explore trois dimensions à l'aide de sept items au total et ne comporte ni score global, ni sous-score spécifique à chaque dimension.
- La sous-section sur les connaissances demandait aux répondants d'évaluer 16 déclara-tions sur les causes de la psychose ou de la schizophrénie sur une échelle à 5 points al-lant de « certainement » à « certainement pas ». Les répondants ont également été invi-tés à évaluer 10 déclarations supplémentaires sur ce qu'ils pensaient des personnes at-teintes de schizophrénie sur une échelle à 4 points allant de « Fréquemment à Jamais ». Pour évaluer la distance sociale, les répondants ont été invités à évaluer à l'aide d'une échelle à 4 points allant de « certainement » à « certainement pas » comment ils se sentiraient dans six situations sociales. La sous-section sur l'exposition antérieure comprenait quatre questions telles que : (a) « Au cours des 6 derniers mois, avez-vous vu, lu ou entendu quelque chose dans les actualités au sujet de personnes atteintes de psychose ou de schizophrénie ? », (b) « Avez-vous ou quelqu'un que vous connaissez déjà été traité pour un problème émotionnel ou un
- maladie mentale ?", (c) "Avez-vous ou quelqu'un que vous connaissez a-t-il été traité pour une psychose ou une schizophrénie ?", (d) "Dans quelle mesure la psychose af-fecte-t-elle votre vie ?".

IX. Analyse statistique :

- L'élaboration du questionnaire a été réalisée avec l'application Google Forms et en format papier. Les données collectées ont été saisies sur le logiciel Microsoft office Excel 2019 et analysées par logiciel.
- L'analyse statistique s'est basée sur deux méthodes :

1. Une analyse descriptive à deux variables : qualitatives et quantitatives.

Les statistiques descriptives ont été utilisées pour évaluer les données sociodémographiques, et les mesures des items de l'échelle du WPA Stigma. Les résultats sont présentés en termes de fréquences et de pourcentages du total des répondants.

L'analyse statistique a été réalisée à l'aide du logiciel MedCalc Statistical package version 14.8.1. L'odds Ratio a été calculé tout en considérant les différences statistiquement significatives pour les valeurs $p \leq 0,05$.

2. Une analyse bivariée.

X. Considérations éthiques :

- les données recueillies dans notre étude ont été gardées confidentiellement.
- Autorisation du président de l'université IBN ZOHR d'AGADIR
- Consentement oral des participants
- L'équipe des enquêteurs est tenue d'expliquer à chaque sujet individuellement le type et l'objectif de l'enquête.



RESULTATS



ANALYSE DESCRIPTIVE :

Au cours de notre enquête, nous avons distribué 1700 fiches (700 sous forme de questionnaire papier et 1000 sous forme de questionnaire en ligne). Nous avons pu récupérer 1132 questionnaires, soit un taux de participation de 66,58 %. Les 568 fiches manquantes comprennent les personnes qui ont refusé de répondre aux questionnaires, les fiches qui ont été éliminées vu le manque de réponses complètes, et celles qui n'ont pas été récupérées.

I. Caractéristiques générales de l'échantillon :

1. L'âge :

Nos participants étaient plutôt jeunes, avec un âge moyen de 24.65 ans et des extrêmes allant de 17 à 65 ans (Figure 1).

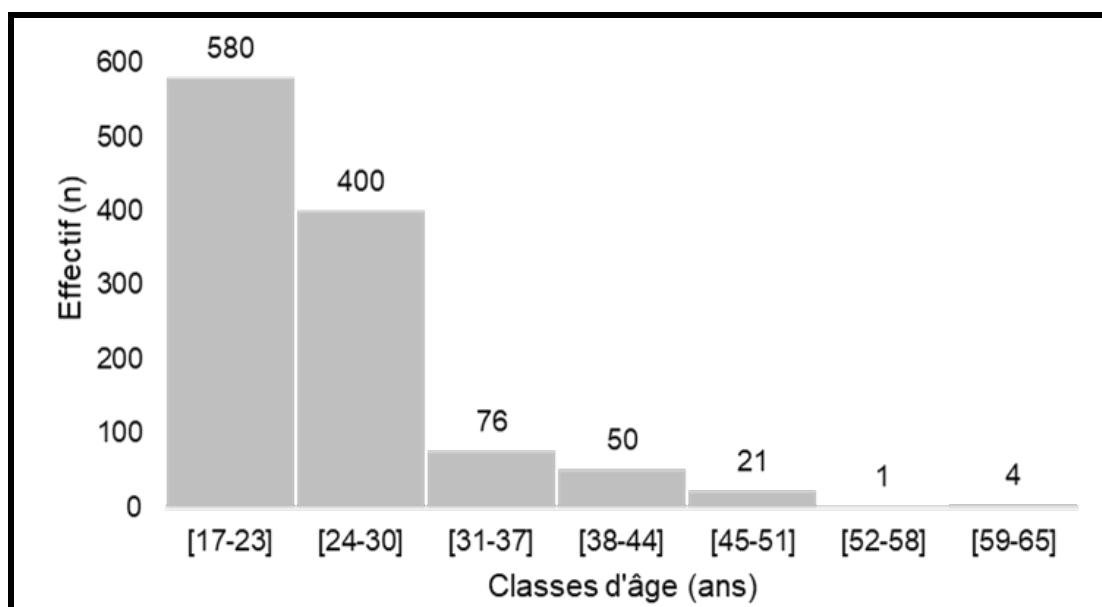


Figure 1 : Distribution de l'âge chez l'échantillon total

L'âge moyen des répondants selon le sexe :

Femme : 23,93 (extrême 17-65 ans) (figure 2)

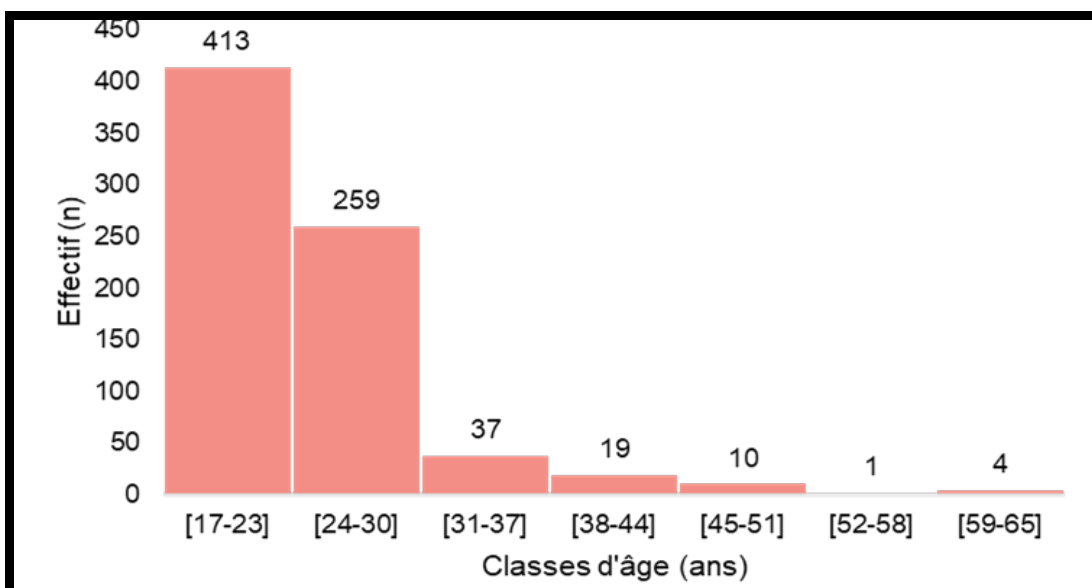


Figure 2 : Distribution de l'âge chez les femmes

homme : 26.04 (extrême 17-65 ans) (figure3)

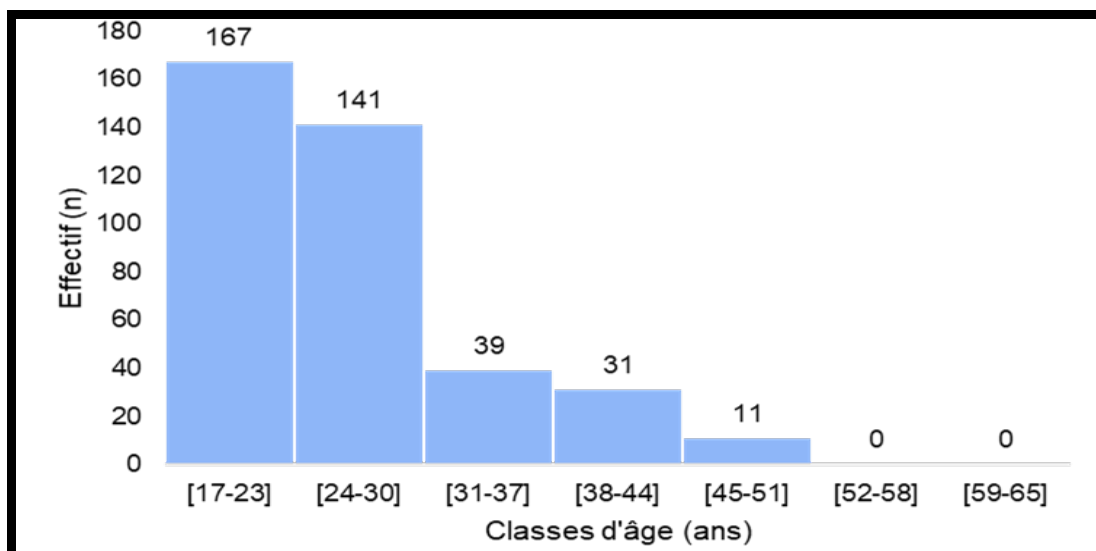


Figure 3 : Distribution de l'âge chez les hommes

2. Le sexe :

Dans notre enquête le sexe féminin représentait 66% (n=743) du total des répondants, contre 34% (n=389) pour le sexe masculin, le ratio homme/femme était de 0.52 (figure 4).

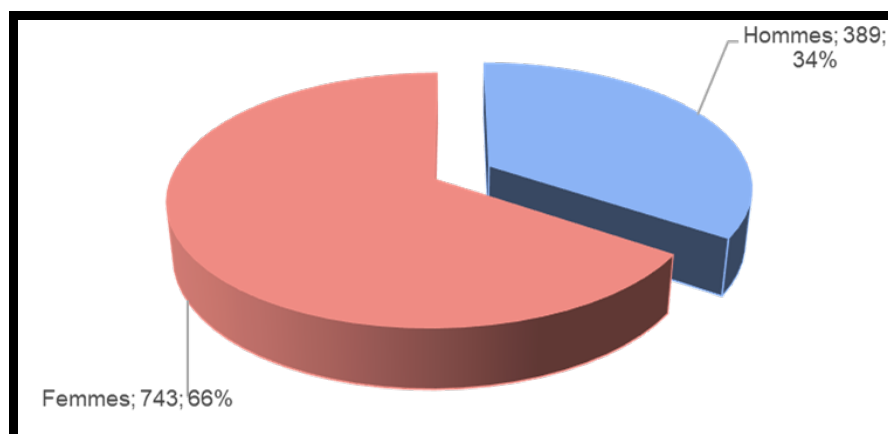


Figure 4 : Répartition des répondants selon le sexe

3. Situation matrimoniale :

Dans notre enquête, on compte parmi les répondants, 85% qui sont célibataires (n=963), 14% marié(e)s (n=152) et 1% de divorcés (n=16). (Figure 5)

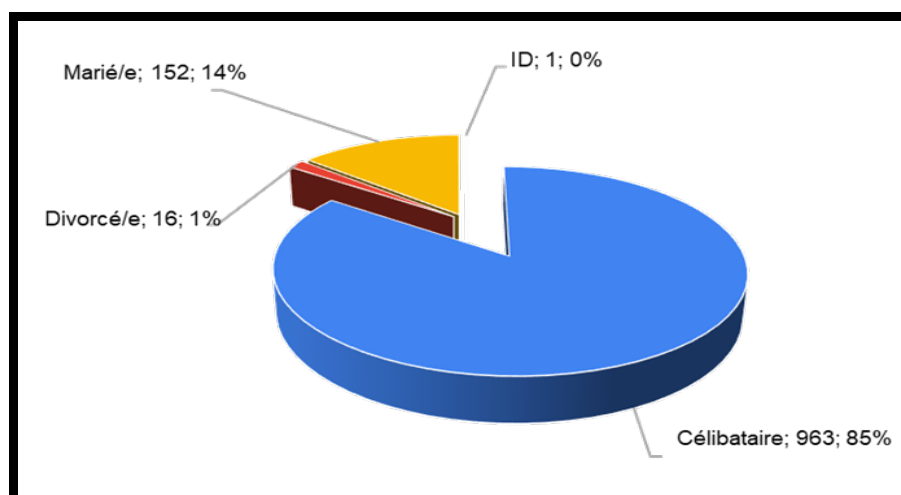


Figure 5 : Répartition des répondants selon la situation matrimoniale

4. Le profil des répondants :

Trois cent cinquante des sujets inclus dans l'enquête étaient des médecins, répartis entre 205 médecins exerçant dans le secteur public (18%) et 145 médecins dans le secteur privé (13%), toute spécialités confondues ,s'ajoute à ceux-ci 190 infirmier(e)s (17%), 295 étudiant(e)s en médecine (26%) et 296 étudiant(e)s infirmier (26%).(Figure 6)

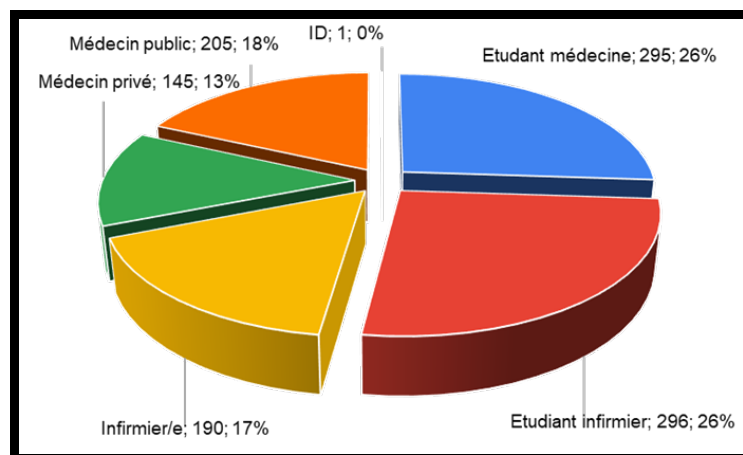


Figure 6 : Répartition des répondants selon leurs profils

5. Situation familiale :

Parmi les interrogés, 807 vivent en famille soit 71% de la totalité des répondants, 115 vivent en colocation (10%) et 209 vivent seul(e)s (19%). (Figure 7)

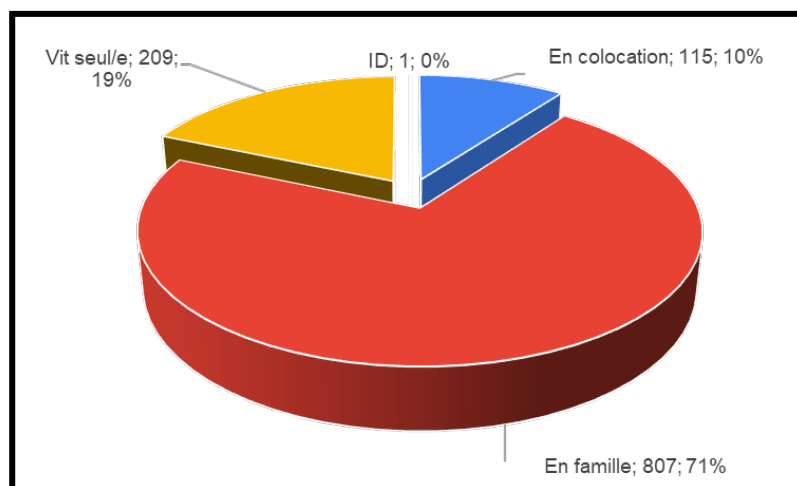


Figure 7 : Répartition des répondants selon leur situation familiale

Tableau I : Récapitulatif des caractéristiques sociodémographiques des répondants

	Femmes		Hommes		Femmes & Hommes
	Moyenne± Ecart-type		Moyenne± Ecart-type		Moyenne± Ecart-type
Age	23,93 ± 6,61		26,04 ± 7,70		24,65 ± 7,07
	Effectif (ni)	Pourcentage (%)	Effectif (ni)	Pourcentage (%)	Effectif (n)
Sexe	743	0,66	389	0,34	1132
Situation matrimoniale					
Célibataire	654	88,022	309	79,434	963
Divorcé/e	11	1,480	5	1,285	16
Marié/e	77	10,363	75	19,280	152
ID	1	0,135	0	0,000	1
Sous-total	743	100	389	100	1132
Profession					
Etudiant médecin	198	26,649	97	24,936	295
Etudiant infirmier	215	28,937	81	20,823	296
Infirmier/e	113	15,209	77	19,794	190
Médecin privé	92	12,382	53	13,625	145
Médecin public	124	16,689	81	20,823	205
ID	1	0,135	0	0,000	1
Sous-total	743	100	389	100	1132
Situation familiale					
En colocation	72	9,690	43	11,054	115
En famille	545	73,351	262	67,352	807
Vit seul/e	125	16,824	84	21,594	209
ID	1	0,135	0	0,000	1
Sous-total	743	100	389	100	1132

II. Antécédents psychiatriques des répondants :

1. Antécédents de dépression :

Parmi les répondants, 432 ont affirmé avoir eu comme antécédents, une dépression, soit 38% du total des répondants. (Figure 8)

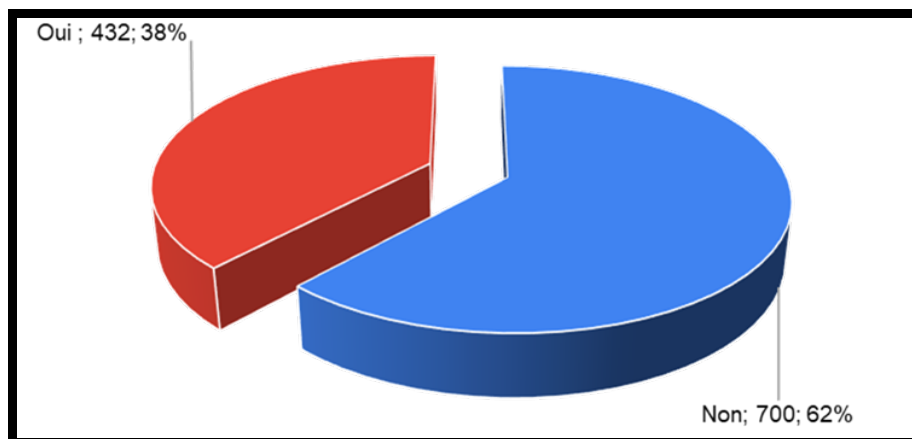


Figure 8 : Pourcentage des répondants ayant comme antécédents une dépression

2. Antécédents de trouble anxieux :

476 interrogés ont déclaré avoir eu comme antécédents, un trouble anxieux, soit 42% du total des répondants. (Figure 9)

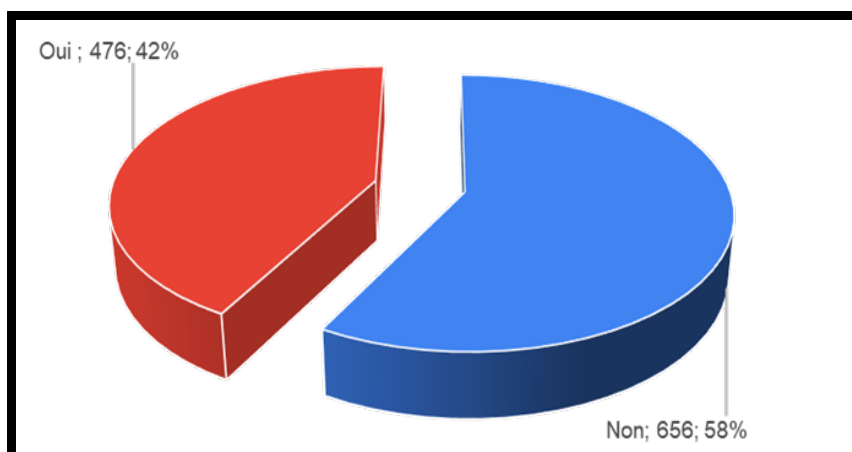


Figure 9 : Pourcentage des répondants ayant comme antécédents un trouble anxieux

3. Antécédent de prise des psychotropes :

Selon notre enquête, seuls 195 des répondants (17%) affirment avoir pris des psychotropes au cours de leur vie. (Figure 10)

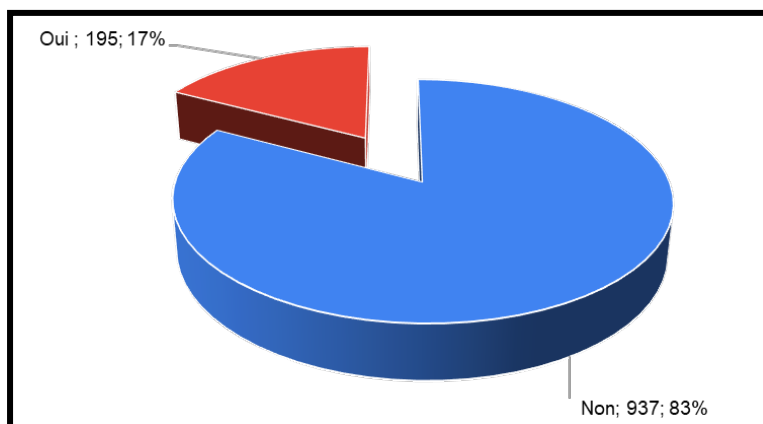


Figure 10 : Pourcentage des répondants ayant comme antécédents la prise des psychotropes

Tableau II : Récapitulatif des antécédents psychiatriques des répondants

	Femmes		Hommes		Femmes & Hommes
	Effectif (ni)	Pourcentage (%)	Effectif (ni)	Pourcentage (%)	Effectif (n)
Antécédents de dépression					
Non	438	58,950	262	67,352	700
Oui	305	41,050	127	32,648	432
Sous-total	743	100	389	100	1132
Antécédents de trouble anxieux					
Non	423	56,931	233	59,897	656
Oui	320	43,069	156	40,103	476
Sous-total	743	100	389	100	1132
Antécédents de prise des psychotropes					
Non	624	83,984	313	80,463	937
Oui	119	16,016	76	19,537	195
Sous-total	743	100	389	100	1132

III. Facteurs d'exposition :

1. Connaissances obtenues à travers les médias :

522 répondants ont indiqué avoir vu, lu ou entendu des informations à propos des personnes atteintes de psychose, ou de schizophrénie au cours de ces 6 derniers mois, soit 46% du total des interrogés. (Figure 11)

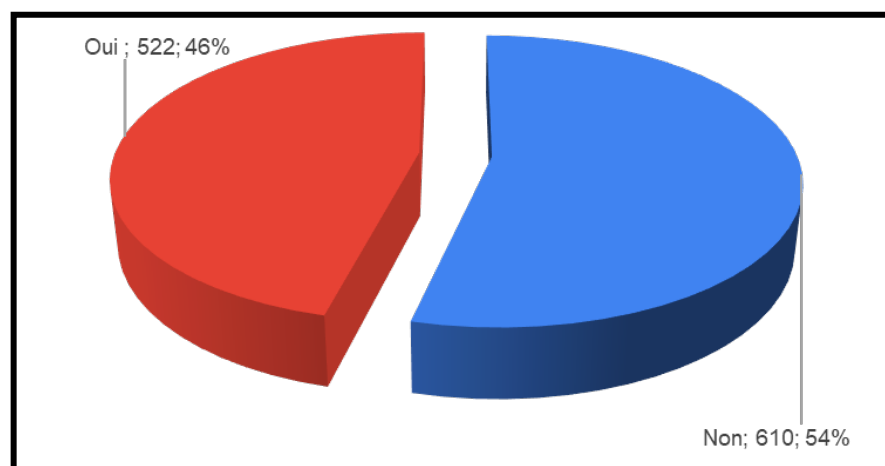


Figure 11 : Pourcentage des répondants informés sur la psychose, ou la schizophrénie pendant les 6 derniers mois à travers les médias

1.1 Exposition à des personnes ayant été traité pour un problème émotionnel ou une maladie mentale :

Dans notre enquête, 804 répondants (71%) affirment avoir été exposé à des personnes ayant été traité pour un problème émotionnel ou une maladie mentale, 269 (24%) indiquent ne jamais avoir été en contact avec ces personnes, alors que 59 interrogés étaient incertains. (Figure 12)

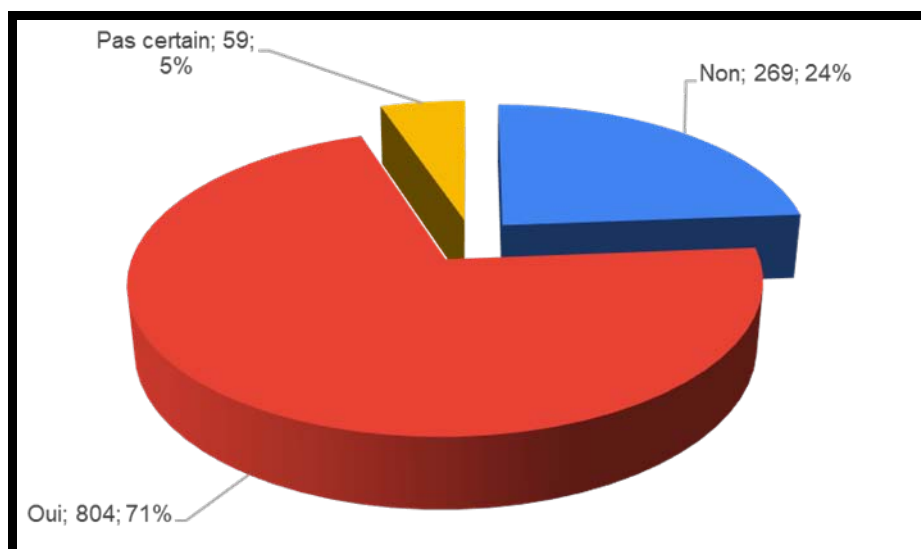


Figure 12 : Pourcentage des répondants ayant eux-mêmes été traité ou ayant été exposé à des personnes traitées pour un problème émotionnel ou maladie mentale

1.2 Lien avec la personne ayant déjà été traité pour un problème émotionnel ou une maladie mentale :

Concernant les répondants ayant affirmé avoir été exposé à des personnes traités pour un problème émotionnel ou une maladie mentale , la nature des liens avec ces personnes est répartie selon 5 groupes : 36% pour les amis , 1% pour les enfants et les conjoints , 44 % pour les autres relations (Connaissance , collègue , ..) , ID (indéterminé) (39.4%) pour le nombre d'individus ayant répondu par " Oui" ou " incertain" et qui n'ont pas indiqué leur choix de modalités (Ami, Autre relation, Enfant/ conjoint et Toi-même) et finalement les 15% concernent les répondants ayant été eux-mêmes traité pour un problème émotionnel ou une maladie mentale.(figure 13).

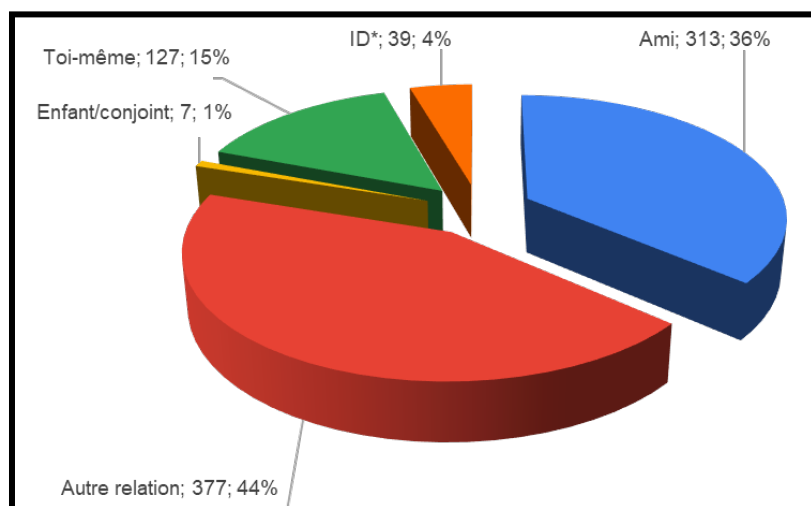


Figure 13 : Répartition de la nature des liens des répondants avec les personnes ayant été traité pour un problème émotionnel ou une maladie mentale

1.3 Exposition à des personnes ayant été traité pour une psychose ou schizophrénie :

Dans notre enquête, 434 répondants (38%) affirment avoir été exposé à des personnes ayant été traité pour une psychose ou schizophrénie, 595 (53%) indiquent ne jamais avoir été en contact avec ces personnes, alors que 103 interrogés (9%) étaient incertains de leur exposition à des gens traités pour une psychose ou schizophrénie.(figure 14)

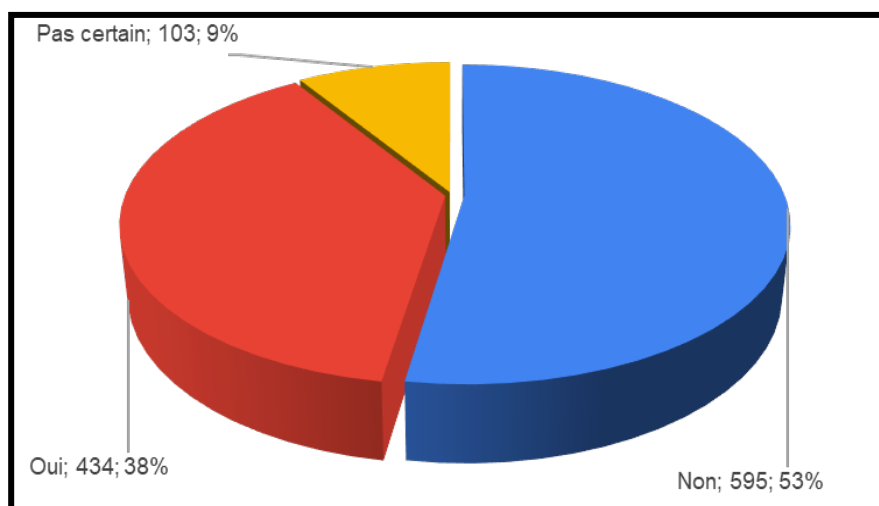


Figure 14 : Pourcentage des répondants ayant eux-mêmes été traité ou ayant été exposé à des personnes traitées pour une psychose ou schizophrénie

1.4 Lien avec les personnes ayant déjà été traité pour une psychose ou schizophrénie :

Concernant les répondants ayant affirmé avoir été exposé à des personnes traitées pour une psychose ou schizophrénie, la nature des liens avec ces personnes est répartie selon 5 groupes : 32% pour les amis (n=175) , 2% pour les enfants et les conjoints , 52% pour les autre relations (Connaissance , collègue , ..) , ID (indéterminé) (11%) pour le nombre d'individus ayant répondu par " Oui" ou " incertain" et qui n'ont pas indiqué leur choix de modalités (Ami, Autre relation, Enfant/ conjoint et Toi-même) et 3% concernent les répondants ayant été eux-mêmes traité pour une psychose ou schizophrénie.(figure 15)

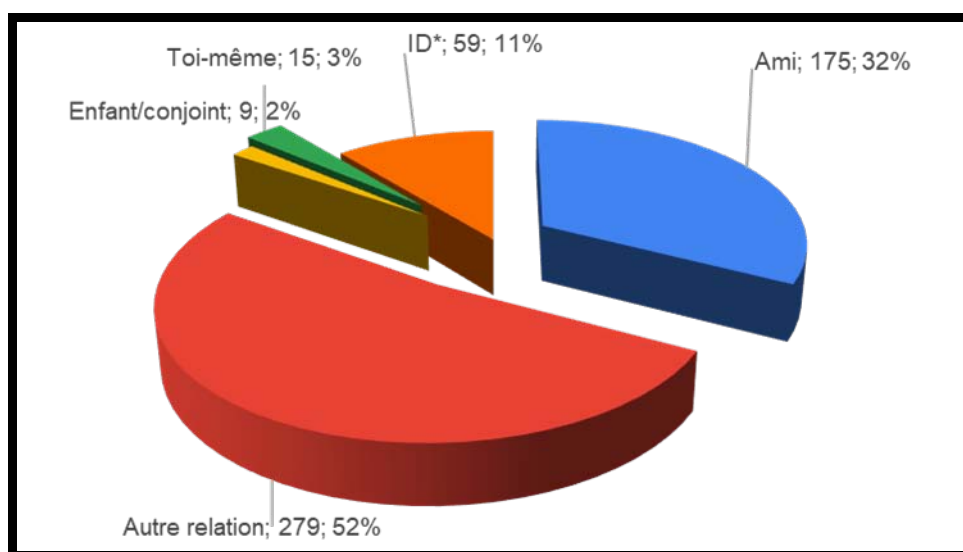


Figure 15 :Répartition de la nature des liens des répondants avec les personnes ayant été traité pour une psychose ou schizophrénie

2. Influence de la psychose sur la vie quotidienne des professionnels de la santé :

Selon les interrogés ayant été en contact avec des personnes souffrant de psychose , l'influence de cette dernière sur leur vie quotidienne nous a permis de les répartir selon 3 catégories , en premier, 565 répondants , soit 50% affirment ne pas avoir été influencé par la psychose de son entourage , 42 % (n=452) pensent avoir été un peu influencé par la psychose et 10% avancent qu'ils sont tout le temps préoccupés par leur entourage atteint de psychose. (Figure 16)

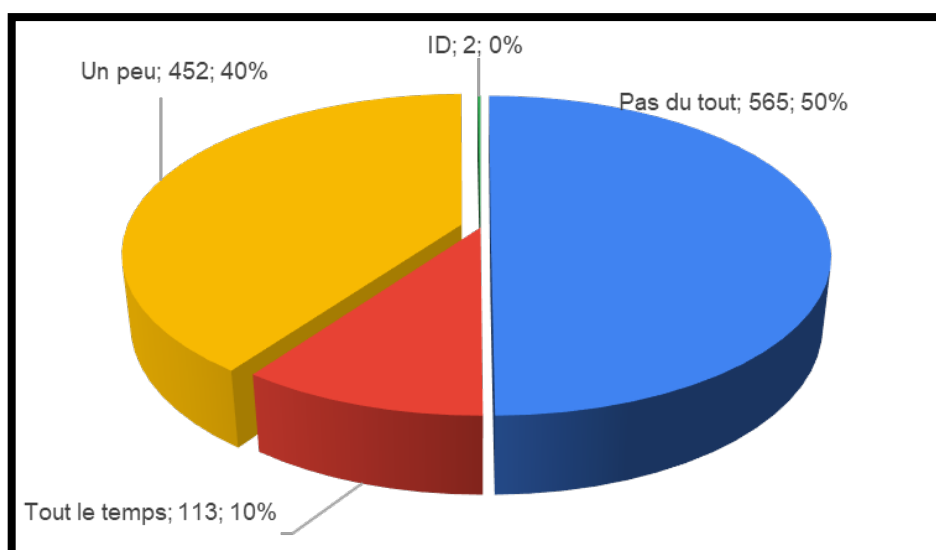


Figure 16 : Répartition des répondants influencés par la psychose sur leur vie quotidienne

Tableau III : Récapitulatif des facteurs d'expositions

	Femmes		Hommes		Femmes & hommes
	Effectif (ni)	Pourcentage (%)	Effectif (ni)	Pourcentage (%)	Effectif (n)
Q1: Connaissance sur les personnes atteintes de psychose ou de schizophrénie pendant 6 derniers mois					
Non	389	52,355	221	56,812	610
Oui	354	47,645	168	43,188	522
Sous-total	743	100	389	100	1132
Q2: Connaissance de quelqu'un traité pour un problème émotionnel ou une maladie mentale					
Non	179	24,092	90	23,136	269
Oui	528	71,063	276	70,951	804
Pas certain	36	4,845	23	5,913	59
Sous-total	743	100	389	100	1132
Q2a: Lien avec la personne déjà été traitée pour un problème émotionnel ou une maladie mentale					
Ami	184	32,624	129	43,144	313
Autre relation	271	48,050	106	35,452	377
Enfant/conjoint	6	1,064	1	0,334	7
Toi-même	81	14,362	46	15,385	127
ID*	22	3,901	17	5,686	39
Sous-total	564	100	299	100	863
Q3: Connaissance de quelqu'un déjà été traité pour une psychose ou une schizophrénie					
Non	392	52,759	203	52,185	595
Oui	291	39,166	143	36,761	434
Pas certain	60	8,075	43	11,054	103
Sous-total	743	100	389	100	1132
Q3a: Lien avec la personne déjà été traitée pour un problème émotionnel ou une maladie mentale					
Ami	109	19,326	66	22,074	175
Autre relation	201	35,638	78	26,087	279
Enfant/conjoint	8	1,418	1	0,334	9
Toi-même	8	1,418	7	2,341	15
ID*	25	4,433	34	11,371	59
Sous-total	351	62	186	62	537
Q4: Influence de la psychose sur la vie quotidienne des PS interrogés					
Pas du tout	353	47,510	212	54,499	565
Tout le temps	76	10,229	37	9,512	113
Un peu	314	42,261	138	35,476	452
ID	0	0,000	2	0,514	2
Sous-total	743	100	387	100	1132

IV. Connaissances sur la schizophrénie :

1. Causes de la schizophrénie :

1.1 Causes biologiques :

Tableau IV : Les causes biologiques de la schizophrénie selon les PS interrogés

	Femmes		hommes		Femmes & hommes
	Effectif (ni)	Pourcentage (%)	Effectif (ni)	Pourcentage (%)	Effectif (n)
1- Anomalies physiques dans le cerveau					
Certainement	142	19,112	104	26,735	246
Certainement pas	93	12,517	45	11,568	138
Incertain	86	11,575	44	11,311	130
Probablement*	306	41,184	144	37,018	450
Probablement pas	116	15,612	52	13,368	168
Sous-total	743	100	389	100	1132
2- Déséquilibre chimique dans le cerveau					
Certainement	231	31,090	101	25,964	332
Certainement pas	55	7,402	27	6,941	82
Incertain	65	8,748	52	13,368	117
Probablement*	308	41,454	178	45,758	486
Probablement pas	84	11,306	31	7,969	115
Sous-total	743	100	389	100	1132
3- Maladie cérébrale					
Certainement	119	16,016	71	18,252	190
Certainement pas	108	14,536	38	9,769	146
Incertain	113	15,209	66	16,967	179
Probablement*	276	37,147	141	36,247	417
Probablement pas	127	17,093	72	18,509	199
Sous-total	743	100	388	100	1132
4-L'héritage génétique					
Certainement	229	30,821	92	23,650	321
Certainement pas	62	8,345	26	6,684	88
Incertain	66	8,883	59	15,167	125
Probablement*	275	37,012	165	42,416	440
Probablement pas	111	14,939	47	12,082	158
Sous-total	743	100	389	100	1132
5-Virus pendant la grossesse					
Certainement	48	6,460	33	8,483	81
Certainement pas	224	30,148	99	25,450	323
Incertain*	113	15,209	68	17,481	181
Probablement	191	25,707	112	28,792	303
Probablement pas	166	22,342	76	19,537	242
Sous-total	742	100	388	100	1132
6-Autre facteur biologique					
Certainement	161	21,669	80	20,566	241
Certainement pas	64	8,614	27	6,941	91
Incertain	113	15,209	63	16,195	176
Probablement*	310	41,723	170	43,702	480
Probablement pas	95	12,786	49	12,596	144
Sous-total	743	100	389	100	1132

Une réponse avec* correspond à la bonne réponse à la question

Étant donné que la schizophrénie pourrait probablement provenir d'une cause biologique, dans notre enquête, 39.75% des répondants étaient d'accord sur le fait que la schizophrénie est due à une anomalie physique dans le cerveau, 42.93% affirment le déséquilibre chimique dans le cerveau comme cause probable de la schizophrénie et 36.83% pensent que la maladie cérébrale est probablement responsable de la schizophrénie.

Parmi les PS, 38.86% pensent que l'héritage génétique est probablement l'une des causes de la schizophrénie, seulement 15.98 % ne sont pas certains sur le fait qu'un virus pendant la grossesse soit responsable de la schizophrénie, tandis que 42.4% ont répondu par probablement sur le fait que d'autres facteurs bactériologiques pourraient causer la schizophrénie. D'après les résultats, le pourcentage des réponses correctes était prédominant au niveau de 5 questions parmi 6. Il s'avère qu'une grande partie des répondants soient d'accord sur le fait que les causes biologiques sont responsables de la schizophrénie. (Tableau IV)

1.2 Causes psychosociales :

Tableau V : Les causes psychosociales de la schizophrénie

	Femmes		hommes		Femmes & Hommes
	Effectif (ni)	Pourcentage (%)	Effectif (ni)	Pourcentage (%)	Effectif (n)
1-Violence physique					
Certainement	208	27,995	98	25,193	306
Certainement pas*	55	7,402	28	7,198	83
Incertain	88	11,844	62	15,938	150
Probablement	291	39,166	160	41,131	451
Probablement pas	101	13,594	41	10,540	142
Sous-total	743	100	389	100	1132
2-La pauvreté					
Certainement	111	14,939	70	17,995	181
Certainement pas*	144	19,381	54	13,882	198
Incertain	114	15,343	63	16,195	177
Probablement	218	29,341	136	34,961	354
Probablement pas	156	20,996	66	16,967	222
Sous-total	743	100	389	100	1132
3-Possession par les mauvais esprits, punition de Dieu					
Certainement	80	10,767	41	10,540	121
Certainement pas*	245	32,974	116	29,820	361
Incertain	68	9,152	57	14,653	125
Probablement	166	22,342	93	23,907	259
Probablement pas	184	24,764	82	21,080	266
Sous-total	743	100	389	100	1132
4- Événement ou choc traumatique					
Certainement	252	33,917	119	30,591	371
Certainement pas	31	4,172	15	3,856	46
Incertain*	83	11,171	53	13,625	136
Probablement	297	39,973	171	43,959	468
Probablement pas	80	10,767	31	7,969	111
Sous-total	743	100	389	100	1132
5-Abus de drogues ou d'alcool					
Certainement	287	38,627	136	34,961	423
Certainement pas	35	4,711	14	3,599	49
Incertain	46	6,191	44	11,311	90
Probablement*	292	39,300	157	40,360	449
Probablement pas	83	11,171	38	9,769	121
Sous-total	743	100	389	100	1132
6-Mauvaise éducation par les parents					
Certainement	111	14,939	70	17,995	181
Certainement pas*	146	19,650	56	14,396	202
Incertain	99	13,324	64	16,452	163
Probablement	245	32,974	140	35,990	385
Probablement pas	142	19,112	59	15,167	201
Sous-total	743	100	389	100	1132

Une réponse avec* correspond à la bonne réponse à la question

L'étude portait aussi sur les causes psychosociales. Les résultats ont montré que seulement 7% des répondants n'étaient pas d'accord sur le fait que la violence physique est l'une des causes de la schizophrénie, 17.49% des interrogés sur le fait que la pauvreté n'est pas une cause de la schizophrénie, 31.89% des PS n'approuvent pas la possession par les mauvais esprits comme cause de la schizophrénie, 12% ne sont pas certains du lien entre un choc traumatique et la schizophrénie, 39.69% des participants admettent la causalité de la drogue et l'alcool dans la schizophrénie et finalement, la mauvaise éducation est considérée comme une cause de la schizophrénie que par 17.84% des répondant

On remarque qu'au niveau des résultats, seulement deux questions (possession par les mauvais esprits et l'abus de drogue de l'alcool) parmi 6 montraient un pourcentage élevé de réponses correctes concernant les causes psychosociales de la schizophrénie. (Tableau V)

1.3 Causes inconnues ou d'autres facteurs responsables de la survenue de la schizophrénie :

Tableau VI : Autres facteurs ou des facteurs inconnus responsables de la schizophrénie selon les PS interrogés

	Femmes		Hommes		Femmes et hommes
	Effectif (ni)	Pourcentage(%)	Effectif (ni)	Pourcentage(%)	Effectif (n)
1- Les causes exactes sont inconnues					
Certainement*	232	31,225	103	26,478	335
Certainement pas	60	8,075	35	8,997	95
Incertain	103	13,863	78	20,051	181
Probablement	257	34,590	139	35,733	396
Probablement pas	91	12,248	34	8,740	125
Sous-total	743	100	389	100	1132
2- Autres facteurs					
Certainement	218	29,341	91	23,393	309
Certainement pas	57	7,672	30	7,712	87
Incertain*	94	12,651	65	16,710	159
Probablement	268	36,070	149	38,303	417
Probablement pas	106	14,266	54	13,882	160
Sous-total	743	100	389	100	1132

Une réponse avec* correspond à la bonne réponse à la question

Au niveau de notre enquête, 29.59% des répondants étaient certains que les causes exactes de la schizophrénie sont inconnues tandis que 14.04% des participants pensent qu'ils existent d'autres facteurs pouvant être à l'origine de la schizophrénie. Le pourcentage des réponses correctes n'était pas satisfaisant pour la deuxième question contrairement à la première où le nombre de réponse correcte est significatif. (Tableau VI)

1.4 Nombre de réponses correctes concernant les causes de la schizophrénie :

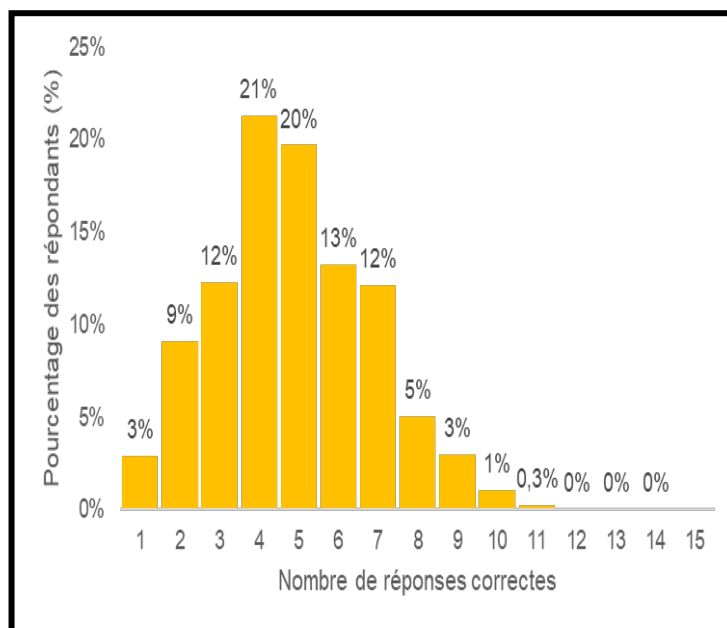


Figure 17 : Nombre de réponses correctes par les PS concernant les causes de la schizophrénie en (%)

Les résultats obtenus en ce qui concerne les connaissances des PS par rapport aux causes de la schizophrénie étaient insatisfaisants, la constatation du diagramme ci-dessus affiche que les deux grands pourcentages des répondants ayant obtenus des réponses correctes n'avaient que 4 à 5 réponses correctes parmi les 14 questions proposées (21% ont eu 4 réponses correctes sur 14, 20% ont eu 5 réponses correctes parmi 14). (Figure 17)

2. Connaissances globales et croyances sur la schizophrénie :

Tableau VIII : Croyances et connaissances globales des PS sur la schizophrénie

	Femmes		Hommes		Femmes & Hommes
	Effectif (ni)	Pourcentage (%)	Effectif (ni)	Pourcentage (%)	Effectif (n)
6.1 Peuvent être traités avec succès en dehors de l'hôpital dans la communauté					
Fréquemment	111	14,939	54	13,882	165
Jamais	141	18,977	93	23,907	234
Rarement	293	39,435	164	42,159	457
Souvent*	198	26,649	78	20,051	276
Sous-total	743	100	389	100	1132
6.2 Ont tendance à être mentalement retardés ou d'intelligence inférieure					
Fréquemment	68	9,152	41	10,540	109
Jamais*	203	27,322	73	18,766	276
Rarement	263	35,397	140	35,990	403
Souvent	209	28,129	135	34,704	344
Sous-total	743	100	389	100	1132
6.3 Entendent des voix leur dire quoi faire					
Fréquemment	277	37,281	115	29,563	392
Jamais	34	4,576	24	6,170	58
Rarement	103	13,863	64	16,452	167
Souvent*	329	44,280	186	47,815	515
Sous-total	743	100	389	100	1132
6.4 Ont besoin de médicaments pour contrôler leurs symptômes					
Fréquemment*	435	58,546	188	48,329	623
Jamais	12	1,615	8	2,057	20
Rarement	48	6,460	32	8,226	80
Souvent	248	33,378	161	41,388	409
Sous-total	743	100	389	100	1132
6.5 Peuvent être traités avec succès sans médicaments en utilisant une psychothérapie ou des interventions sociales					
Fréquemment	165	22,207	77	19,794	242
Jamais*	149	20,054	64	16,452	213
Rarement	222	29,879	134	34,447	356
Souvent	207	27,860	114	29,306	321
Sous-total	743	100	389	100	1132

	Femmes		Hommes		Femmes & Hommes
	Effectif (ni)	Pourcentage (%)	Effectif (ni)	Pourcentage (%)	Effectif (n)
6.6 Sont une nuisance publique en raison de la mendicité, d'une mauvaise hygiène ou d'un comportement étrange					
Fréquemment	110	14,805	69	17,738	179
Jamais	131	17,631	47	12,082	178
Rarement	221	29,744	116	29,820	337
Souvent*	281	37,820	157	40,360	438
Sous-total	743	100	389	100	1132
6.7 Souffrent de personnalités divisées ou multiples					
Fréquemment	247	33,244	120	30,848	367
Jamais*	68	9,152	24	6,170	92
Rarement	125	16,824	74	19,023	199
Souvent	303	40,781	171	43,959	474
Sous-total	743	100	389	100	1132
6.8 Peuvent être vus parler à eux-mêmes ou crier dans les rues de la ville					
Fréquemment	279	37,550	133,000	34,190	412
Jamais	26	3,499	14,000	3,599	40
Rarement	105	14,132	66,000	16,967	171
Souvent*	333	44,818	176,000	45,244	509
Sous-total	743	100	389	100	1132
6.9 Peuvent travailler dans des emplois réguliers					
Fréquemment	87	11,709	54	13,882	141
Jamais	106	14,266	43	11,054	149
Rarement*	287	38,627	156	40,103	443
Souvent	263	35,397	135	34,704	398
Sous-total	743	100	388	100	1131
6.10 Sont dangereux pour le public en raison d'un comportement violent					
Fréquemment	167	22,476	87	22,365	254
Jamais	43	5,787	25	6,427	68
Rarement	225	30,283	105	26,992	330
Souvent*	305	41,050	170	43,702	475
Sous-total	740	100	387	99	1127

Une réponse avec* correspond à la bonne réponse à la question

Dans notre enquête, le tableau VIII ci-dessus présente les différentes réponses des PS sur les croyances et connaissances globales concernant la schizophrénie :

Au niveau de la première question, 457 des participants (40.37%) affirment que rarement les patients schizophrènes peuvent être traités avec succès en dehors de l'hôpital, c'est-à-dire dans la communauté.

La deuxième question indique que 35.6%(n=403) de l'échantillon pensent que rarement les patients avec schizophrénie ont tendance à être mentalement retardés ou d'intelligence inférieure.

La troisième question a montré que 45.49%(n=515) des PS estiment que les PAS souvent entendent des voix qui leurs disent quoi faire.

La quatrième question indique que 55.3%(n=626) des participants affirment le fait que les PAS ont fréquemment besoin de médicaments pour contrôler leurs symptômes.

La cinquième question a montré que 31.4%(n=356) des PS croient rarement que les PAS peuvent être traités avec succès sans médicaments, c'est-à-dire un traitement par psychothérapie seule.

La sixième question, 38.69%(n=438) des PS admettent que souvent les PAS sont une nuisance publique en raison de la mendicité ou d'un comportement étrange.

La septième question affiche que 41.87%(n=474) de l'échantillon total pensent que souvent les PAS souffrent de personnalités divisées ou multiples.

Pour la huitième question, 44.96%(n=509) des PS estiment que souvent les PAS peuvent être vus parler à eux-mêmes ou crier dans les rues de la ville.

Concernant la neuvième question, 39.13%(n=443) des PS ont avancé que rarement les PAS peuvent travailler dans des emplois réguliers.

Finalement, les résultats de la dixième question dévoilent que 475 (41.96%) des PS pensent que souvent les PAS sont dangereux pour le public en raison d'un comportement violent.

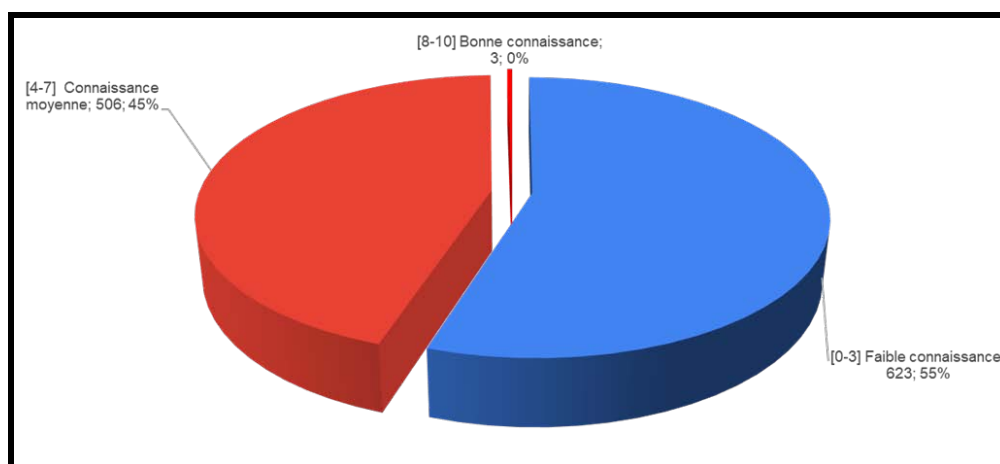


Figure 18 : Pourcentage des trois niveaux de connaissance des PS par rapport à la schizophrénie basé sur le nombre de réponses correctes

Dans notre étude, nous avons enquêté sur les croyances et les connaissances global des PS concernant la schizophrénie, la (figure 20) indique le pourcentage des différents niveaux de connaissance des PS par rapport à la schizophrénie basé sur le nombre de réponses correctes, nous remarquons sur le diagramme circulaire que les résultats ont permis d'obtenir 3 groupes répartis comme suit :

Le premier groupe comporte les PS avec une faible connaissance, c'est-à-dire ceux qui n'ont pas pu répondre à aucune question ou ceux qui ont pu répondre correctement entre 1 et 3 questions parmi 10, ce groupe présentait 55% du total de l'échantillon.

Le deuxième groupe comporte les PS avec une connaissance moyenne, c'est-à-dire ceux qui ont répondu correctement entre 4 et 7 questions parmi 10, ce groupe présentait 45% du total de l'échantillon.

Le troisième groupe, comporte les PS ayant une bonne connaissance, c'est-à-dire ceux qui ont répondu correctement entre 8 et 10 questions parmi 10, ce groupe ne comptait que 3 PS soit 0.002% du total des répondants.

V. Désir de distance sociale :

Tableau IX : Taux de réponses positives et négatives concernant le désir de distanciation sociale chez les PS vis-à-vis d'un PAS

	Femmes		Hommes		Femmes & Hommes
	Effectif (ni)	Pourcentage (%)	Effectif (ni)	Pourcentage (%)	Effectif (n)
7.1 Auriez-vous peur d'avoir une conversation avec quelqu'un qui a une psychose?					
Réponses positives	431	58,008	226	58,098	657
Réponses négatives	312	41,992	163	41,902	475
Sous-total	743	100	389	100	1132
7.2 Seriez-vous contrarié ou dérangé de travailler sur le même emploi boulot avec quelqu'un qui souffre de psychose?					
Réponses positives	412	55,451	217	55,784	629
Réponses négatives	331	44,549	172	44,216	503
Sous-total	743	100	389	100	1132
7.3 Seriez-vous capable de maintenir une amitié avec quelqu'un qui a une psychose?					
Réponses positives	478	64,334	267	68,638	745
Réponses négatives	265	35,666	122	31,362	387
Sous-total	743	100	389	100	1132
7.4 Vous sentiriez-vous contrarié ou dérangé à l'idée de partager une chambre avec quelqu'un qui a une psychose?					
Réponses positives	228	30,686	151	38,817	379
Réponses négatives	515	69,314	238	61,183	753
Sous-total	743	100	389	100	1132
7.5 Auriez-vous honte si les gens savaient qu'un membre de votre famille a reçu un diagnostic de psychose?					
Réponses positives	595	80,081	312	80,206	907
Réponses négatives	148	19,919	77	19,794	225
Sous-total	743	100	389	100	1132
7.6 Accepteriez-vous d'épouser une personne atteinte de psychose?					
Réponses positives	195	26,245	122	31,362	317
Réponses négatives	548	73,755	267	68,638	815
Sous-total	743	100	389	100	1132

Dans notre étude, nous avons exploré le désir de distanciation sociale des PS face aux PAS, le tableau IX ci-dessus affiche les résultats obtenus pendant cette enquête :

Concernant la première question, 657 participants, soit 58.03% du total de l'échantillon présentaient une réponse positive sur le fait d'avoir une conversation avec quelqu'un qui a une psychose.

Pour la deuxième question, 629 PS, soit 55.56% des répondants avaient un point de vue positif concernant le travail sur le même emploi avec quelqu'un qui souffre de psychose.

Les résultats de la troisième question approuve que 745 des PS, soit 65.81% du total des répondants sont capables de maintenir une amitié avec quelqu'un qui a une psychose.

On retient des résultats de la quatrième question que 753 des PS, soit 66.51% de l'échantillon seront dérangés à l'idée de partager une chambre avec quelqu'un qui a une psychose.

Au niveau de la cinquième question, 80.12 % des participants (n=907) affirment ne pas avoir honte si jamais les gens savent qu'un membre de leur famille a reçu un diagnostic de psychose.

Les résultats de la dernière question, la sixième, montrent que 72% des PS n'accepteront pas d'épouser une personne atteinte de psychose.

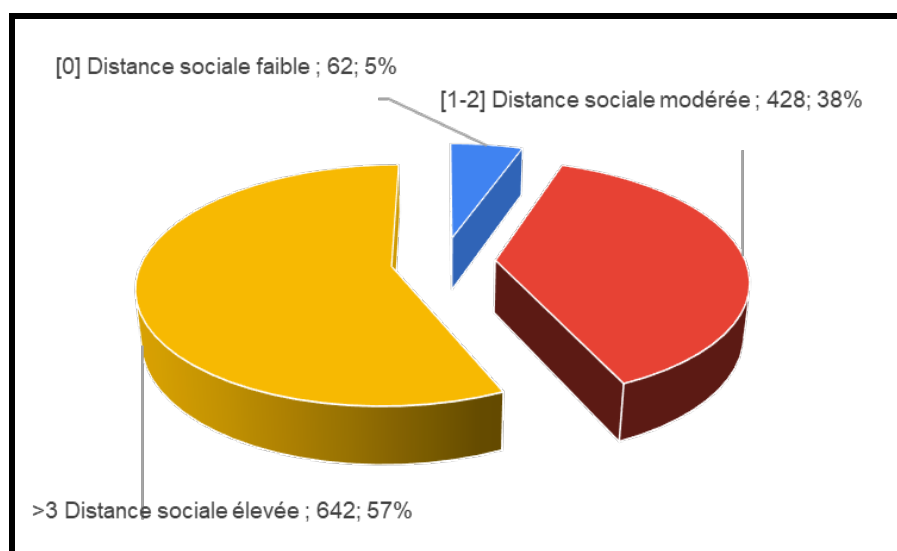


Figure 19 : Pourcentage des niveaux du désir de distance sociale par les PS face à la schizophrénie en rapport avec le nombre de réponses négatives

Nous constatons sur le diagramme ci-dessus , que les résultats concernant le désir de distance sociale des PS vis-à-vis des PAS ont permis d'obtenir 3 groupes répartis comme suit :

Le premier groupe comporte les PS ayant un désir de distance sociale faible, c'est-à-dire ceux qui ont répondu positivement à toutes les questions, ce groupe présentait 5% du total des participants.

Le deuxième groupe comporte les PS ayant un désir de distance sociale modéré, c'est-à-dire ceux qui ont répondu négativement entre une et deux questions, ce groupe présentait 38% du total de l'échantillon.

Le troisième groupe comporte les PS ayant un désir de distance sociale élevé, c'est-à-dire ceux qui ont répondu négativement à plus de trois questions, ce groupe présentait 57%.

Analyse bivariée :

I. Corrélations selon le désir de distance sociale, le sexe et le profil des répondants :

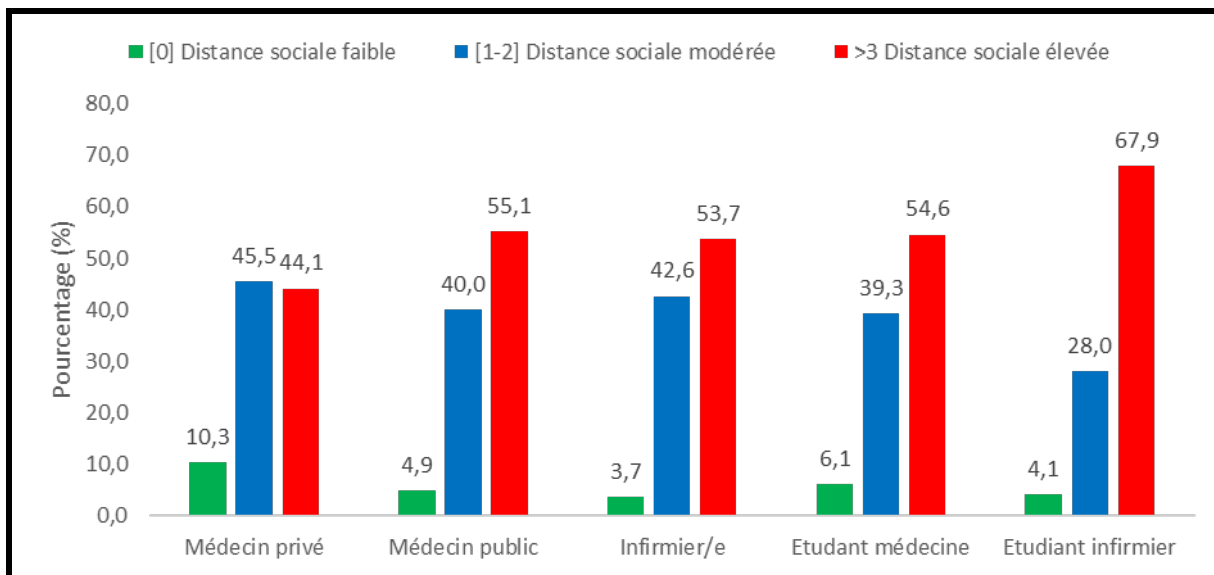


Figure 20 : Corrélation entre le degré de distance social, le profil des répondants

La figure 22 ci-dessus affiche les différentes corrélations entre le niveau de désir de distance sociale avec les différents profils des interrogés ainsi le niveau de désir de distance sociale en rapport avec le sexe, on constate à travers l'enquête que les médecins privés étaient le profil le moins désirant de distance de social contrairement aux étudiants infirmiers qui étaient le profil le plus stigmatisant face aux PAS par rapport aux médecins public, médecins privés, infirmiers et les étudiants en Médecine.

Les médecins travaillant dans le secteur libéral représentaient le pourcentage le plus élevé (10,3%) parmi le total des médecins privés concernant la colonne de distance sociale faible ainsi le pourcentage le plus bas (44.1%) parmi le total des médecins privés au niveau de la colonne concernant un désir de distance social élevé contrairement aux étudiants infirmiers qui présentaient un pourcentage très bas (4.1%) parmi le total des étudiants infirmiers au sein du groupe des PS ayant un niveau de désir de distance sociale faible et le pourcentage le plus

élevé (67.9%) parmi le total des étudiants infirmiers au sein du groupe ayant un niveau de désir de distance sociale élevé.

Tableau X : Récapitulatif des corrélations entre le degré de distance sociale , le sexe et le profil des répondants

	[0] Distance sociale faible		[1-2] Distance sociale modérée		>3 Distance sociale élevée		Total	Khi-2 (χ^2)	p
	Effectif (ni)	Pourcentage (%)	Effectif (ni)	Pourcentage (%)	Effectif (ni)	Pourcentage (%)			
Profession :									
Médecin privé	15	10,3	66	45,5	64	44,1	145	31,39	0,0001
Médecin public	10	4,9	82	40,0	113	55,1	205		
Infirmier/e	7	3,7	81	42,6	102	53,7	190		
Étudiant médecine	18	6,1	116	39,3	161	54,6	295		
Étudiant infirmier	12	4,1	83	28,0	201	67,9	296		
Sexe :									
Femmes	41	5,5	270	36,3	432	58,1	743	1,16	0,2818
Hommes	21	5,4	158	40,6	210	54,0	389		

Le tableau ci-dessus affiche un récapitulatif des corrélations entre le degré de distance sociale, le profil des répondants et le sexe.

Concernant le niveau de distance faible, les femmes représentaient 5.5% du total des femmes de l'échantillon, alors que les hommes représentaient 5.4% du total des hommes de l'échantillon.

Concernant le niveau de distance modéré, les femmes représentaient 36.3% du total des femmes de l'échantillon, alors que les hommes représentaient 40.6% du total des hommes de l'échantillon



DISCUSSION



I. Généralité sur la schizophrénie :

1. Définition :

La schizophrénie est une affection fréquente, généralement sévère, hétérogène, d'évolution prolongée et invalidante appartenant au groupe des psychoses chroniques (délire, perte du sens de la réalité). Elle est caractérisée par sa symptomatologie variable d'un patient à l'autre avec plusieurs formes cliniques et modes évolutifs. On peut évoquer des facteurs étiologiques de la schizophrénie mais pas d'étiologie unique définie à ce jour.

Elle concerne entre 0,7 et 1% de la population mondiale et son incidence annuelle moyenne est de 15 nouveaux cas pour 100 000 personnes. Elle se déclare le plus souvent entre 15 et 25 ans, aussi bien chez les femmes que chez les hommes (11;12;13). Le sexe ratio est égal à 1.

Le premier accès survient généralement entre 15 et 25 ans chez l'homme, un peu plus tardivement chez la femme (3 à 4 ans) (14).

90% des patients traités pour schizophrénie sont âgés de 15 à 55 ans. Il existe plusieurs possibilités de prise en charge efficace de la schizophrénie et au moins un patient sur trois pourra se rétablir complètement (15).

2. Étiopathogénie :

Un immense chantier de recherche a été ouvert depuis une dizaine d'années pour démembrer ce syndrome plurifactoriel extrêmement complexe qui, à l'instar du diabète, de l'asthme ou de l'hypertension artérielle, est vraisemblablement irréversible. À terme, donc, comme pour ces maladies, l'ensemble des voies actuellement à l'étude devront permettre d'élucider les nombreux mécanismes impliqués et d'envisager des actions thérapeutiques somatiquement efficaces et aux effets sensibles sur la qualité de vie.

Aujourd'hui, on sait que la schizophrénie n'est pas seulement une maladie psycho-génétique, c'est-à-dire mettant avant tout enjeu des facteurs psycho ou socio-environnementaux (comme le comportement des parents, des amis, des collègues...), mais

aussi une psychose neuro-développementale se manifestant à la fin de la maturation du cerveau et exprimant un déficit de développement du système nerveux central (16).

❖ Origine neuro-développementale :

Certaines perturbations survenant lors de la période périnatale (lors de la gestation et juste après la naissance) pourraient entraîner un dysfonctionnement dans la maturation du cerveau de l'enfant et une altération des connexions entre les neurones (17).

❖ Origine génétique :

De nombreuses études ont montré que la schizophrénie, comme toutes les maladies psychiatriques, est notamment due à l'action de plusieurs gènes, chacun jouant un rôle relativement faible, et interagissant avec des facteurs environnementaux, cependant, le mode de transmission de la schizophrénie demeure jusqu'à maintenant inconnu par les scientifiques.

Le risque de souffrir de la schizophrénie est plus élevé dans les cas où un membre de la famille en est atteint, cependant, le fait d'avoir une prédisposition génétique ne signifie pas que l'on développera forcément la maladie.

Aujourd'hui, le temps de la recherche du " tout génétique " ou du " tout environnemental " est donc révolu, celui de la complexité psychiatrique s'ouvre maintenant (17).

❖ Origine neuro-chimique :

Les recherches ont démontré que les symptômes de la schizophrénie sont attribuables à une production anormalement élevée de la dopamine (un neurotransmetteur) dans certaines régions du cerveau. Les scientifiques soupçonnent que d'autres neurotransmetteurs pourraient être aussi impliqués dans la maladie, notamment la sérotonine , le glutamate ou le GABA (17).

❖ Origine socio-environnementale :

Plusieurs facteurs socio-environnementaux sont susceptibles d'augmenter le risque de développer la maladie comme les bouleversements dans la vie affective, la pression de performance au travail ou dans les études, le soutien social insuffisant, certaines émotions exprimées de la part de l'entourage (hostilité, attitude envahissante, agressivité) ainsi les

problématiques d'alcool et de drogue.

La consommation de drogue n'est pas une cause de la schizophrénie, mais peut être un facteur prédisposant à la maladie. Effectivement, les effets hallucinogènes des drogues peuvent agir comme éléments déclencheurs de l'apparition d'un premier épisode psychotique ou d'une rechute chez une personne prédisposée à la schizophrénie.

La seule présence des facteurs physiologiques est insuffisante pour provoquer l'apparition de la schizophrénie ; il faut que s'y ajoutent certains facteurs supplémentaires tel un stress toxique secondaire à la consommation de drogues, ou un stress social comme l'expression d'émotions.

Les stressseurs de l'environnement peuvent également déclencher une rechute chez des individus dont l'état a été stabilisé. Même chez ces personnes, certains symptômes, appelés symptômes résiduels, persistent et les rendent encore plus sensibles aux situations stressantes (66).

II. «Perception» :

3. Définition :

En psychiatrie, la perception est un ensemble d'opérations psychologiques qui codent et coordonnent les diverses sensations liées à la présence d'un objet extérieur, leur donnent une signification et permettent une prise de connaissance. Toute perception est une gnosie.

Entre perception et réalité objective, il existe un décalage qui, habituellement, demeure modéré et compatible avec une adaptation satisfaisante. C'est seulement dans des conditions expérimentales ou pathologiques que surviennent des écarts notables (18).

4. Perception et santé mentale :

Les travaux de Mannheim (1929), Heider (1946), Gurvitch (1948) et F. H. Allport (1955) ont précisé l'opinion de Durckheim (1898) concernant le rôle déterminant des préjugés ambiants sur la perception, ce dernier terme étant pris dans son sens global comprenant la connaissance intellectuelle, la réaction émotionnelle et l'attitude active devant un phénomène.

Ces difficultés d'évaluation se révèlent de façon très aigüe devant un phénomène aussi chargé d'émotion que la maladie mentale. On voit souvent des gens cultivés, qui avaient sur la folie l'opinion la plus évoluée, prendre une attitude primitive devant la crise psychotique d'un proche. C'est pourquoi les vastes enquêtes sur le sujet sont toujours délicates à évaluer, que ce soient les études NORC de mai 1950 à Chicago ou celles de l'Institut de Psychiatrie de Londres qui n'ont laissé qu'une impression fragmentaire de la réalité.

L'étude parallèle des comportements sociaux et celle des opinions donnent l'occasion de faire de nombreux recoupements, d'évaluer plus objectivement la situation et de fournir, suivant Felix (1959), une solide base de départ pour une politique d'hygiène mentale.

De nombreuses études existent sur les perceptions et les représentations de la santé mentale, en population générale, qu'elles concernent les théories naïves de la maladie (19;20;21;22;23;24), les connaissances (25) ou encore la perception des symptômes psychotiques par les personnes entourant les malades (26).

Ces enquêtes suggèrent par exemple que le grand public tend à conférer davantage d'importance causale aux facteurs psychologiques, sociaux et familiaux (27). Néanmoins « notre connaissance des représentations des professionnels de santé est très pauvre » (28) et peu développée (29) malgré l'existence de certaines études dans le domaine anglo-saxon qui ont été menées auprès d'infirmières (30).

4.1 La maladie mentale perçue dans toutes les cultures :

On pourrait le nier à première vue quand on sait par exemple que dans de nombreuses sociétés, les hallucinations sont admises comme activités normales, dialogues habituels avec les esprits. Cependant, de nombreux auteurs, entre autres Yap (1951), Carothers (1953), Prince (1958) et plusieurs correspondants de Wittkower et Fried sont d'avis que les primitifs n'ont pas de difficulté à reconnaître la psychose, Roumajon (1956) cite le Recueil des coutumes Rhadees (tribu primitive de chasseurs en Annam) datant du XV^{ème} siècle, où est prescrite la conduite à tenir devant "ceux que les génies ont frappés". Dembovitz (1945) fait justement remarquer que chez les Africains, les hallucinations ont beaucoup moins d'importance pour le diagnostic qu'en Europe, et on peut même concevoir qu'il soit plus facile, dans ces petites sociétés fortement intégrées, de distinguer le psychotique par son comportement. À Rome, la même maladie avait pour nom "morbus comitialis", et Celsus explique qu'on considérait une attaque épileptique comme un si mauvais présage. La folie était au Moyen Âge le signe terrifiant de l'activité démoniaque, et bien que cette croyance soit disparue, on reconnaît encore aujourd'hui ce même malaise indéfinissable et trouble chez tous ceux mis en contact avec un malade mental.

Actuellement la psychiatrie s'est rapprochée de la médecine et a fini, du moins en Amérique du Nord, par intégrer complètement l'hôpital général dont elle est considérée maintenant un service régulier. De même, l'attitude des médecins a évolué depuis que les méthodes actives (électroplexie, insuline, chimio et psychothérapie) ont brisé la séculaire équation: maladie mentale synonyme d'incurabilité.

Enfin, l'hôpital psychiatrique lui-même est en voie de réintégration à la collectivité. On le rapproche des centres urbains, on modifie son aspect carcéral, on en ouvre les portes aux visiteurs dans un tout autre esprit qu'au XVIIIème siècle, par l'intermédiaire des assistantes sociales, les fréquents rapports avec les familles ainsi le nombre des permissions qui a augmenté pour que le malade ne perde pas contact avec son milieu (31).

III. La stigmatisation :

1. Définition :

Le stigmat est une «marque durable qui caractérise une affection», désignant également les traces de châtements corporels infligés dans la Grèce antique, ou des marques corporelles identiques à celles du Christ en croix. Désignant plus généralement toute marque apparente rendant visible l'appartenance à un groupe social, ce terme a été conceptualisé par E. Goffman (sociologue et linguiste américain d'origine canadienne, 1922- 1982), et englobe ainsi aujourd'hui tous les marquages sociaux entraînant l'exclusion (32). La discrimination relève d'une injustice, et implique plus spécifiquement une distinction, une restriction ou préférence ayant comme but ou effet d'annuler ou de diminuer la reconnaissance, la pratique ou l'exercice de leurs droits et libertés, par tous les individus sur un pied d'égalité. Dans le cas de la maladie mentale, on peut aussi parler de discrimination «structurelle», car elle dépasse les simples interactions entre personnes, pour concerner les différentes organisations, institutions et politiques.

De nos jours, la définition retenue concernant la stigmatisation correspond à l'action de stigmatiser, c'est-à-dire d'« imprimer sur le corps de quelqu'un une marque indélébile à titre de châtement » ou encore de « dénoncer ou critiquer publiquement quelqu'un ou un acte que l'on juge moralement condamnable ou répréhensible »

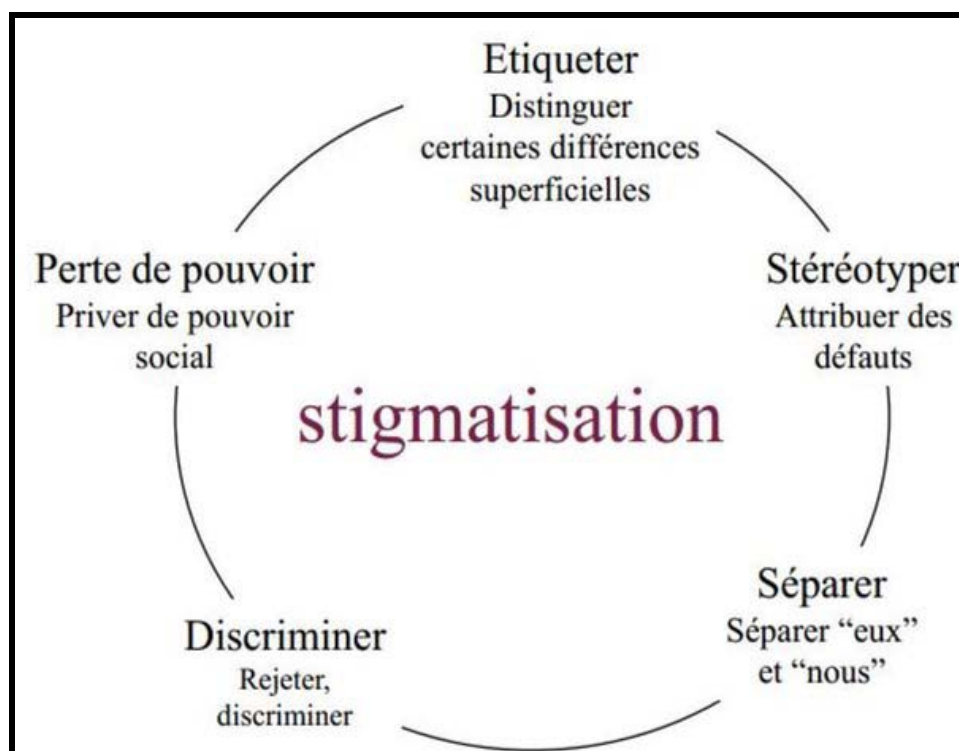


Figure 20 : Illustration sur le mécanisme de stigmatisation (33)

2. Formes de stigmatisations :

La stigmatisation se manifeste sous trois formes : l'autostigmatisation, la stigmatisation publique et la stigmatisation structurelle.

L'**auto-stigmatisation** se produit lorsque la personne atteinte d'une maladie mentale s'approprie les préjugés manifestés à son endroit et s'enferme dans des stéréotypes culturels négatifs. Elle a honte, elle se juge blâmable pour sa situation et s'efforce de taire son trouble mental. Elle cherchera à éviter les situations propices à la stigmatisation. En fait, la crainte de la stigmatisation représente l'un des principaux motifs évoqués par la majorité des personnes aux prises avec une maladie mentale pour ne pas rechercher d'aide, de soins ou de traitement (34).

La **stigmatisation publique** s'entend des attitudes préjudiciables et des comportements de discrimination du public à l'égard de personnes atteintes d'une maladie mentale. Elle tient à des préjugés profondément ancrés qui, par leur nature, sont réfractaires au changement. Les

idées selon lesquelles les personnes aux prises avec une maladie mentale ne se rétabliront jamais, qu'elles sont violentes, que leur comportement est imprévisible, qu'elles sont à blâmer pour ce qui leur arrive et qu'il leur serait facile de maîtriser leur maladie figurent au nombre des notions culturelles qui nourrissent la stigmatisation publique (34).

La **stigmatisation structurelle** relève, comme son nom l'indique, des structures de la société, de ses institutions, de ses politiques et de sa législation. Elle engendre des situations injustes et inéquitables pour les personnes atteintes d'une maladie mentale, des situations où ces personnes se voient priver de leurs droits fondamentaux ou des orientations politiques qui font peu de cas des questions de santé mentale, par exemple (34).

3. Stigmatisation et maladie mentale :

De nos jours, le poids de la stigmatisation de la maladie mentale est tel que la plupart des organisations ont appelé à prendre des mesures pour la combattre (par exemple, le "plan d'action de l'OMS pour la santé mentale 2013-2020"). Les conséquences de la stigmatisation des maladies mentales sont nombreuses et très dommageables pour les individus, leurs familles, le système de santé et la société (par exemple 35;36). La stigmatisation a été décrite à plusieurs niveaux : la stigmatisation publique, comprenant les réactions cognitives, affectives et comportementales de ceux qui stigmatisent ; l'auto-stigmatisation, comprenant à la fois l'appréhension d'être exposé à la stigmatisation et l'intériorisation potentielle des croyances et des sentiments négatifs associés à la condition stigmatisée ; la stigmatisation par association impliquant des réactions sociales et psychologiques aux personnes associées à une personne stigmatisée (ex, famille et amis) ; la stigmatisation structurelle comme la légitimation et la perpétuation d'un statut stigmatisé par les institutions et les systèmes idéologiques de la société (37).

Les recherches menées sur la stigmatisation publique ont montré que, parmi les maladies mentales, la schizophrénie est associée à la pire représentation mentale (par exemple, incompetence, violence et dangerosité) dans la population générale (38). Des recherches

récentes menées dans le domaine de l'auto-stigmatisation ont montré que plus de 40 % des personnes atteintes de schizophrénie se sentent fortement stigmatisées (39), et vivent même la stigmatisation comme une "seconde maladie" (40). Les conséquences négatives de la stigmatisation perçue/expérimentée ont été décrites sur les symptômes et l'estime de soi (41,42), la qualité de vie, l'autonomisation, la recherche et l'adhésion aux soins de santé mentale (43;44) et la suicidalité, même après contrôle des niveaux de symptômes (45). La stigmatisation a également un impact négatif sur l'emploi, les revenus, l'opinion publique sur l'attribution des prestations sociales et les coûts des soins de santé (46). Il est nécessaire d'approfondir les connaissances sur la stigmatisation et ses causes afin de pouvoir lutter efficacement contre la discrimination et promouvoir la diversité (38).

Les travaux pionniers de Goffman (Goffman, 1963), ont permis de conceptualiser la stigmatisation en trois dimensions :

- 1- les stéréotypes sont des croyances sur une personne en fonction de son appartenance à un groupe, c'est-à-dire des croyances de dangerosité, d'incompétence, imprévisibilité, de mauvais pronostic et de responsabilité.
- 2- Les préjugés sont des attitudes et des composantes affectives ressenties à l'égard d'une personne en fonction de son appartenance à un groupe comme la peur et l'empathie
- 3- la discrimination est une réaction comportementale à l'égard d'une personne en fonction de son appartenance à un groupe comme exemple l'évitement et la fuite (47;48).

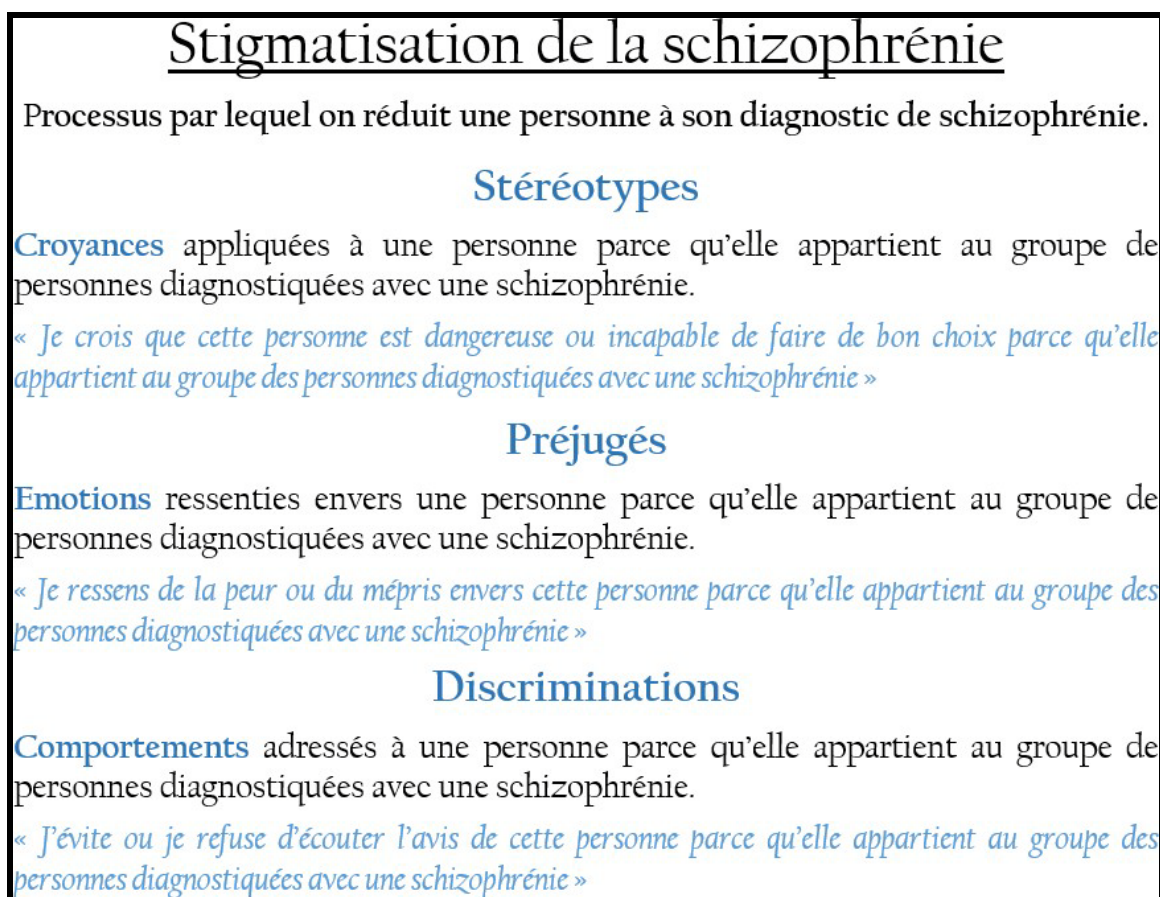


Figure 21 : Illustration de la définition et modélisation de la stigmatisation avec l'exemple de la schizophrénie(49)

4. Stigmatisation et les professionnels de la santé :

Dans un examen d'études qualitatives, (50) Mestdagh et Hansen ont signalé que le système de soins de santé (y compris les professionnels de la santé mentale) était l'une des principales sources de stigmatisation identifiées par les personnes atteintes de schizophrénie. Malgré son importance, la stigmatisation chez les professionnels de la santé mentale (PSM) a reçu peu d'attention par rapport à la stigmatisation dans la population générale.

Trois quarts des études menées sur la stigmatisation de la maladie mentale chez les professionnels de la santé ont rapporté que les croyances des professionnels de la santé et le désir de distance sociale ne différaient pas de ceux de la population générale ou étaient même

plus négatifs (51). Alors que les professionnels de la santé ont montré des croyances plus positives sur les traitements psychiatriques et les droits civils, les résultats concernant les croyances stéréotypées (c'est-à-dire la dangerosité, l'incompétence, le mauvais pronostic, la responsabilité) étaient incohérents : les études ont rapporté des croyances similaires, plus négatives ou plus positives par rapport à la population générale.

Une autre analyse a également conclu que les résultats étaient "mitigés", reflétant un mélange de points de vue positifs et négatifs parmi les professionnels de la santé (52). Parmi 19 études incluses, 14 ont fait état de croyances et d'attitudes globalement positives chez les PS à l'égard de la maladie mentale. Néanmoins, certaines croyances et attitudes négatives ont également été notées dans ces 14 études. De plus, de nombreuses PS partageaient des croyances publiques concernant la dangerosité des personnes atteintes de maladie mentale, la possibilité de guérison et la capacité de se marier et d'avoir des enfants.

Dans une revue plus récente, Jacq et al. (2016) se sont concentrés sur la stigmatisation de la maladie mentale par les infirmières et ont examiné 12 études; Ils ont conclu que les infirmières avaient une stigmatisation mixte à l'égard de la maladie mentale qui était comparable à celle de la population générale.

Ces examens ont conclu que les études disponibles donnaient une "image incohérente" de la stigmatisation de la maladie mentale par les PS. Il convient de noter que certaines études se sont concentrées sur des maladies mentales graves telles que la schizophrénie, tandis que d'autres ont considéré la "maladie mentale" en général.

Cette hétérogénéité s'est avérée être une limite dans la synthèse des résultats (52). En effet, un nombre croissant de données a montré que la stigmatisation, dans ses différentes composantes, varie de manière significative selon les catégories psychiatriques.

En comparaison avec l'autisme ou les troubles bipolaires, la schizophrénie génère le plus de croyances négatives, de désir de distance sociale et de discrimination dans la population générale (53,54,55). Sur la base des quelques études comparatives qui suggèrent certaines divergences dans la stigmatisation des PS entre les troubles psychiatriques, (52) Wahl et

Aroesty-Cohen (2010) ont souligné la nécessité d'une recherche spécifique pour obtenir une compréhension plus profonde de la stigmatisation envers ces troubles, spécialement la schizophrénie.

Une revue de la littérature qualitative (50) s'est donnée pour objectif de recenser les principales sources de stigmatisation selon les personnes qui ont un diagnostic de schizophrénie. Trois thèmes majeurs ont permis d'identifier ces différentes sources : les services de santé dont les services de santé mentale, les interactions sociales dans la vie quotidienne et la stigmatisation de soi. Les pratiques stigmatisantes référencées dans les services de santé impliquent l'infantilisation, le manque de respect, le manque d'information et d'explication concernant le soin, le refus d'impliquer la personne diagnostiquée avec une psychose (56) dans les décisions la concernant, le manque de confiance lors des plaintes somatiques ou encore la discontinuité du parcours de soin impliquant la nécessité de souvent raconter à nouveau son histoire personnelle (50)

En 2003, Schulze avait mené une étude de focus group auprès des personnes ayant un diagnostic de schizophrénie et leurs familles, utilisant une question d'ouverture générale pour recenser « des situations dans lesquelles les personnes interrogées se sentaient incomprises ou exclues à cause de la maladie » (57) Dans le classement des dix expériences les plus fréquentes, deux concernaient les contacts avec les professionnels de santé mentale ou la qualité des soins dans les services de santé mentale. Ces résultats poussèrent l'auteur à conclure : « la stigmatisation liée aux soins de santé mentale représentait près d'un quart (22,3 %) de toutes les expériences de stigmatisation signalées » (51), soit la plus grande part.

IV. Analyse des résultats :

1. Caractéristique socio-démographiques :

1.1 L'âge et le sexe :

Dans notre étude, les PS étaient jeunes avec une moyenne d'âge de 24.65 ans. Ceci rejoint l'analyse de la structure par âge faite par le ministère de la santé, qui avait montré que l'âge moyen des médecins dans tous les secteurs était de 40.7 ans (58).

Nous soulignons qu'une grande partie de notre étude est menée au sein de deux centres hospitaliers universitaires auprès d'une population faite principalement de médecins en cours de formation et de jeunes infirmiers. Ceci pourrait expliquer le jeune âge de notre population.

Par ailleurs, 66% des participants à notre enquête étaient de sexe féminin. Selon la démographie médicale publiée par le ministère en décembre 2015, il y avait plus de médecins de sexe féminin que de sexe masculin avec une prévalence de 57%. D'ailleurs, le secteur de la santé a connu ces dernières années une féminisation de la profession. En effet, le taux de féminisation est passé de 20 % d'inscription à la faculté de médecine dans les années 70, à plus de 60 % en 2015 (58).

1.2 Les antécédents psychiatriques :

Dans l'étude de Sebbane (59), plus de la moitié des médecins (58,7 %) présentait des antécédents psychiatriques/psychologiques. L'étude de Mukherjee (60), a montré que 74,7 % des médecins présentaient des antécédents psychiatriques/psychologiques. Dans la série de Mansouri (61), les antécédents psychiatriques/psychologiques étaient rapportés par presque la moitié de la population étudiée (49,1%).

Tandis que dans notre étude, plus d'un tiers de l'échantillon (38,3 %) présentaient des antécédents de dépression, 42% des antécédents de trouble anxieux et seulement 17% des antécédents de prise des psychotropes témoignant la réticence des PS vis-à-vis de ce genre de traitement.

2. Facteurs de connaissances :

Concernant la perception des causes de la schizophrénie, plus de la moitié des participants était d'accord sur le fait que la schizophrénie était en rapport avec des causes biologiques; soit une anomalie cérébrale ou une origine génétique. Dans une étude de 2011, Serafini et al ont trouvé que la majorité des participants pensaient que la cause de la schizophrénie était génétique; entre 80% et 90% des médecins, infirmiers et étudiants en médecine, croyaient en une cause génétique, plutôt qu'une cause environnementale (62). Dans une autre étude faite en Tunisie, plus de la moitié des PS (54% de l'échantillon) et particulièrement les médecins désignait la génétique comme le facteur étiopathogénique central (63).

Dans la population générale, des résultats similaires à notre enquête, par rapport à la question des causes biologiques de la schizophrénie, ont été trouvés dans une étude canadienne de 2001, évaluant les attitudes de la communauté envers les personnes atteintes de schizophrénie, où plus de 50% des répondants étaient en faveur d'une cause biologique (64).

D'autre part, une partie de notre étude portait sur les causes psychosociales de la schizophrénie, les résultats trouvés montrent qu'une grande partie de notre échantillon pense que la violence physique, un évènement traumatique, la pauvreté, ou une mauvaise éducation par les parents, seraient une cause probable de la maladie. Ceci est en désaccord avec les données actuelles concernant l'étiopathogénie de la schizophrénie, et reflète un niveau de connaissance théorique modeste de notre échantillon, à propos des causes psychosociales.

Une enquête nationale menée auprès de 2031 adultes australiens, concernant la schizophrénie, a montré, comme dans notre cas, que les facteurs sociaux et environnementaux ont été considérés comme des causes principales de la schizophrénie (65).

Dans notre étude, la 6ème question évaluait certaines croyances envers les personnes atteintes de schizophrénie. Plus de la moitié des répondants ont reconnu que les PAS constituent un danger pour le public, ne peuvent pas travailler dans des emplois réguliers, et

doivent être traitées obligatoirement au sein l'hôpital. Encore plus, près de la moitié de l'échantillon souscrivent toujours au stéréotype conventionnel selon lequel les personnes atteintes de schizophrénie souffrent de personnalités divisées ou multiples.

De manière peu surprenante, ces résultats trouvés reflètent des croyances qui persistent toujours au sein de la population générale (66,67). Ces résultats soulignent clairement la nécessité de campagnes d'information pour fournir des informations précises sur la nature, les manifestations, les symptômes et le traitement de la schizophrénie.

Dans l'ensemble, le niveau de connaissances globales de notre échantillon des causes et des croyances concernant la schizophrénie était médiocre, puisque plus que la moitié des répondants (entre 50 et 60%) présentait un niveau de connaissances faible, c'est à dire, qu'ils ont répondu correctement à moins de 5 questions parmi 14 pour les causes, et à moins de 3 questions parmi 10 pour les croyances (figure 17 et figure18). Ces résultats, en revanche, sont discordants avec ceux d'une étude faite au Taiwan où la majorité des PS avaient montré des niveaux élevés d'alphabétisation sur la schizophrénie (68).

3. Désir de distance sociale :

Les personnes ayant un diagnostic de schizophrénie sont confrontées à la discrimination, à l'exclusion et à la stigmatisation de la société. Cette étude a été menée dans le but d'évaluer l'opinion des PS sur les personnes ayant reçu un diagnostic de schizophrénie.

D'après nos résultats, 57% des PS ont montré un niveau élevé de désir de distance sociale vis-à-vis des PAS, ces résultats ont été basés sur les réponses des participants, où plus de la majorité ont exprimé une opinion dépréciative aux situations présentées dans la 7ème question du WPA stigma questionnaire ; ce qui nous laisse dire que notre échantillon étudié adopte une attitude plutôt négative envers les personnes avec schizophrénie.

Ce résultat est en accord avec plusieurs études internationales, comme la revue de 17 études, réalisée par Stone et al. , qui a montré que les cliniciens en médecine générale avaient des attitudes négatives envers les personnes atteintes de schizophrénie. Ces attitudes étaient

généralement plus négatives que celles des cliniciens en santé mentale et étaient systématiquement plus négatives que les attitudes envers les personnes sans schizophrénie (69).

Une autre enquête faite à Hong-Kong estime que les médecins de soins primaires avaient une attitude négative envers les patients atteints de schizophrénie et qu'ils étaient moins susceptibles de se sentir à l'aise pour traiter les besoins de ces patients (70).

Contrairement à notre enquête, selon une étude faite au Canada ayant comparé les attitudes des PS et de la population générale, les PS en particulier les médecins, se sont montrés plus enclins que la PG à offrir de l'aide aux personnes atteintes de schizophrénie, Ils ont exprimé également moins de sentiments négatifs et ils ressentaient plus de compassion que la population générale (71).

La distance sociale est l'un des éléments les plus importants de la stigmatisation car elle reflète le désir d'une personne de s'engager dans des activités avec des personnes atteintes de certains problèmes de santé (72). Le désir de détachement se produit souvent en raison des perceptions déformées selon lesquelles les personnes atteintes de maladie mentale sont considérées comme dangereuses et imprévisibles (73).

Certaines études ont identifié le désir de distance sociale, même chez les professionnels de la santé (psychiatres, psychologues et médecins généralistes) ayant des attitudes positives envers les personnes atteintes de troubles mentaux (74, 75,76).

Dans notre étude, le résultat principal trouvé est que le groupe des médecins du secteur privé était le moins désirant de distance sociale envers les personnes avec schizophrénie, en comparaison avec les autres groupes, un résultat qui est statistiquement très significatif (odds ratio = 2,3 ; $p=0.0072$). Par contre, ce résultat n'a pas été retrouvé chez le groupe des médecins du secteur public.

Plus encore, les étudiants infirmiers constituent la population avec le désir de distance sociale le plus élevé statistiquement significatif (odds ratio= 1,8 ; $p < 0.0001$), envers les patients ayant une schizophrénie.

Un nombre relativement restreint d'études ont comparé les attitudes stigmatisantes entre différents groupes de professionnels de la santé, vis-à-vis de la maladie mentale (77, 78,79). Mais il n'y a pas d'études antérieures comparant les attitudes stigmatisantes et le désir de distance sociale entre médecins, infirmiers, étudiants de médecine et étudiants infirmiers, envers des sujets avec schizophrénie. Dans une étude britannique, Adams et al. (2010) n'ont trouvé aucune différence entre les médecins généralistes et les psychiatres en terme de stigmatisation perçue, tandis que, dans une étude suisse, Nordt et al. (2006) ont constaté que les psychiatres avaient des attitudes plus stigmatisantes que les psychologues, les infirmières et les autres thérapeutes.

D'un autre côté, Smith et al. ont comparé dans une étude de 2017, les attitudes des prestataires à l'égard de la maladie mentale grave selon les différentes disciplines de soins de santé; ils ont trouvé que les médecins et les psychiatres exprimaient moins de désir de distance sociale envers les sujets avec schizophrénie, que les psychologues et les infirmiers de santé mentale (80).

Par ailleurs, dans notre échantillon, il n'existe aucune différence significative entre les deux sexes, en matière de désir de distance sociale.



RECOMMANDATIONS



Afin de réduire la stigmatisation et la discrimination dues à la schizophrénie, il est nécessaire de changer les attitudes des P.S par le biais de programmes d'éducation et de sensibilisation, de modifier les politiques publiques et les lois afin de réduire la discrimination et d'augmenter la protection juridique des personnes atteintes de maladie mentale (81).

Voici 14 stratégies spécifiques qui peuvent contribuer à réduire la stigmatisation des patients schizophrènes par les professionnels de la santé :

- 1) La prise en compte de la qualité de vie des P.S au travail est incontournable pour la réduction des pratiques stigmatisantes.
- 2) Donner des exemples de personnes rétablies aux patients et insister surtout lors du passage des étudiants en médecine et des étudiants infirmier à leur montrer l'impact d'une prise en charge correcte sur l'état global du malade atteint de schizophrénie.
- 3) Augmenter l'utilisation de stratégies récentes et innovantes de traitement qui contrôlent les symptômes tout en évitant les effets secondaires.
- 4) Développer les moyens de la réhabilitation sociale et le volet psychosocial des malades, comme la réinsertion familiale, l'intégration au milieu du travail.
- 5) Gérer de façon raisonnée et à long terme la problématiques des malades sans domicile fixe (hébergement, repas, hygiène, accès aux soins psychiatriques et somatiques)
- 6) Lancer des activités éducatives visant à changer les attitudes des professionnels de la santé.
- 7) Inclure une éducation anti-stigmatisation dans la formation des prestataires de soins de santé.
- 8) Faire participer les patients et les familles à l'identification des pratiques discriminatoires. le dévoilement de soi qui permet au soignant de se centrer sur les similitudes entre lui et l'utilisateur, et surtout, de verbaliser ces similitudes (82).

- 9) Les dévoilements de soi peuvent être définis comme des "déclarations du thérapeute qui révèlent quelque chose de personnel sur lui-même" (83).
- 10) Faire développer et humaniser les lieux de soins des patients psychiatriques, en particulier des patients ayant une schizophrénie.
- 11) Organiser des journées de portes ouvertes pour les PS au niveau des structures de soins qui prennent en charge ces patients.
- 12) Développer un plaidoyer convainquant pour les décideurs politiques.
- 13) Une journée mondiale pour la maladie de schizophrénie serait souhaitable de l'instaurer, et qui devra rester comme un rappel annuel de ce qui a été fait et ce qui devra être fait pour cette population de malades.
- 14) Participation du ministère des affaires islamiques et des Habous pour la sensibilisation à travers le prêche du vendredi coïncidant avec la journée mondiale de la santé mentale, et en rappelant le statut du malade mentale dans l'Islam.



CONCLUSION



La présente étude a suggéré qu'environ la moitié des participants percevaient des attitudes stigmatisantes négatives, ce qui indique que la stigmatisation est un phénomène social répandu.

Cette étude peut aider les professionnels de la santé à réfléchir sur leurs attitudes stigmatisantes envers les personnes atteintes de schizophrénie, voire à identifier la méconnaissance de leur propre stigmatisation dans leurs pratiques de soins. Les résultats présentés indiquent la nécessité d'interventions futures auprès des professionnels de santé, afin de stimuler la réflexion et la prise de conscience de leurs propres attitudes, souvent stigmatisantes et discriminatoires.

De plus, davantage de recherches devraient être menées pour bien comprendre l'impact des stratégies anti-stigmatisation sur les attitudes implicites, qui ont un impact sur l'évaluation, le type de traitement offert, la qualité du traitement et le potentiel perçu de rétablissement.

Par ailleurs, le niveau de preuve des études en matière de perception de la schizophrénie par les PS, était faible et très hétérogène, ce qui démontre la nécessité de nouvelles recherches pour enquêter sur les attitudes stigmatisantes des professionnels de la santé par le biais de méthodes et d'instruments cohérents avec des propriétés psychométriques évaluées.



RESUMES



Résumé

La stigmatisation de la schizophrénie est un problème de société, et concerne non seulement la population générale, mais aussi les médecins et tous les professionnels de santé. Ces derniers représentent un facteur critique pour faciliter ou entraver le développement de l'alliance thérapeutique des malades mentaux, ainsi que leurs bénéfiques en soins. D'où l'intérêt grandissant d'évoquer ce phénomène et d'étudier ses facteurs et ses composantes afin de trouver des stratégies efficaces à le résoudre, et limiter ses effets néfastes.

Nous avons réalisé une étude observationnelle transversale à visée descriptive et analytique dont le but était d'enquêter sur les perceptions de la schizophrénie par les PS ainsi d'examiner les relations entre la perception de la schizophrénie par les PS, leurs connaissances et certains facteurs auxquels ils sont exposés. Les participants ont été recrutés dans les différents établissements de santé des trois provinces INEZGANE , AGADIR et MARRAKECH ainsi des deux facultés de Médecine et de Pharmacie d'Agadir et Marrakech. Notre échantillon comportait 5 populations : Médecins privés, Médecins public, infirmiers, étudiants infirmier et étudiants en Médecine.

Les données étudiées ont été récoltées à travers une fiche d'exploitation (WPA Stigma Questionnaire) comportant les informations socio démographiques des PS, les facteurs d'expositions, les connaissances par rapport à la schizophrénie et le désir de distance sociale des PS vis-à-vis des PAS.

Notre échantillon comptait 1132 PS composé de 145 médecins privés, 205 médecins public, 190 infirmiers, 295 étudiants en Médecine et 296 étudiants infirmier ; l'âge moyen de nos participants était de 24.65 ans (6.61), avec une prédominance féminine (66%, Sexe Ratio=0.52).

Les résultats concernant la familiarité avec la maladie mentale indiquaient que 44% étaient exposés à des personnes traitées pour problème émotionnel et 38% à des personnes traitées pour psychose ou la schizophrénie.

Selon notre étude, plus de la moitié des participants était d'accord avec le fait que la schizophrénie était liée à des causes biologiques; soit une anomalie cérébrale ou une origine génétique. Par ailleurs, le niveau de connaissance globale de notre échantillon concernant la schizophrénie était médiocre, plus que la moitié des répondants (entre 50 et 60%) présentait un niveau de connaissance faible.

Concernant la distance sociale, 57% des PS ont montré un niveau élevé de désir de distance sociale vis-à-vis des PAS, la corrélation avec le profil de nos interrogés retrouve que le groupe des étudiants infirmiers était le plus désireux de distance sociale contrairement au groupe des médecins privés qui était le moins stigmatisant.

En conclusion, La présente étude a montré qu'environ la moitié des participants percevaient des attitudes stigmatisantes négatives envers les personnes atteintes de schizophrénie. Les résultats présentés indiquent la nécessité d'interventions futures auprès des professionnels de santé, afin de stimuler la réflexion et la prise de conscience de leurs propres attitudes, souvent stigmatisantes et discriminatoires. D'autres études sont nécessaires pour bien comprendre l'impact des stratégies anti-stigmatisation sur les attitudes des professionnels de la santé envers les personnes atteintes de schizophrénie.

Abstract

The stigma of schizophrenia is a societal problem, and concerns not only the general population, but also doctors and all health professionals. These represent a critical factor in facilitating or hindering the development of the therapeutic alliance of the mentally ill, as well as their benefits in care. Hence the growing interest in discussing this phenomenon and studying its factors and components in order to find effective strategies to resolve it and limit its harmful effects.

We carried out a cross-sectional observational study whose aim was to investigate the perceptions of schizophrenia by HPs and to examine the relationships between the perception of schizophrenia by HPs, their knowledge and certain factors to which they are exposed. The participants were recruited in the various health establishments of the three provinces INEZGANE, AGADIR and Marrakech as well as the two faculties of Medicine and Pharmacy of Agadir and Marrakech. Our sample included 5 populations: private doctors, public doctors, nurses, nursing students and medical students.

The data studied were collected through an exploitation sheet (WPA Stigma Questionnaire) comprising the socio-demographic information of the HPs, the exposure factors, the knowledge in relation to schizophrenia and the desire for social distance of the HPs towards the people with schizophrenia (PWS).

Our sample included 1132 HP composed of 145 private doctors, 205 public doctors, 190 nurses, 295 medical students and 296 nursing students; the average age of our participants was 24.65 years (6.61), with a female predominance (66%, Sex Ratio=0.52).

Results regarding familiarity with mental illness indicated that 44% were exposed to people being treated for emotional problems and 38% to people being treated for psychosis or schizophrenia.

According to our study, more than half of the participants agreed that schizophrenia was related to biological causes; either a brain abnormality or a genetic origin. In addition, the level of overall knowledge of our beliefs sample concerning schizophrenia was mediocre, more than half of the respondents (between 50 and 60%) presented a low level of knowledge.

Regarding social distance, 57% of HP showed a high level of desire for social distance towards PWS, the correlation with the profile of our respondents finds that the group of nursing students was the most desirous of social distance unlike the group of private doctors which was the least stigmatizing.

In conclusion, the present study showed that about half of the participants perceived negative stigmatizing attitudes towards people with schizophrenia. The results presented indicate the need for future interventions with health professionals, in order to stimulate reflection and awareness of their own attitudes, which are often stigmatizing and discriminatory. Further studies are needed to fully understand the impact of anti-stigma strategies on healthcare professionals' attitudes towards people with schizophrenia.

ملخص

يعتبر وصم الفصام مشكلة اجتماعية ، ولا تهتم عموم السكان فحسب ، بل تهتم أيضاً بالأطباء وجميع المهنيين الصحيين. فهذه تمثل عاملاً حاسماً في تسهيل أو إعاقة التطور العلاجي للمرضى عقلياً. ومن هنا تنامي الاهتمام بمناقشة هذه الظاهرة ودراسة عواملها ومكوناتها لإيجاد استراتيجيات فعالة لحلها والحد من آثارها الضارة.

لقد أجرينا دراسة رصدية مقطعية ذات هدف وصفي وتحليلي ، وكان الهدف منها هو التحقيق في تصورات المهنيين الصحيين لمرض الفصام وفحص العلاقات بين تصورات المهنيين الصحيين لمرض الفصام ، ومعرفتهم وعوامل يتعرضون لها تؤدي إلى مرض الفصام. ينتمي المشاركون إلى مؤسسات صحية مختلفة في كل من المحافظات أكادي، انزكان ومراكش بالإضافة إلى كليتي الطب والصيدلة في أكادير ومراكش و قد تضمنت عينتنا خمسة فئات: أطباء خاصون وأطباء عامون وممرضات وطلاب تمريض وطلاب طب.

تم جمع البيانات المدروسة من خلال ورقة بيانات (WPA Stigma Questionnaire) تشتمل على المعلومات الاجتماعية والديموغرافية للمهنيين الصحيين ، معارف حول الفصام ورغبة المهنيين الصحيين في المسافة الاجتماعية تجاه الأشخاص المصابين بالفصام.

تضمنت عينتنا 1132 مهنيًا صحيًا تتألف من 145 طبيبًا خاصًا و 205 طبيبًا عامًا و 190 ممرضًا و 295 طالبًا في الطب و 296 طالب تمريض؛ كان متوسط عمر المشاركين لدينا 24.65 سنة (+/-6.61) ، غالبيتهم اناث . (66% ، 0.52 = نسبة الجنس)

أشارت النتائج المتعلقة بالعلاقات التي تربط المهنيين الصحيين بأصحاب الفصام إلى أن 44% صادفوا أشخاصا عولجوا من مشاكل عاطفية و 38% صادفوا أشخاصا عولجوا من الذهان أو الفصام. وفقًا لدراستنا ، اتفق أكثر من نصف المشاركين على أن الفصام مرتبط بأسباب بيولوجية. فيما هو خلل في الدماغ أو أصل وراثي. بالإضافة إلى ذلك ، فقد كان مستوى المعارف العامة لعينة المهنيين الصحيين المتعلقة بالفصام متواضعًا ، حيث قدم أكثر من نصف المستجيبين (بين 50% و 60%) مستوى منخفضًا من المعرفة.

فيما يتعلق بالمسافة الاجتماعية ، أظهر 57% من المهنيين الصحيين مستوى عالٍ من الرغبة في المسافة الاجتماعية تجاه الأشخاص المصابين بالفصام ، و قد وجد ارتباط مع نوعية فئة المستجيبين إذ أن

طلاب التمريض كانوا أكثر رغبة في المسافة الاجتماعية تجاه الأشخاص المصابين بالفصام اما أطباء القطاع الخاص فكانوا أقل وصمة بالعار.

في الختام ، أظهرت الدراسة الحالية أن حوالي نصف المشاركين أظهروا مواقف سلبية تجاه الأشخاص المصابين بالفصام. فالنتائج المقدمة تشير إلى الحاجة إلى تدخلات مستقبلية تجاه المهنيين الصحيين ، من أجل تحفيز التفكير والوعي بمواقفهم الخاصة ، والتي غالبًا ما تكون وصمة وتمييزية. زيادة على ذلك هناك حاجة إلى مزيد من الدراسات لفهم تأثير استراتيجيات مكافحة وصمة العار بشكل كامل على مواقف المتخصصين في الرعاية الصحية تجاه الأشخاص المصابين بالفصام



ANNEXES



Annexe 1 : Fiche d'exploitation :

World Psychiatric Association's Stigma Questionnaire

1. Au cours des 6 derniers mois, avez-vous vu, lu ou entendu quoi que ce soit dans les nouvelles (actualité) sur les personnes atteintes de psychose ou de schizophrénie?

- Oui
- Non

2. Avez-vous ou quelqu'un que vous connaissez déjà été traité pour un problème émotionnel ou une maladie mentale?

- Oui
- Non
- Pas certain

(2a) Si oui, était-ce...

- Toi-même
- Conjoint / enfant
- Autre relation (Collègue, connaissance...)
- Ami

3. Avez-vous ou quelqu'un que vous connaissez déjà été traité pour une psychose ou une schizophrénie?

- Oui
- Non
- Pas certain

(3a) Si oui, était-ce...

- Toi-même
- Conjoint / enfant
- Autre relation (Collègue, connaissance...)
- Ami

4. La psychose peut toucher la vie de nombreuses personnes, souvent par le biais d'amis proches ou de parents, mais aussi par le travail, le bénévolat ou la vie en général. Dans quelle mesure la psychose affecte-t-elle votre vie?

- Pas du tout

- Un peu
- Tout le temps, c'est-à-dire que vous vous en occupez presque quotidiennement

5. À votre connaissance, quelles sont les causes de la psychose/schizophrénie?

(1) Certainement (2) Probablement (3) Incertain (4) Probablement pas (5) Certainement pas

- Anomalies physiques dans le cerveau
- Déséquilibre chimique dans le cerveau
- Maladie cérébrale
- Virus pendant la grossesse
- L'héritage génétique
- Autre facteur biologique
- Mauvaise éducation par les parents
- Violence physique
- Abus de drogues ou d'alcool
- Événement ou choc traumatique (p. Ex. Agression, décès et accident)
- La pauvreté
- Possession par les mauvais esprits, punition de Dieu
- Autres facteurs
- Les causes exactes sont inconnues

6. Croyez-vous que les personnes atteintes de psychose / schizophrénie...

(1) Fréquemment (2) Souvent (3) Rarement ou (4) Jamais

- Peuvent être traités avec succès en dehors de l'hôpital dans la communauté
- Ont tendance à être mentalement retardés ou d'intelligence inférieure
- Entendent des voix leur dire quoi faire
- Ont besoin de médicaments pour contrôler leurs symptômes
- Peuvent être traités avec succès sans médicaments en utilisant une psychothérapie ou des interventions sociales
- Sont une nuisance publique en raison de la mendicité, d'une mauvaise hygiène ou d'un comportement étrange
- Souffrent de personnalités divisées ou multiples
- Peuvent être vus parler à eux-mêmes ou crier dans les rues de la ville
- Peuvent travailler dans des emplois réguliers
- Sont dangereux pour le public en raison d'un comportement violent

7. Veuillez nous dire comment vous vous sentiriez dans chacune des situations suivantes en utilisant l'échelle...

(1) Certainement (2) Probablement (3) Probablement pas (4) Certainement pas

- Auriez-vous peur d'avoir une conversation avec quelqu'un qui a une psychose?
- Seriez-vous contrarié ou dérangé de travailler sur le même emploi boulot avec quelqu'un qui souffre de psychose?
- Seriez-vous capable de maintenir une amitié avec quelqu'un qui a une psychose?
- Vous sentiriez-vous contrarié ou dérangé à l'idée de partager une chambre avec quelqu'un qui a une psychose?
- Auriez-vous honte si les gens savaient qu'un membre de votre famille a reçu un diagnostic de psychose?
- Accepteriez-vous d'épouser une personne atteinte de psychose?



BIBLIOGRAPHIE



1. **Furnham AF.**
Medical students' beliefs about nine different specialties. 1986;293:1607-10
2. **James BO, Omoaregba JO, Okogbenin EO**
Stigmatizing attitudes towards persons with mental illness: a survey of medical students and interns from southern Nigeria. *Mental Illness* 2012;4:32-4
3. **Clement S, Schauman O, Graham T,**
What is the impact of mental health-related stigma on help-seeking? A systematic review of quantitative and qualitative studies. *Psychol Med* 2015;45:11-27
4. **Jones S, Howard L, Thornicroft G**
Diagnostic overshadowing: worse physical health care for people with mental illness. *Acta Psychiatr Scand* 2008;118:169-73
5. **Thornicroft G**
Most people with mental illness are not treated. *Lancet* 2007;370:807-8
6. **Roberts L, Roalfe A, Wilson S,**
Physical health care of patients with schizophrenia in primary care: A comparative study. *Fam Pract* 2007;24:34-40
7. **Harris EC, Barraclough B**
Excess mortality of mental disorder. *Br J Psychiatry* 1998;173:11-53
8. **Chang CK, Hayes RD, Perera G,**
Life expectancy at birth for people with serious mental illness and other major disorders from a secondary mental healthcare register in London. *PLoS One* 2011;6:1-6
9. **Tiihonen J, Lönnqvist J, Wahlbeck K,**
11 year follow-up of mortality in patients with schizophrenia: a population-based cohort study (FIN11 study). *Lancet* 2009;374:620-7
10. **Thornicroft G**
Stigma and discrimination limit access to mental healthcare. *Epidemiol Psychiatr Soc* 2008;17:14-9
11. **Rössler W, Salize HJ, van Os J, Riecher-Rössler A**
Size of burden of schizophrenia and psychotic disorders. 2005;15(4):399-409
12. **Marie-Odile Krebs**
Faire progresser la prévention et le traitement des psychoses par l'intervention précoce. 2014.6-4
13. **HAS (Haute Autorité de Santé)**
Schizophrénie, 2007
14. **M.C Castillo, V. Lennoy**
Etudes des représentations sociales de la schizophrénie dans la population générale et dans une population de patients schizophrènes, 2007, *L'évolution psychiatrique*, 73, 615-628

15. **Harrison G, Hopper K, Craig T, Laska E, Siegel C, Wanderling**
Recovery from psychotic disease: a 15- and 25-year international follow-up study. Br J Psychiatry 2001;178:506-17
16. **Pr Marion Leboyer, · Dr Bruno Giros, · Françoise Casadebaig, · Pr Marc Jeannerod, · Jean-Luc Martinot, · Nicolas Dantchev**
La schizophrénie, une pathologie aussi fréquente que mal connue
2002, Fondation pour la recherche médicale, www.frm.org
17. **Société québécoise de la schizophrénie**
1995
18. **Dictionnaire médical de l'Académie de Médecine,**
Pr Marion Leboyer, Dr Bruno Giros, Françoise Casadebaig, Pr Marc Jeannerod, Jean-Luc Martinot, Nicolas Dantchev
La schizophrénie, une pathologie aussi fréquente que mal connue, 2002
19. **FURNHAM A. Et V. LOWICK**
« Lay Theories Of The Causes Of Alcoholism », British Journal Of Medical Psychology, 1984, 57, 319-322
20. **FURNHAM A. Et R. MANNING**
« Young People's Theories Of Anorexia Nervosa And Obesity », Counseling Psychology Quarterly, 1997, 10(4), 389-415.
21. **FURNHAM A. ETE. HARALDSEN**
« Lay Theories of Etiology and "Cure" For Four Types of Paraphilia: Fetishism, Pedophilia, Sexual Sadism, and Voyeurism », Journal of Clinical Psychology, 1998, 54, 689-700
22. **FURNHAM A. ETJ. REES**
« Lay Theories of Schizophrenia », Int J Soc Psychiatry, 1988, 34(3), 212-20
23. **FURNHAM A. ETC. BUCK**
« A Comparison of Lay-Beliefs about Autism and Obsessive-compulsive Disorder », International Journal of Social Psychiatry, 2003, 49, 287-307
24. **FURNHAM A. ETE. CHAN**
« Lay Theories of Schizophrenia. A Cross Cultural Comparison of British and Hong Kong Chinese Attitudes, Attributions and Beliefs », Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 2004, 39, 543-552
25. **JORM AF, KORTEN AE, JACOMB PA Et Al**
Attitudes towards People with a Mental Disorder: A Survey of the Australian Public and Health Professionals. Aust N Z J Psychiatry. 1999, 33:77-83
26. **CHUNG K.F. Et Al**
« How Are Psychotic Symptoms Perceived? A Comparison between Patients, Relatives and the General Public », Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 1997, 31, 756-761

27. ANGERMEYER MC ET MATSCHINGER H

Public Attitude towards Psychiatric Treatment. Acta Psychiatr Scand.1996, 94,326–33

28. KOHL F.-S

Les Représentations Sociales De La Schizophrénie, Paris, Masson, 2006.

29. HUGO M

« Mental Health Professionals' Attitudes Towards People Who Have Experienced A Mental Health Disorder », J Psychiatr Ment Health Nurs, 2001,8,419–425

30. CALDWELL T.M. ETA.F. JORM

« Mental Health Nurses' Beliefs about Likely Outcomes for People with Schizophrenia or Depression: A Comparison with the Public and Other Healthcare Professionals », Aust N Z J Ment Health Nurs, 2001,10,42–54

31. JEAN-FRANCOIS SAUCIER

LA PERCEPTION SOCIALE DE LA MALADIE MENTALE, CANADIAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION JOURNAL, 6,6

32. T.Rogel

La stigmatisation (DEES 107.53–60, 1997).

33. Link, B., Phelan, J

Conceptualizing stigma, in Annual Review of sociology,2001,(27):363–385

34. Commission de la santé mentale du Canada

Changer les mentalités,2013

35. Link BG et al

Public conceptions of mental illness: labels, causes, dangerousness, and social distance. Am J Public Health.1999,89:1328–1333. 10.2105/AJPH.89.9.1328

36. Wittchen, H. U., Jacobi, F., Rehm, J., Gustavsson, A., Svensson, M., Jönsson and others

The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe (2010–2011).European Neuropsychopharmacology,21(9),655–679

37. Bos, A. E. R., Pryor, J. B., Reeder, G. D., & Stutterheim, S. E

Stigma: Advances in theory and research. Basic and Applied Social Psychology,2013,35(1),1–9

38. Angermeyer MC, Dietrich S

Public beliefs about and attitudes towards people with mental illness: a review of population studies.2006,https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2005.00699.x

39. Brohan, E., Elgie, R., Sartorius, N., & Thornicroft, G

Self-stigma, empowerment and perceived discrimination among people with schizophrenia in 14 European countries,2010,122,232–238

40. Schulze, B. et Angermeyer, M.C

Subjective experiences of stigma. A focus group study of schizophrenic patients, their relatives and mental health professionals. 2003 Social Sciences & Medicine,56(2),299–312,doi :10.1016/S0277- 9536(02)00028

- 41. Lysaker, P. H., Tsai, J., Yanos, P., & Roe, D**
Associations of multiple domains of self-esteem with four dimensions of stigma in schizophrenia, 2008, *Schizophrenia Research*, 98(1), 194-200
- 42. Lysaker, P. H., Vohs, J. L., & Tsai, J**
Negative symptoms and concordant impairments in attention in schizophrenia: Associations with social functioning, hope, self-esteem and internalized stigma. 2009, *Schizophrenia Research*, 110(1), 165-172
- 43. Corrigan, P. W., Druss, B. G., & Perlick, D. A**
The Impact of Mental Illness Stigma on Seeking and Participating in Mental Health Care. 2014. *Psychological Science in the Public Interest*, 15(2), 37-70
- 44. Gerlinger G, Hauser M, De Hert M, et al**
Personal stigma in schizophrenia spectrum disorders: a systematic review of prevalence rates, correlates, impact and interventions, 2013, 12:155-164
- 45. Sharaf, A. Y., Ossman, L. H., & Lachine, O. A**
A cross-sectional study of the relationships between illness insight, internalized stigma, and suicide risk in individuals with schizophrenia, 2012, *International Journal of Nursing Studies*, 49(12), 1512-1520
- 46. Sharac, J., Mccrone, P., Clement, S., & Thornicroft, G**
The economic impact of mental health stigma and discrimination: A systematic review. 2010. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 19(3), 223-232
- 47. Corrigan, P. W., & Penn, D. L**
Lessons from social psychology on discrediting psychiatric stigma. 1999, *American Psychologist*, 54(9), 765-776
- 48. Fiske, S Stereotyping, prejudice, and discrimination**
In *The Handbook of Social Psychology*, 1998, 357-411
- 49. Ké vin-Marc Valery**
Réduction de la stigmatisation de la schizophrénie dans les pratiques en santé mentale, 2022, NNT:2021BORD0324
- 50. Mestdagh. A et Hansen.B.**
Stigma in patients with schizophrenia receiving community mental health care : a review of qualitative studies. 2014, 49(1), 79-87
- 51. Beate Schulze**
Stigma and mental health professionals: a review of the evidence on an intricate relationship , 2007, 19(2):137-55. doi:10.1080/095402601278929
- 52. Otto Wahl, Eli Aroesty-Cohen**
Attitudes of mental health professionals about mental illness: a review of the recent literature, 2010, 38, 49-62

- 53. Isabelle Durand-Zaleski, Jan Scott, Frédéric Rouillon & Marion Leboye**
A first national survey of knowledge, attitudes and behaviours towards schizophrenia, bipolar disorders and autism in France,2012,12,128
- 54. Sadler, M. S., Meagor, E. L., & Kaye, K. E**
Stereotypes of mental disorders differ in competence and warmth,2012,Social Science & Medicine, 74(6), 915-922.
- 55. Violeau, L., Valery, K.-M., Fournier, T., & Prouteau, A.**
How continuum beliefs can reduce stigma of schizophrenia: The role of perceived similarities , 2020 , Schizophrenia Research, 220, 46-53.
- 56. Amsalem, D., Hasson-Ohayon, I., Gothelf, D., & Roe, D**
Subtle ways of stigmatization among professionals: The subjective experience of consumers and their family members,2018,Psychiatric Rehabilitation Journal,41(3),163-168.
- 57. James D. Livingston**
La stigmatisation structurelle des personnes ayant des problèmes de santé mentale dans les établissements de soins de santé ,2020
- 58. Haut-commissariat au plan, les indicateurs sociaux du Maroc 2015**
- 59. Sebbane D.**
« Être » psychiatre : clichés, réalités et perspectives. Résultats d'une enquête nationale française menée en 2013 sur la stigmatisation de la profession. 2014
- 60. Mukherjee R.**
The stigmatisation of psychiatric illness: the attitudes of medical students and doctors in a London teaching hospital.2002;26:178-81
- 61. Mansouri F**
Stigmatisation du psychiatre dans le milieu médical : Origines, réalités et répercussions.Thèse en médecine. 2016
- 62. Serafini G, Pompili M, Haghghat R, Pucci D, Pastina M, Lester D, et al**
Stigmatization of schizophrenia as perceived by nurses, medical doctors, medical students and patients,2011, J Psychiatr Ment Health Nurs
- 63. Elloumi Hend, Zalila Haifa, Kallel Ghada, Cheour Majda, Boussetta Afif**
Attitude des médecins généralistes face à la schizophrénie,2012 LA TUNISIE MEDICALE,90,446-451
- 64. Stuart H, Arboleda-Flórez J**
Community attitudes toward people with schizophrenia. Can J Psychiatry. 2001;46(3):245-252.doi: 10.1177/070674370104600304
- 65. A F Jorm , A E Korten, P A Jacomb, H Christensen, B Rodgers, P Pollitt**
Public beliefs about causes and risk factors for depression and schizophrenia,1997,Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol,32,143-148
- 66. Economou M., Richardson C., Gramandani C., Stalikas A., Stefanis C**
Knowledge about schizophrenia and attitudes towards people with schizophrenia in Greece,2009, Int. J. Soc. Psychiatry 55, 361-371

- 67. Stuart H, Arboleda-Flórez J**
Community attitudes toward people with schizophrenia. *Can J Psychiatry*. 2001;46(3):245-252.
doi: 10.1177/070674370104600304
- 68. Chen-Hua Lin, Tzu-Yu Lai, Yu-Jen Chen, Shun-Ku Lin**
Chen-Hua Lin, Tzu-Yu Lai, Yu-Jen Chen, Shun-Ku Lin, 2021, ASIA-PACIFIC
PSYCHIATRY, 14(3), 205-209
- 69. Elizabeth M Stone, Lisa Nawei Chen, Gail L Daumit, Sarah Linden, Emma E McGinty**
General Medical Clinicians' Attitudes Toward People with Serious Mental Illness: A Scoping
Review, 2019, *Review J Behav Health Serv Res*
, 46(4):656-679, doi: 10.1007/s11414-019-09652-w
- 70. Wai-Tong Chien, Frederick K. K. Yeung, Alan H. L. Chan**
Perceived Stigma of Patients with Severe Mental Illness in Hong Kong: Relationships with
Patients' Psychosocial Conditions and Attitudes of Family Caregivers and Health
Professionals, 2013, *Adm Policy Ment Health*, 41, 237-251 DOI 10.1007/s10488-012-0463-3
- 71. Stip, E., Saphery, A. A., Tempier, A. & Brochu-Blain, A.**
Différences et similitudes dans la perception de la schizophrénie entre les omnipraticiens et la
population générale québécoise, 2006, *Santé mentale au Québec*, 31(1), 189-
200. <https://doi.org/10.7202/013692ar>
- 72. Corrigan, P., Markovitz, F. E., Watson, A., Rowan, D., & Kubiak, M. A.**
An attribution model of public discrimination towards persons with mental illness. *Journal of
Health and Social Behavior*, 2003, 44(2), 162-179, <https://doi.org/10.2307/1519806>
- 73. Link, B. G., Phelan, J. C., Bresnahan, M., Stueve, A., & Pescosolido, B. A.**
Public conceptions of mental illness: Labels, causes, dangerousness and social distance.
American Journal of Public Health, 1999, 89(9), 1328-1333. [https://doi.org/10.2105/AJPH.
89.9.1328](https://doi.org/10.2105/AJPH.89.9.1328)
- 74. Nordt, C., Rössler, W., & Lauber, C**
Attitudes of mental health professionals toward people with schizophrenia and major
depression, 2006, *Schizophrenia Bulletin*, 32(4), 709-714,
<https://doi.org/10.1093/schbul/sbj065>
- 75. Reavley, N. J., Mackinnon, A. J., Morgan, A. J., & Jorm, A. F** Stigmatizing attitudes towards
people with mental disorders: A comparison of Australian health professionals with the general
community ,
2014, *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 48(5), 433-
441, <https://doi.org/10.1177/0004867413500351>
- 76. Stuber, J. P., Rocha, A., Christian, A., & Link, B. G**
Conceptions of mental illness : Attitudes of mental health professionals and the general
public, 2014, *Psychiatric Services*, 65(4), 490-497, <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201300136>

77. Adams EF, Lee AJ, Pritchard CW, et al.

What stops us from healing the healers: A survey of help-seeking behaviour, stigmatisation and depression within the medical profession,2010,International Journal of Social Psychiatry,56,359-370

78. Magliano L, De Rosa C, Fiorillo A, et al.

Beliefs of psychiatric nurses about schizophrenia: A comparison with patients' relatives and psychiatrists,2004,International Journal of Social Psychiatry,50,319-330

79. Nordt C, Rossler W and Lauber C

Attitudes of mental health professionals toward people with schizophrenia and major depression,2006, Schizophrenia Bulletin,32,709-714

80. Smith, J. D., Mittal, D., Chekuri, L., Han, X., & Sullivan, G

A Comparison of Provider Attitudes Toward Serious Mental Illness Across Different Health Care Disciplines. Stigma and Health,2016,Advance online publication,<http://dx.doi.org/10.1037/sah0000064>

81. W.Gaebel , A.E.Baumann

"Open the doors" the anti-stigma program of the World Psychiatric Association,2003,145(12),34-7

82. Nguyen et al

La du dévoilement supervision de à la soi compétence professionnel en psychiatrie Perspective interactionnelle d'un dispositif de formation et d'une recherche,2021

83. Hill,C E, KNOX S

SELF-DISCLOSURE Psychotherapiy relationships that work :Therapist contributions and responsiveness to patients,2022,255-265

قسم الطبيب

أقسم بالله العظيم

أن أراقب الله في مهنتي.

وأن أصون حياة الإنسان في كافة أطوارها في كل الظروف

والأحوال باذلاً وسعي في انقاذها من الهلاك والمرض

والألم والقلق.

وأن أحفظ للناس كرامتهم، وأستر عورتهم، وأكتم سرهم.

وأن أكون على الدوام من وسائل رحمة الله، باذلاً رعايتي الطبية للقريب والبعيد،

للصالح والطالح، والصديق والعدو.

وأن أثابر على طلب العلم، وأسخره لنفع الإنسان لا لأذاه.

وأن أوقر من علمني، وأعلم من يصغرنني، وأكون أخا لكل زميل في المهنة الطبية

متعاونين على البر والتقوى.

وأن تكون حياتي مصداق إيماني في سرّي وعلانيتي،

نقية مما يشينها تجاه الله ورسوله والمؤمنين.

والله على ما أقول شهيد

أطروحة رقم 001

سنة 2023

تصور مرض الفصام من طرف المهنيين الصحيين

الأطروحة

قدمت ونوقشت علانية يوم 2023/01/20

من طرف

السيد محمد أمين الأمغاري

المزداد في 1997/07/09 بأكادير

لنيل شهادة الدكتوراه في الطب

الكلمات الأساسية:

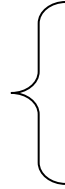
الوصم- المهنيين الصحيين- مرض الفصام- التصورات

اللجنة

الرئيس

المشرف

الحكام



السيدة	ف. منودي
	أستاذة في طب النفس
السيد	خ. مهادي
	أستاذ في طب النفس
السيد	إ. راموز
	أستاذ في طب النفس
السيد	م. لافنيتي
	أستاذ في طب النفس