

# Représentations sociales du « fou », du « malade mental » et du « dépressif » en population générale en France.

ROELANDT J-L.1, CARIA A.1,2, DEFROMONT L.1, VANDEBORRE A1., DAUMERIE N1.

1. Centre collaborateur OMS (Lille, France), EPSM Lille Métropole

2. Centre hospitalier Sainte-Anne, Paris

## MOTS CLÉS

Santé mentale en population générale, représentations de la folie, représentation de la maladie mentale, représentation de la dépression, stigmatisation

## KEYWORDS

general population, representation of insanity, representation of mental illness, representation of depression, mental disorders, stigmatisation.

**Résumé** Cet article décrit les représentations sociales du fou, du malade mental et du dépressif, dans un échantillon représentatif de la population générale française.

Sur 36 000 personnes interrogées dans l'enquête « Santé mentale en population générale », plus de 75% associent les termes de fou et de malade mental à des comportements violents et dangereux. Plus de 75% des sujets associent le terme dépressif à la tristesse, l'isolement et le suicide. Les personnes jeunes et celles qui ont un niveau d'éducation et de revenu élevé catégorisent plus fréquemment les comportements violents et dangereux dans le champ de la maladie mentale plutôt que dans celui de la folie.

Les représentations influent sur les recours aux soins et les attitudes vis à vis des patients, les résultats interrogent sur la meilleure façon de lutter contre les archétypes du fou, ou du malade mental, afin de réduire l'exclusion des patients.

**Abstract** Representations of insanity, mental illness and depression in General Population in France

**Objectives :** The aim of this study was to describe the representations of insane, mentally ill and depressive persons, in a representative sample from the French General Population.

**Methods :** Data were derived from the multicentric survey "Mental Health in the General Population: images and realities", carried out in 47 French public sites between 1999 and 2003. A face-to-face questionnaire was used to interview a representative sample of French metropolitan subjects, aged 18 and over, non-institutionalized and homeless. These subjects were recruited using quota sampling for age, sex, socioprofessional and education levels, according to data from the 1999 national French population census. Representations of insane, mentally ill and depressive persons were explored by a specific questionnaire with open and semi-open questions. Psychiatric diagnoses were identified using the Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI). A national database was then constituted by pooling data from all sites, weighted for age, sex, level of education, socioprofessional level and work status to be representative of the French general population. .

**Results :** Of the 36 000 individuals included in this study, over 75% associated the words «insane» and «mentally ill» with violent and dangerous behaviours and the term «depressive» with sadness, isolation and suicide. Young people, those with higher education and higher income level more frequently associated dangerous behaviours with mental illness rather than with insanity.

The study shows that the general population draws a clear line between the representation of insane and mentally ill on one hand, and depressive on the other hand.

Insane and mentally people are described as abnormal, irresponsible, unconscious, socially excluded, far from being curable, and to be cured against their will by psychotropic drugs and psychiatric hospitalisation. Whereas the depressive is perceived as a more familiar character, suffering, curable, who can be cured with psychotropic drugs and social support, but not to be hospitalized.

**Conclusion :** This study highlights the overwhelming representations of insanity and mental illness in the French general population. As those stereotypes strongly affect access to care and behaviours toward psychiatric patients, the results show the need to think over the best way to fight against stigma and discrimination, in order to reduce psychiatric patients' social exclusion.

Auteur correspondant :

Jean-Luc Roelandt,

CCOMS-EPSM Lille-Métropole. 145 av Lyautey. Résidence Europe.

59 Mons-en-Baroeul France

00-330(0)3 20 43 71 00 [ccoms@epsme-lille-metropole.fr](mailto:ccoms@epsme-lille-metropole.fr)

© L'Encéphale, Paris, 2010. Tous droits réservés.

## Introduction

L'intégration des personnes ayant des troubles psychiques dans la Cité passe par la déstigmatisation des pathologies mentales et la lutte contre les discriminations sociales qui en résultent. Une bonne compréhension des mécanismes de construction des représentations et des facteurs pouvant les modifier s'avérerait utile pour mettre au point des stratégies de lutte contre la stigmatisation et la discrimination. Un récent courant de recherche en psychiatrie s'intéresse aux représentations des pathologies psychiatriques et aux attitudes du public envers les personnes dites « malades mentales » (1, 2, 9, 15, 18, 19). Angermeyer (1,2) signale que les stéréotypes attachés aux « malades mentaux » comprennent la notion de danger, la peur, l'exclusion de la communauté, l'irresponsabilité. Selon Defromont et Roelandt (14) le fou, c'est celui qui n'a pas conscience de lui-même et dont les actes ne peuvent être expliqués ; le malade mental est un fou intégré à une dimension médicale (maladie/cause/traitement) ; le dépressif correspond à un état passager justifié par les événements de vie et l'histoire individuelle. « Pour résumer on pourrait dire : le fou est fou, le malade mental a une maladie et le dépressif fait une dépression ». Pour Paquet (25), la maladie mentale est considérée comme « une forme de perturbation discursive et comportementale qui se définit par l'écart à la norme et se trouve en contravention avec les règles de l'ordre social établi. ». Le malade mental est défini par des critères sémiologiques mais aussi des critères sociaux définis comme « déviants ». Dans leur revue de la littérature Hayward et Bright (16) montrent que les malades mentaux sont décrits dans la population comme dangereux, imprévisibles, il est difficile de parler avec eux, eux seuls sont responsables, ils pourraient s'en sortir par eux-mêmes, ils répondent peu aux traitements. Certains auteurs se sont penchés sur le rôle des médias dans les représentations, tous notent une vision péjorative des représentations (15, 21, 38). D'autres analysent l'impact de l'installation de malades mentaux dans une ville (10, 18) et signalent certains facteurs favorisant le rejet des malades mentaux (24). Brockington (8) retrouve un lien fort entre la tolérance des sujets, leur âge, leur éducation, ou la proximité qu'ils peuvent avoir avec les malades mentaux. L'effet de cette proximité est le plus communément admis ; le fait de connaître directement ou indirectement un malade mental permettrait une meilleure tolérance. Wolf (39) signale que les personnes les plus rejetantes sont celles ayant des enfants et celles qui ont un faible niveau d'éducation ; il ne retrouve pas de déterminant social. Enfin, certains expliquent le caractère péjoratif des représentations par le fait que la maladie mentale est mal connue et incomprise de la plupart des gens (4, 13, 40). Pour résumer, on peut dire que la stigmatisation combine des problèmes de connaissance (ignorance), des attitudes (préjugés) et des comportements (discrimination) (37).

Aborder les maladies sous l'angle des représentations permet de comprendre les comportements qui y sont associés : peur / empathie, culpabilité / compassion, rejet / acceptation du soin etc. L'enquête « La santé mentale en population générale : images et réalités (SMPG) » étudie les représentations sociales de la population vis-à-vis de la santé mentale à travers trois archétypes fabriqués historiquement, socialement, culturellement et médicalement : le fou, le malade mental, le dépressif. L'hypothèse est que ces trois dénominateurs sont utilisés par la population dans des stratégies globales de désignation

d'une part et d'accès aux soins d'autre part. L'enquête permet d'étudier les différences de perceptions entre ces « mots » employés couramment par les populations et les médias et, par là même, d'appréhender quelles implications ces représentations sociales peuvent avoir sur l'accès aux soins psychiatriques. Cet article complète la première analyse effectuée sur les 9 premiers sites d'enquêtes en France métropolitaine (3).

## Matériels et méthodes

### Echantillon et évaluation :

La méthodologie de l'étude a été décrite par ailleurs (31), ainsi que les principaux résultats (3, 5, 6). Environ 900 personnes ont été recrutés dans 47 sites en France métropolitaine entre 1999 et 2003. Les sujets ont été sélectionnés selon la méthode des quotas stratifiés sur l'âge, le sexe, le niveau d'éducation et la catégorie professionnelle de la population générale de la zone étudiée. Les quotas ont été définis sur la base du recensement national 1999. Les données ont été recueillies par 1700 étudiants infirmiers grâce un à questionnaire de 50 questions administré au cours d'entretiens en face-à-face. Les enquêteurs ont reçu une formation spéciale de 3 jours, comprenant le Mini International Neuropsychiatric Interview (34).

Pour cette analyse, les données collectées sur l'échantillon métropolitain, nous avons utilisé les variables suivantes, issues d'un questionnaire socio-anthropologique sur les représentations sociales, développé spécifiquement : i) les trois questions ouvertes permettant une analyse qualitative (« Selon vous, qu'est-ce qu'un fou ? un malade mental ? un dépressif ? » ; ii) les 18 questions permettant de qualifier des comportements. Les enquêtés doivent indiquer si un comportement donné (par exemple : « quelqu'un qui est violent envers lui-même ») relève, selon eux, du fou, du malade mental, du dépressif ou d'aucun des trois. Chaque enquêté doit également préciser s'il juge ces comportements normal/anormal, et dangereux/peu dangereux ; et iii) les questions explorant les représentations de la guérison, la conscience, la responsabilité, la souffrance, l'exclusion sociale et les soins psychiatriques (Par exemple : « Selon vous, peut-on guérir un fou ? un malade mental ? un dépressif ? », « Selon vous, un fou / un malade mental / un dépressif est-il exclu de sa famille ? »).

### Analyses statistiques :

Un échantillon national a été constitué en agrégeant les données des sites français. Les données ont été redressées pour être représentatives de la population française âgée de 18 ans ou plus, sur les variables âge, sexe, niveau d'études, catégorie socioprofessionnelle et situation vis-à-vis de l'emploi, selon les données du recensement national de 1999. Cet échantillon national compte environ 36 000 individus pour la France métropolitaine et 2 500 pour les DOM (6). Seul l'échantillon métropolitain est utilisé dans cette analyse.

Les questions ouvertes ont été analysées par le logiciel Alceste (28, 29, 30), d'analyse des données textuelles. Les autres questions ont été analysées sous SPSS.

## Résultats

### La représentation sociale du fou :

Pour la population générale, le fou est inadapté au monde, à la société, à la réalité, il ne correspond à aucun des schémas qui régissent l'individu. La seule loi concernant le

fou est qu'il n'est concerné par aucune. Il ne semble pas répondre à la psychologie humaine, on peut même se demander s'il répond aux lois de la physique. Le fou a quelque chose d'irréel tant il n'est pas de cette réalité. C'est de l'imprévisibilité, du fou que naît le danger. Ne correspondant à rien il est capable de tout.

**TABLEAU I :  
ANALYSE DES QUESTIONS  
OUVERTES PAR ALCESTE**

« Selon vous, qu'est ce qu'un fou ? »  
Les dix mots les plus significativement  
attachés à la thématique du fou

CHI2	forme
1866.20	acte
1788.89	danger
1662.67	fait
1607.43	malade mental
1548.28	norme
1501.44	raison
1443.73	réalite
1266.47	perdu
954.34	monde
912.07	société

« Selon vous, qu'est ce qu'un malade mental ? »  
Les dix mots les plus significativement  
attachés à la thématique du malade mental

CHI2	forme
3071.21	cerveau
2464.97	maladie
2144.14	troubler
1893.01	naissance
1617.79	psychologie
1360.76	psychisme
1356.84	mental
1343.68	déficient
1301.75	atteindre
1166.20	fou

« Selon vous, qu'est ce qu'un dépressif ? »  
Les dix mots les plus significativement  
attachés à la thématique du dépressif

CHI2	IDENTIFICATION
4460.06	triste
4234.91	vie
3988.59	noir
3983.69	peau
3484.31	mal
2392.65	arriver
2383.38	goût
2235.55	voir
2062.25	pleurer
1873.91	sentir

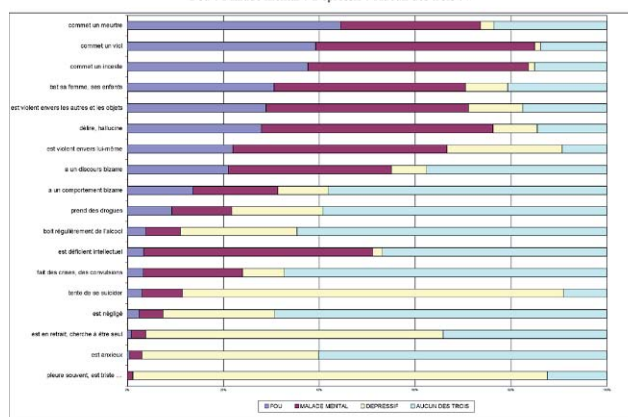
Source : Enquête SMPG,  
Ministère de la santé ASEP-CCOMS-EPSM Lille-Métropole,  
Exploitation CCOMS

Les comportements qui lui sont attribués sont le meurtre pour 45% des enquêtés, le viol (39%), l'inceste (37.6%), la violence envers les autres (29%). Les enquêtés pensent qu'un fou est reconnaissable à première vue à son comportement (47%), plus qu'à son apparence (14%) ou son discours (14%). 86% des enquêtés considère qu'un fou n'est pas responsable de sa folie, et 76% qu'il n'est pas responsable de ses actes. La grande majorité (80%) estime qu'il n'a pas conscience de son état et 45% qu'il ne souffre pas. Selon la population, il est exclu du monde du travail (89.5% des répondants), de la société (83%) et aussi de sa famille (65%). Diverses causes sont attribuées à la folie : les événements de vie (25,5% des réponses), une origine physique (24%) ou la prise de drogue (10%).

Un tiers des enquêtés pensent que l'on peut guérir un fou, 67% qu'il faut le soigner même sans son consentement et 70% par un professionnel de la psychiatrie. Toutes les thérapies sont envisagées : médicaments (22%), hospitalisation (19%), psychothérapie (13%) et soutien relationnel (11%). Seuls 22% déclarent connaître d'autres lieux que l'hôpital psychiatrique pour soigner un fou. Parmi eux un quart citent des lieux de consultation 18% des lieux de vie et 16% le domicile.

16.5% des enquêtés déclarent connaître un fou parmi sa famille, ses amis ou ses voisins. Plus des trois quarts conseilleraient à un proche fou d'être hospitalisé et un tiers le soigneraient à la maison. Par contre 74% répondent qu'une famille peut accepter un proche fou soigné ou actuellement en traitement. La grande majorité (93%) estime que la présence d'un proche fou à la maison est une charge et nécessite une aide en cas de danger pour les autres (49%). Enfin, 140 personnes (0,4%) déclarent avoir été soignées pour folie : par hospitalisation (27%), médicaments (26%), psychothérapie (20%), ou consultation (15%) et 42% s'en déclarent satisfaits.

**GRAPHIQUE I :**  
Qualification des comportements Fou/ Malade mental / dépressif / Aucun des trois.  
Réponses classées en fonction de l'item « fou »  
« Selon vous, quel qu'un qui commet un meurtre est  
Fou ? Malade mental ? Dépressif ? Aucun des trois ? »



Source : Enquête SMPG, Ministère de la santé ASEP-CCOMS-EPSM Lille-Métropole, Exploitation CCOMS

La représentation sociale du « malade mental » : De même que le fou il est perçu comme un être différent, un autre, mais contrairement au fou on peut lui attribuer une maladie, une cause et un traitement médical. Le désordre est ici franchement organique (cérébral, physiologique, cerveau, tumeur, traumatisme, accident). De nombreux comportement violents et dangereux sont associés à l'image du malade mental : commettre un viol



(46% vs 39% pour le fou), un inceste (46% vs 37,6%), être violent envers soi-même (45% vs 22%), être violent envers les autres (43% vs 29%) et battre régulièrement son conjoint ou ses enfants (40%). Par ailleurs, lui sont aussi attribués le délire (48% vs 28%), la déficience intellectuelle (48%) et le discours bizarre 34%. Les enquêtés pensent qu'on reconnaît un malade mental à son comportement (37,5%) et son discours (22%). La grande majorité pense qu'il n'est pas responsable de sa maladie (92%) ni de ses actes (78%).

Un peu plus de la moitié pense qu'il n'a pas conscience de sa maladie et 77% qu'il souffre (vs 55%). Il est perçu comme exclu du monde du travail (76% des répondants), de la société (68%) et aussi de sa famille (45%). Les causes attribuées sont d'abord d'origine physique ou du côté du handicap mental (54% des réponses). Pour 55% des enquêtés, un malade mental peut guérir. Environ trois quarts estiment qu'il doit être soigné même sans son consentement et qu'il n'est pas possible de le soigner sans médicament. Les soins les plus cités pour le malade mental sont les médicaments (28%), la psychothérapie (17%), l'hospitalisation (17%) et le soutien relationnel (13%). Près des 71% conseilleraient à un proche malade mental d'être hospitalisé ou de voir un psychiatre (70%). 38% connaissent d'autres lieux que l'hôpital psychiatrique pour soigner un malade mental; parmi eux, les lieux de vie et d'hospitalisation représentent plus de la moitié des réponses.

Environ un tiers des enquêtés déclare connaître un malade mental, parmi sa famille ou ses amis. Pour 83% des personnes, une famille peut accueillir à nouveau un proche malade mental soigné ou en traitement, mais plus de la moitié refuseraient de soigner un proche malade mental chez elles. La présence d'un proche malade mental à la maison représenterait une charge pour 92% des personnes interrogées, et une aide extérieure serait requise en cas de danger pour autrui (43%). Enfin, 252 personnes (0,7%) déclarent avoir déjà été soigné pour maladie mentale, par traitement médicamenteux (40%), hospitalisation (20%) ou psychothérapie (23%) et 67% ont été satisfaits des soins.

#### La représentation sociale du « dépressif » :

La « dépression » fait référence, dans le discours de la population, à la souffrance psychologique. On retrouve là une théorie spontanée de l'humeur. Les personnes décrivent spontanément le dépressif comme quelqu'un de triste, qui pleure, qui voit la vie en noir, qui a perdu le goût de vivre. La dépression est aussi caractérisée par une causalité environnementale (problèmes affectifs, relationnels, familiaux, professionnels) ; elle ne survient pas du fait de la vie psychique.

Les comportements tels que pleurer souvent, tenter de se suicider, être isolé ou en retrait sont majoritairement attribués au dépressif (respectivement 87%, 80%, 62%). D'autres comportements qui lui sont moins souvent associés sont à souligner : être anxieux (37%), boire régulièrement des boissons alcoolisées (24%), être violent envers soi-même (24%) et être négligé (23%). Les personnes interrogées estiment qu'on le reconnaît à première vue à son apparence (37% des réponses) plus qu'à son comportement (24%). Pour plus de la moitié des enquêtés (63%) il est responsable de ses actes, mais pour 70% il n'est pas responsable de sa dépression.

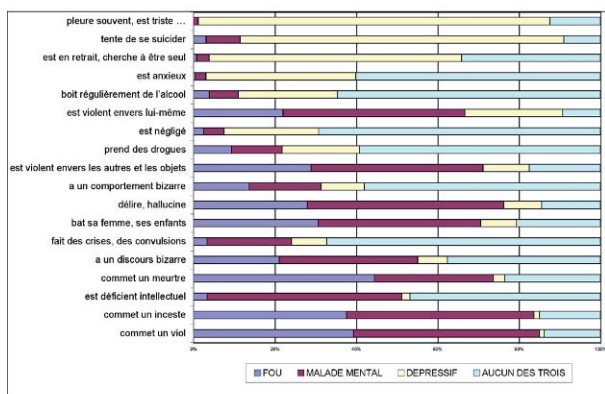
La quasi totalité estime qu'il est conscient de son état (84%) et qu'il souffre (97%), de même que sa famille. De même, la plupart pensent qu'un dépressif n'est pas exclu de son travail (64%), ni de la société (76%), ni de sa famille (80%).

Ce sont les événements de vie (26% des réponses), les problèmes sentimentaux (16%), les problèmes de travail (13%), ou relationnels (10%) qui sont le plus cités en tant que causes de la « dépression ». La quasi totalité (94%) pensent que l'on peut guérir un dépressif, 75% pensent que l'on peut le guérir totalement et 60,5% que l'on doit le soigner même s'il ne le veut pas. 41% des interrogés pensent que l'on peut le soigner sans médicaments, la moitié conseilleraient à un proche dépressif de consulter un professionnel de la psychiatrie et 41% un généraliste. Le recours le plus cité pour soigner un dépressif est le médicament (28%), arrivent ensuite l'entourage (27%), le soutien relationnel (25%) et la psychothérapie (21%). Près des trois quarts ne conseilleraient pas à un proche dépressif d'être hospitalisé et autant déclarent connaître d'autres lieux que l'hôpital psychiatrique pour soigner un dépressif : parmi eux, la maison, la famille (43%), des lieux d'hospitalisation (26%) et enfin des lieux de consultations (16%). Trois quart déclarent connaître un dépressif dans leur entourage, famille, amis ou collègue (9%). La quasi totalité des personnes (96%) déclare qu'un proche peut accueillir à nouveau un proche dépressif s'il est soigné en traitement et 82% estiment qu'elle le ferait pour un de leur proche. Toutefois, ce proche serait une charge à la maison pour 72% et une aide extérieure serait demandée en cas de danger pour le proche (33%), si la charge quotidienne devient insupportable (21%) ou si la souffrance est manifeste (11%). Enfin, 6840 personnes (19%) déclarent avoir déjà été soignées pour dépression, par médicaments (58%), psychothérapie (18%), hospitalisation (8%) et soutien relationnel (4%) et 81% des personnes qui disent avoir été soignées pour dépression en ont été satisfaites des soins.

**Le faible impact des variables socio-démographiques :**  
Les variables socio-démographiques (sexe, âge, CSP, niveau d'éducation) influent peu sur les cotations des comportements évalués. Tout au plus peut-on noter que les personnes avec un niveau scolaire faible considèrent un peu plus que les comportements (quels qu'ils soient) sont attribuables au fou. L'étude des représentations selon le revenu familial mensuel va dans le même sens. Plus le niveau de revenu augmente, moins les comportements violents (viol, meurtre, battre sa femme) sont attribués au fou. Par exemple, « commettre un viol » est attribué au fou par 25% des personnes déclarant gagner plus de 6400 euros par mois contre 41% des personnes déclarant gagner moins de 530 euros par mois. Les veufs et les personnes âgées cotent plus souvent les comportements dans les catégories fou et malade mental.

Il y a donc pour certains comportements un glissement du fou vers le malade mental, pour les catégories sociales ayant un niveau de revenu et d'étude élevé, mais, dans l'ensemble, les représentations sociales de la folie, la maladie mentale et la dépression traversent les couches sociales et les classes d'âge ; nous observons un masquage des inégalités par les représentations, et une opposition nette entre le bloc fou/malade mental l'Autre et dépressif Soi.

**GRAPHIQUE 2 :**  
Qualification des comportements Fou/ Malade mental / dépressif / Aucun des trois.  
Réponses classées en fonction de l'item « dépressif »  
« Selon vous, quelqu'un qui commet un meurtre est  
Fou ? Malade mental ? Dépressif ? Aucun des trois ? »



Source : Enquête SMPG, Ministère de la santé ASEP-COOMS-EFSM Lille-Métropole, Exploitation COOMS

## Discussion

### Les représentations sociales :

Cette étude réalisée sur un échantillon de 36 000 personnes représentatives de la population générale française montre que la population fait une nette différence entre le fou et le malade mental d'une part, le dépressif de l'autre. Les termes fou et malade mental sont fortement liés aux comportements violents et dangereux (viol, meurtre, agression). A part le meurtre, tous les comportements violents sont plus fréquemment attribués au « malade mental » qu'au fou signe d'une forte association entre actes de délinquances et maladie mentale. Le fou et le malade mental sont décrits comme des êtres anormaux, irresponsables, inconscients, exclus, peu guérissables, à soigner contre leur gré par médicaments et hospitalisation. Le terme dépressif est quant à lui associé à la tristesse, au retrait, à l'isolement social et à la tentative de suicide. Le dépressif est décrit comme un personnage plus familial, souffrant, guérissable, qu'on peut soigner par soutien relationnel, parfois par des médicaments, mais qui ne requiert pas d'hospitalisation.

### Limites méthodologiques :

Les trois items choisis pour décrire les représentations (fou, malade mental et dépressif) conditionnent pour partie les opinions émises. Ce choix s'est opéré suite une enquête pilote qui a déterminé ces termes comme pertinents dans le vocabulaire populaire pour décrire ce qui relève du champ de la santé mentale. Les résultats présentés par ailleurs (3, 14, 28, 36) confirment que les trois termes fou, malade mental et dépressif correspondent pour la population à des notions très différentes quant à la gravité perçue et la possibilité de soin. Toutefois, le champ sémantique et lexical des représentations (savoir socio-anthropologique) ne recouvre pas celui du diagnostic psychiatrique (savoir médical). Par exemple, la notion de dépression, entendue par les enquêtés, ne recouvre pas forcément la dépression cliniquement reconnue comme telle. L'utilisation d'un vocabulaire psychiatrique pour explorer les représentations (par exemple : psychose, anxiété, dépression) aurait sans doute facilité la comparaison entre représentations et diagnostics, mais nous aurait éloigné de la représentation populaire du fou, du malade mental et du dépressif. La médicalisation de la formulation des questions aurait alors induit un biais de désirabilité sociale, inquant dans le sens de réponses « médicales » de la part des enquêtés. C'est ce

qui se passe dans les enquêtes utilisant des « vignettes cliniques » pour décrire les représentations ; puisque la vignette correspond à une représentation médicale de la maladie, qui vient forcer la réponse du sujet dans ce champ sémantique.

### Interprétation des résultats :

Auparavant le « fou criminel » était mélangé à tous les autres malades non criminels présents à l'hôpital psychiatrique. Aujourd'hui quasiment tous ces derniers ont trouvé des solutions sanitaires ou médico-sociales, sauf le fou criminel. Se pose alors la question du lien entre folie et crime, soins et enfermement, hôpital et prison. L'évolution des soins psychiatriques, le passage de la folie à la maladie mentale, le glissement sémantique de la folie vers le champ médical a accentué les perceptions péjoratives de la maladie mentale. Les résultats de l'enquête SMPG sont en concordance avec ceux d'Angermeyer sur les stéréotypes du malade mental et ceux d'Hayward et Bright sur le danger associé.

On peut expliquer le phénomène de stigmatisation par le fait que la problématique de la déviance est inhérente à celle de la maladie mentale. Les comportements attribués par la population au fou et au « malade mental » sont aussi anormaux et dangereux, déviants. En ce sens, les maladies mentales, déviances sociales stigmatisantes, sans doute plus que les autres maladies, font l'objet de l'imposition de valeurs et de normes communes, par le pouvoir médical et psychiatrique, lui-même « instrumentalisé » par le pouvoir politique (17). Autrement dit, contrairement à d'autres maladies, non psychiques, la désignation du comportement déviant participe au diagnostic. La société intervient donc dans l'établissement du diagnostic en pointant du doigt la différence, le décalage avec la norme établie qui se transforme en stigmatisme (24). La question est donc celle de l'Homme et de l'autre. La population française a d'ailleurs des conceptions différentes de l'étiologie de la « folie », de la « maladie mentale » et de la « dépression ». Pour le fou il s'agit de sa nature même. On retrouve très peu de cause exogène pouvant provoquer la folie (le viol d'un de ses enfants par exemple). Même la cause n'engendre pas un objet folie dans l'individu, c'est l'individu qui devient la folie. La population générale identifie plutôt le malade mental comme ayant un problème au niveau du cerveau, une maladie endogène, organique. La dépression est expliquée par les causes environnementales. Evoquer des phénomènes neurobiologiques c'est la faire tendre vers la précédente. Les conceptions étiologiques peuvent éclairer la stigmatisation. La maladie mentale est mal connue, incomprise et le manque d'information sur un sujet crée un climat d'incertitude (40). Langumier dans une étude sur les CUMP (23) montre que la connaissance de la cause du trouble (un tremblement de terre, une inondation) joue en faveur des « victimes » et du recours thérapeutique, d'autant plus si cette cause est exogène à l'individu. Face à cet autre qu'on ne comprend pas et dont on ne peut maîtriser le comportement, l'hôpital psychiatrique est désigné par la population comme le lieu de contention sociale. Cette stigmatisation très puissante pour les populations de l'hôpital psychiatrique et par extension du service de soins psychiatriques public explique la stratégie utilisée par les populations et une partie de la psychiatrie pour permettre l'accès aux soins : se dire dépressif, soit fréquentable.

Cette stigmatisation est beaucoup moins forte envers le « dépressif ». Alors que 0,7% des personnes déclarent avoir déjà été soignées pour maladie mentale, 19% déclarent l'avoir été pour dépression. Le « malade mental » c'est l'autre, le « dépressif » peut être soi. Une étude réalisée en 2001 (32) nuance toutefois ce résultat, montrant que des croyances populaires stigmatisantes sur la dépression dressent aussi une barrière au diagnostic et au traitement de la dépression.

« En circonscrivant un groupe avec plus de netteté, on peut même fonder son identité sur un stigmaté, et est-ce libérer d'un stigmaté que de le souligner ? » (7). Les sciences sociales indiquent qu'il ne suffit pas de vouloir supprimer ou remplacer des termes (comme fou, malade mental) pour enrayer une stigmatisation. « On peut fort bien refouler les propos stigmatisants, sans rien toucher aux valeurs : les injonctions normatives sont en fait des interdictions de dire, non des incitations sur la pensée. » (7). Les logiques de stigmatisation ne sont pas de simples étiquetages mais ont pour fonction sociale de se protéger du danger d'atteinte de l'ordre public, l'ordre social, de sa place dans la société (22). La stigmatisation joue un rôle protecteur, pour la combattre, il ne suffit pas de s'attaquer aux propos et actes discriminatoires par des interdictions et des lois. Les dernières études semblent montrer que cela risque de provoquer l'effet inverse : une surstigmatisation des personnes identifiées comme telles (11, 12, 33, 35).

### Conclusion

Les représentations sociales sont des tentatives de réponse à un questionnement sur la condition humaine. On peut dire que le fou est fou, le malade mental a une maladie mentale et le dépressif fait une dépression. Le fou correspond à la question de la maîtrise de soi et de sa propre liberté psychique. Le malade mental correspond à l'impossibilité de concevoir la pensée comme l'émanation d'un organe. Le dépressif correspond à la difficulté d'être un être sensible et donc sujet de souffrances.

La confusion entre folie, maladie mentale et délinquance/criminalité est prédominante dans la population. On comprend aisément le débat actuel sur la nécessité d'encadrer médicalement les criminels sortant de prison. Dans cette conception, la psychiatrie devient garant social de la non-récidive.

La poursuite de l'analyse des données de l'enquête SMPG nous permettra d'explorer les facteurs pouvant intervenir sur les représentations, comme, par exemple : la présence d'un trouble psychique, la connaissance d'une personne avec des troubles psychiatriques dans son entourage, la consommation de soins psychiatriques et la reconnaissance des troubles par la personne elle-même.

### Bibliographie

1. ANGERMEYER MC et MATSCHINGER H. Lay beliefs about mental disorders : a comparison between the western and the eastern parts of Germany. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 1999 ; 34(5) : 275-81.
2. ANGERMEYER MC et MATSCHINGER H. Public attitude towards psychiatric treatment. *Acta Psychiatr Scand.* 1996 ; 94(5) : 326-336.
3. ANGUISS M, ROELANDT JL et CARIA A. La perception des problèmes de santé mentale : les résultats d'une enquête sur neuf sites. *Drees. Etudes et Résultats n°116*, mai 2001.
4. BAUMAN AE. Stigmatization, social distance and exclusion because of mental illness: the individual with mental illness as a stranger'. *Int Rev Psychiatry.* 2007 Apr ; 19(2) : 131-5.
5. BELLAMY V, ROELANDT JL et CARIA A., Troubles mentaux et représentations de la santé mentale - premiers résultats de l'enquête Santé mentale en population générale. *Drees. Etudes et Résultats n°347*, 2005.
6. BELLAMY V, ROELANDT JL, CARIA A. et KERGALL A., L'enquête Santé mentale en population générale (SMPG): une enquête « pas comme les autres », Actes du Colloque francophone sur les sondages, Paris, Eds Dunod, ; 2005
7. BENOIST J. Logiques de la stigmatisation, éthique de la déstigmatisation. *Information Psychiatrique.* 2007 Oct ; 83 (8) : 649-654.
8. BROCKINGTON IF, HALL P, LEVINGS J et al. The Community's tolerance of the mentally ill. *Br J Psychiatry.* 1993 ; 162 : 93-99.
9. CHOU KL, MAK KY, CHUNG PK, HO K. Attitudes towards mental patients in Hong Kong. *Int J Soc Psychiatry.* 1996 ; 42(3) : 213-9.
10. CHEUNG FM. People against the mentally ill: community opposition to residential treatment facilities. *Community Ment Health.* 1990 ; 26(2) : 205-12.
11. CORRIGAN PW et PENN DL. Lessons from social psychology on discrediting psychiatric stigma. *Am Psychol.* 1999 Sep ; 54(9):765-76.
12. CORRIGAN PW, WATSON AC et OTTATI V. From whence comes mental illness stigma?. *Int J Soc Psychiatry.* 2003 Jun ; 49(2) : 142-59.
13. CORRIGAN PW et WATSON AC. The stigma of psychiatric disorders and the gender, ethnicity, and education of the perceiver. *Community Ment Health J.* 2007 Oct ; 43(5) : 439-58.
14. DEFROMONT L et ROELANDT JL. Les représentations sociales du fou, du malade mental et du dépressif. *L'Information psychiatrique.* 2003 ; 79 : 887-894.
15. DIETRICH S, HEIDER D, MATSCHINGER H et al. Influence of newspaper reporting on adolescents' attitudes toward people with mental illness. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2006 Apr ; 41(4) : 318-22.
16. HAYWARD P et BRIGHT JA. Stigma and mental illness : a review and critique. *J of Mental Health.* 1997 ; 6 : 345-354.
17. HERZLICH C. Santé et maladie. Analyse d'une représentation sociale. Eds EHESS, Paris ; 2005.
18. JODELET D Les représentations sociales, PUF Sociologie d'aujourd'hui 6e édition, Paris ; 1999.
19. 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(1) : 77-83.
20. JORM AF. Mental health literacy. Public knowledge and beliefs about mental disorders. *Br J P Psychiatry.* 2001 Jul ; 179 : 75.
21. KLIN A, LEMISH D. Mental disorders stigma in the media : review of studies on production, content, and influences. *J Health Commun.* 2008 Jul-Aug ; 13(5) : 434-49.
22. KLEINMAN A. Santé et Stigmaté. Note sur le danger, l'expérience morale et les sciences sociales de la santé, Seuil, Actes de la recherche en sciences sociales, Paris ; 2002.
23. LANGUMIER J. Des praticiens face à l'émotion de la catastrophe. Enquête sur les cellules d'urgence médico-psychologique. Face à face. *Regards sur la santé*, 2006, n°8, 35-42
24. LE BRETON D. Anthropologie du corps et modernité. Paris, PUF ; 1992.
25. PAQUET S. Folie, entraide et souffrance. Anthropologie d'une expérience parentale. Paris / Sainte-Foy, L'Harmattan / Les Presses de l'Université Laval ; 2000.
26. PAYKEL ES, HART D et PRIEST RG. Changes in public attitudes to depression during the Defeat Depression Campaign. *Br J Psychiatry.* 1998 ; 173 : 519-22.
27. QUIDU F, DAUMERIE N, ROELANDT JL et al. Comment la population française perçoit le « fou », le « malade mental » et le « dépressif » ? Communication congrès ALASS 2006.
28. REINERT M. Alceste : une méthode d'analyse des données textuelles

- les et une application : Aurélia de Gérard de Nerval. Bulletin de méthodologie sociologique. 1990 ; 26 : 24-54.
29. REINERT M. Les mondes lexicaux et leur logique à travers l'analyse statistique d'un corpus de récits de cauchemars. Langage et société. 1993 ; 66 : 5-39.
  30. REINERT M. Un logiciel d'analyse lexicale, Alceste. Cahier de l'analyse des données. 1996 ; 4 : 471-484.
  31. ROELANT JL, CARIA A, MONDIERE G et al. La santé mentale en population générale : image et réalité. Méthodologie générale d'enquête. L'information psychiatrique. 2000 Mars ; 76 (3) : 279-292.
  32. ROPER STARCH Worldline Inc. Americas Mental Health Survey, 2001. Prepared for the National Mental Health Association, cité dans Conseil médical du Québec. Les maladies mentales : un éclairage contemporain.
  33. RUSCH N, ANGERMEYER MC et CORRIGAN PW. Mental illness stigma : concepts, consequences, and initiatives to reduce stigma. European psychiatry. 2005 Déc ; 20 (8) : 529-539.
  34. SHEEHAN D.-C., LECRUBIER Y., The Mini International Neuropsychiatric interview (MINI): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSMIV and ICD-10, J. Clin. Psychiatry, 1998;59 (suppl. 20), 22-3.
  35. STUART H. Stigmatisation. Leçons tirées des programmes visant sa diminution, Santé Mentale au Québec. 2003 ; 28 (1) : 54-72.
  36. SURAULT P. Milieu social et santé mentale : représentations, stigmatisations, discrimination. L'Information psychiatrique. 2005 ; 81 : 313-324.
  37. THORNICROFT G, ROSE D, KASSAM A et al. Stigma : Ignorance, prejudice or discrimination?. Br J Psychiatry. 2007 Mar ; 190 :192-3.
  38. WILSON F, NAIRN R, COVERDALE J et al. How mental illness is portrayed in childrens television. Br J Psychiatry. 2000 ; 176 : 440-443.
  39. WOLFF G, PATHARE S, CRAIG T et al. Community attitudes to mental illness. Br J Psychiatr. 1996 ; 168(2) : 183-90.
  40. ZARIFIAN E. Les jardiniers de la folie. Paris, Odile Jacob ; 1988.