

**Mémoire, y compris stage professionnalisant[BR]- Séminaires méthodologiques intégratifs[BR]- Mémoire : "Un même soin, deux regards : Étude des effets de la stigmatisation sur l'accès et la qualité des soins en psychiatrie à travers les regards des patients et des soignants"**

**Auteur :** Sebenello, Lara

**Promoteur(s) :** 27056; 27057

**Faculté :** Faculté de Médecine

**Diplôme :** Master en sciences de la santé publique, à finalité spécialisée en praticien spécialisé de santé publique

**Année académique :** 2024-2025

**URI/URL :** <http://hdl.handle.net/2268.2/22636>

---

*Avertissement à l'attention des usagers :*

*Tous les documents placés en accès ouvert sur le site le site MatheO sont protégés par le droit d'auteur. Conformément aux principes énoncés par la "Budapest Open Access Initiative"(BOAI, 2002), l'utilisateur du site peut lire, télécharger, copier, transmettre, imprimer, chercher ou faire un lien vers le texte intégral de ces documents, les disséquer pour les indexer, s'en servir de données pour un logiciel, ou s'en servir à toute autre fin légale (ou prévue par la réglementation relative au droit d'auteur). Toute utilisation du document à des fins commerciales est strictement interdite.*

*Par ailleurs, l'utilisateur s'engage à respecter les droits moraux de l'auteur, principalement le droit à l'intégrité de l'oeuvre et le droit de paternité et ce dans toute utilisation que l'utilisateur entreprend. Ainsi, à titre d'exemple, lorsqu'il reproduira un document par extrait ou dans son intégralité, l'utilisateur citera de manière complète les sources telles que mentionnées ci-dessus. Toute utilisation non explicitement autorisée ci-avant (telle que par exemple, la modification du document ou son résumé) nécessite l'autorisation préalable et expresse des auteurs ou de leurs ayants droit.*

---

Un même soin, deux regards :

Étude des effets de la stigmatisation sur l'accès et la  
qualité des soins en psychiatrie à travers les regards  
des patients et des soignants

Mémoire présenté par **Lara Sebenello**

en vue de l'obtention du grade de

Master en Sciences de la santé publique

Finalité spécialisée en santé internationale et management des organisations de santé

Année académique 2024 – 2025

Un même soin, deux regards :

Étude des effets de la stigmatisation sur l'accès et la  
qualité des soins en psychiatrie à travers le regard des  
patients et des soignants

Mémoire présenté par **Lara Sebenello**

en vue de l'obtention du grade de  
Master en Sciences de la santé publique

Finalité spécialisée en santé internationale et management des organisations de santé

Année académique 2024 – 2025

Promoteur : **Dr Isabelle Caubo**

Co-promoteur : **Mme Jessica Gabriel**

Engagement de non plagiat.

Je soussignée SEBENELLO Lara  
Matricule étudiant : S223346

Déclare avoir pris connaissance de la charte anti-plagiat de l'Université de Liège et des dispositions du Règlement général des études et des évaluations. Je suis pleinement conscient(e) que la copie intégrale ou d'extraits de documents publiés sous quelque forme que ce soit (ouvrages, publications, rapports d'étudiant, internet, etc...) sans citation (i.e. mise en évidence de la citation par des guillemets) ni référence bibliographique précise est un plagiat qui constitue une violation des droits d'auteur relatifs aux documents originaux copiés indûment ainsi qu'une fraude. En conséquence, je m'engage à citer, selon les standards en vigueur dans ma discipline, toutes les sources que j'ai utilisées pour produire et écrire le mémoire que je dépose.

Fait le 22 mai 2025

Signature



## Remerciements

Ce mémoire n'aurait jamais vu le jour sans les personnes qui m'ont accompagnée, soutenue et inspirée tout au long de ce chemin.

Je tiens à remercier de tout cœur ma promotrice, Madame Isabelle Caubo, et ma co-promotrice, Madame Jessica Gabriel. Merci pour votre bienveillance, votre patience, vos conseils, et pour avoir cru en ce projet autant que moi. Votre accompagnement a été une vraie boussole dans ce travail, et je vous en suis profondément reconnaissante.

Je remercie également les patients et soignants des services 450 et 910 du CHC MontLégia pour leur temps, leur honnêteté et leur confiance. Leurs témoignages, parfois chargés en émotion, ont profondément enrichi cette recherche, et m'ont, en tant que soignante moi-même, touchée et fait réfléchir.

Un immense merci à ma famille. Merci à mes parents, pour leur présence et leur soutien constant. Merci à mon compagnon, pour m'avoir portée dans les doutes, soutenue dans les creux, et accompagnée sans relâche. Merci à ma belle-sœur, pour son aide précieuse dans l'élaboration de mon travail.

Je termine mes remerciements par mes amis, collègues et enseignants qui ont, d'une manière ou d'une autre, déposé un mot, un regard, un sourire au bon moment. Ces gestes ont compté plus que vous ne l'imaginez.

## Table des matières

<b>Préambule .....</b>	<b>1</b>
<b>Introduction.....</b>	<b>2</b>
1. <i>La stigmatisation en santé mentale : formes et enjeux .....</i>	2
2. <i>L'impact de la stigmatisation sur l'accès aux soins psychiatriques.....</i>	3
3. <i>Effets de la stigmatisation sur l'expérience de soin et sa qualité perçue.....</i>	5
4. <i>La stigmatisation et ses effets dans le domaine de la santé mentale.....</i>	6
5. <i>Conséquences de la stigmatisation sur l'accès aux soins psychiatriques.....</i>	8
6. <i>Le rôle des professionnels de santé : entre reproduction et transformation des stigmates</i> 10	
7. <i>Vers une psychiatrie plus inclusive : leviers pour améliorer l'accès et la qualité des soins</i> 12	
8. <i>Objet de l'étude .....</i>	14
<b>Matériel et méthode.....</b>	<b>16</b>
1. <i>Type d'étude .....</i>	16
2. <i>Population étudiée et méthode d'échantillonnage .....</i>	16
3. <i>Outils et organisation de la collecte des données .....</i>	17
3.1. <i>Outil .....</i>	17
3.2. <i>Collecte des données .....</i>	18
3.3. <i>Traitemenent des données et méthode d'analyse .....</i>	18
3.4. <i>Contrôle de la qualité des données .....</i>	19
4. <i>Protection des données et comité d'éthique .....</i>	19
<b>Résultats.....</b>	<b>20</b>

1. <i>Population étudiée .....</i>	20
1.1. <i>Patient .....</i>	20
1.1.1. <i>Perception de la stigmatisation.....</i>	21
1.1.2. <i>Obstacles liés à l'accès aux soins.....</i>	23
1.1.3. <i>Corrélation entre stigmatisation et accès aux soins .....</i>	23
1.2. <i>Soignant.....</i>	24
1.2.1. <i>Construction du score de perception de la stigmatisation .....</i>	25
1.2.2. <i>Perception globale de la stigmatisation chez les soignants .....</i>	25
1.2.3. <i>Analyse par profession et expérience .....</i>	25
1.2.4. <i>Perception des obstacles à l'accès aux soins .....</i>	25
1.2.5. <i>Effets du sexe, de la profession et de l'expérience.....</i>	26
2. <i>Comparaison question par question avec les patients.....</i>	26
<b>Analyse critique et discussion.....</b>	<b>27</b>
1. <i>Discussion et perspectives .....</i>	27
3. <i>Limites et biais.....</i>	33
<b>Conclusion .....</b>	<b>34</b>
<b>Bibliographie .....</b>	<b>35</b>
<b>Annexes.....</b>	<b>43</b>
1. <i>Présentation des services 450 et 910 .....</i>	43
2. <i>Réponse du comité d'éthique .....</i>	44
2.1. <i>Comité d' éthique hospitalo-facultaire universitaire de Liège.....</i>	44
2.2. <i>Comité d'éthique médicale CHC .....</i>	49
3. <i>Attestation d'assurance .....</i>	52
4. <i>Questionnaire soignant .....</i>	53
5. <i>Formulaire de consentement : soignant.....</i>	55

6. Questionnaire : patient.....	60
7. Formulaire de consentement : patient.....	62
8. Stigma Scale .....	68

## Table des figures

Figure 1 : Mécanismes de la stigmatisation et leurs effets sur l'accès et la qualité des soins .....	15
Figure 2 : Comparaison des groupes .....	22

## Lexique

- OMS : Organisation Mondiale de la Santé
- STROBE : *strengthening the reporting of observational studies in epidemiology*
- PREMs : *patient-reported experience measures*
- PROMs : *patient-reported outcome measures*
- CHC : Centre Hospitalier Chrétien

## Résumé

Introduction : La stigmatisation associée aux troubles psychiatriques est un phénomène reconnu, susceptible d'avoir des répercussions sur l'accès aux soins ainsi que sur la qualité de la prise en charge. Elle peut se manifester sous différentes formes et affecter aussi bien les patients que les professionnels de santé. Si ce sujet a fait l'objet de nombreuses recherches, les comparaisons directes entre les perceptions des patients et celles des soignants restent limitées. L'étude présentée ici vise à documenter ces perceptions dans le cadre hospitalier psychiatrique.

Méthodologie : Cette étude quantitative, de type observationnelle et transversale, a été réalisée dans les services psychiatriques 450 et 910 du CHC MontLégia, à partir de questionnaires adressés à 82 patients et 38 soignants. Deux outils ont été construits spécifiquement pour cette recherche, comportant trois sections : les données sociodémographiques, l'évaluation de la stigmatisation et des freins à l'accès aux soins, et un espace pour recueillir des propositions d'amélioration. Les données ont été analysées à l'aide de statistiques descriptives et comparatives, avec une vérification de la cohérence interne des scores à l'aide de l'alpha de Cronbach.

Résultats : Les patients indiquent avoir été confrontés à des situations de stigmatisation, plus élevé chez les hommes et pour certaines pathologies comme la schizophrénie ou les troubles addictifs. Les soignants, quant à eux, perçoivent davantage les obstacles systémiques à l'accès aux soins. Une corrélation significative est observée entre stigmatisation perçue et difficultés d'accès aux soins. Des écarts apparaissent également selon le sexe et la profession, sans toujours atteindre un seuil de significativité.

Conclusion : Cette étude met en évidence des perceptions différentes mais complémentaires entre patients et soignants. Elle souligne l'importance d'impliquer davantage les usagers dans l'organisation des soins, de renforcer la formation sur les effets de la stigmatisation, et de favoriser une approche plus humaine et collaborative dans les services psychiatriques.

Mots clés : patient, soignant, accès aux soins, qualité des soins, stigmatisation, santé mentale, psychiatrie.

## Summary

**Introduction:** Stigma associated with psychiatric disorders is a well-recognized phenomenon, with potential consequences on both access to care and the quality of treatment. It can take various forms and affect both patients and healthcare professionals. Although this topic has been widely studied, direct comparisons between the perceptions of patients and those of healthcare providers remain limited. The present study aims to document these perceptions within a hospital-based psychiatric setting.

**Methodology:** This quantitative, observational, and cross-sectional study was conducted in the psychiatric units 450 and 910 of the CHC MontLégia, using questionnaires administered to 82 patients and 38 healthcare professionals. Two tools were specifically designed for this research, each including three sections: sociodemographic data, an assessment of perceived stigma and barriers to care, and an open section for suggestions for improvement. The data were analyzed using descriptive and comparative statistics, with internal consistency of composite scores evaluated using Cronbach's alpha.

**Results:** Patients reported experiencing situations of stigma, particularly among men and in cases of certain diagnoses such as schizophrenia or substance use disorders. Healthcare professionals, on the other hand, reported a higher perception of systemic barriers to accessing care. A significant correlation was found between perceived stigma and difficulties in accessing care. Differences were also observed based on gender and professional role, although not all reached statistical significance.

**Conclusion:** This study highlights distinct but complementary perceptions between patients and healthcare providers. It underlines the importance of increasing patient involvement in care organization, strengthening training on the impact of stigma, and promoting a more human-centered and collaborative approach within psychiatric services.

**Keywords:** patient, healthcare provider, access to care, quality of care, stigma, mental health, psychiatry.

## Préambule

Cela fait maintenant 3 ans que je travaille en tant qu'infirmière en psychiatrie dans le service 450 du CHC MontLégia. La pratique en santé mentale m'a permis de mesurer à quel point l'écoute, la relation et l'accompagnement humain sont au cœur de notre rôle soignant. Si les gestes techniques y sont présents, ils s'accompagnent surtout d'écoute active, d'entretiens individuels et d'un soutien constant auprès des patients.

En psychiatrie, notre rôle est d'accompagner les patients sans jugement, d'écouter leurs demandes en veillant à ce qu'ils se sentent compris, dans un environnement de confiance. Pourtant, malgré toute cette humanité, est-t-il possible d'imaginer que les patients hospitalisés en psychiatrie soient perçus comme différents, dérangeants, voire marginalisés ? Ce regard stigmatisant, bien que parfois inconscient, peut-il s'infiltre jusque dans les lieux de soins eux-mêmes ?

Ce questionnement m'a amené à vouloir consacrer le sujet de ma recherche sur la stigmatisation en psychiatrie. Il reflète une préoccupation professionnelle, une expérience de terrain ainsi qu'une motivation personnelle : celle d'analyser le maintien éventuel de ces représentations négatives et leurs effets potentiels sur la perception de la qualité des soins.

Dans le cadre de ce master en santé publique, ce sujet prend tout son sens. La stigmatisation peut-elle constituer un frein à l'accès aux soins et à la compliance thérapeutique ? Dans une démarche de promotion de la santé, est-il légitime de se poser la question : l'accès aux soins est-il équitable pour tous ?

A travers ce mémoire, j'espère susciter des pistes de réflexions pour des soins plus équitables et orientés vers l'expérience vécue ainsi que les besoins du patient.

## Introduction

### 1. La stigmatisation en santé mentale : formes et enjeux

La santé mentale occupe une place croissante dans les politiques publiques, comme en témoigne le Pacte européen pour la santé mentale, qui fait de la lutte contre la stigmatisation une priorité, aux côtés de la prévention du suicide et de la santé mentale au travail. La stratégie européenne de 2023 renforce cette dynamique avec plus de 20 initiatives financées à hauteur de 1,23 milliard d'euros, visant la prévention, l'accès équitable aux soins et la lutte contre la stigmatisation (1). Pourtant, les troubles mentaux touchent chaque année environ 30 % de la population mondiale, et la majorité des personnes concernées restent sans traitement, y compris dans les pays riches (2). En Belgique, une personne sur quatre est concernée au cours de sa vie, mais la recherche en santé mentale reste sous-financée malgré la charge de morbidité qu'elle représente (3). Ces troubles sont la première cause d'années vécues avec une limitation fonctionnelle, devant les maladies cardiovasculaires et le cancer (4), et leur prise en charge reste marquée par d'importantes inégalités d'accès et de qualité aux soins selon les territoires et les profils sociaux (5-7).

Au-delà de ces données, les personnes vivant avec un trouble psychiatrique présentent une espérance de vie réduite de 10 à 25 ans, non seulement en raison de la maladie, mais aussi à cause d'obstacles liés au fonctionnement même du système de santé, qui freinent l'accès à des soins somatiques et psychiatriques adaptés (8,9). Moins de la moitié accèdent aux soins spécialisés, et plus de 40 % de ceux qui expriment un besoin d'aide psychologique ne reçoivent aucun accompagnement professionnel (6,10). Ce retard institutionnel s'explique en partie par des représentations sociales tenaces : malgré les progrès médicaux, l'image du « fou dangereux » reste présente dans l'imaginaire collectif, alimentée par les médias et le cinéma (11). Ces stéréotypes sont parfois intégrés dès la formation des professionnels : les futurs médecins associent encore parfois les troubles mentaux à une « folie visible » (12), et les étudiants infirmiers ne commencent à les déconstruire qu'au contact des patients lors des stages (13).

Cette vision stigmatisante contribue à l'exclusion sociale des personnes concernées (14) et influence leur rapport au soin. Le regard sociétal influence la construction de l'identité des

patients par un processus d'« identité miroir », où les jugements extérieurs sont intériorisés et affectent l'estime de soi (15). Ce phénomène d'auto-stigmatisation constitue un obstacle reconnu au rétablissement (16). Il s'inscrit dans une transformation du champ psychiatrique, marqué par un glissement du modèle biomédical centré sur les symptômes vers une approche orientée rétablissement, qui reconnaît le patient comme acteur de son parcours (17,18). Cependant, cette évolution reste freinée par des stigmatisations persistantes, parfois implicites, dans les pratiques soignantes et institutionnelles.

Bien que la santé mentale ait été désignée comme grande cause nationale en 2025 (19), les représentations stigmatisantes restent vivaces, y compris au sein même des équipes soignantes. La stigmatisation agit ainsi comme une couche invisible mais structurante du système de soins, semblable à un iceberg : la partie visible ne laisse entrevoir qu'une fraction des obstacles réels auxquels les patients sont confrontés (20). Ces représentations, souvent intériorisées, influencent à la fois l'identité des personnes concernées et leur rapport aux institutions. En intégrant le regard social comme une vérité sur soi, elles affaiblissent l'estime de soi, le sentiment de compétence et l'engagement dans les parcours de soins (15).

## 2. L'impact de la stigmatisation sur l'accès aux soins psychiatriques

L'accès aux soins psychiatriques reste freiné par diverses formes de stigmatisation, visibles ou invisibles. La peur du jugement, du rejet ou d'être réduit à un diagnostic freine fortement la demande d'aide. La stigmatisation anticipée, donc la crainte d'un accueil négatif, pousse certains à retarder ou éviter les soins, même en situation d'urgence (14,21,22). Parmi les raisons invoquées de ne pas demander d'aide en santé mentale, la plus fréquemment citée est le fait de ne pas vouloir parler de ses problèmes à un professionnel, ce qui peut refléter une forme de réticence liée à l'intimité ou à la peur du jugement (6). Lorsqu'elle est intériorisée, la stigmatisation réduit significativement la probabilité de recourir à un soutien professionnel (23).

Ce phénomène touche à la fois les troubles sévères et les formes plus courantes de détresse psychique. Environ 40 % des personnes concernées n'accèdent pas aux soins, malgré leur disponibilité (22,23). L'autostigmatisation joue un rôle central : le sentiment de ne pas mériter d'aide ou d'être un fardeau alimente l'évitement, même quand le soutien est accessible (15,16).

En Belgique, plus de la moitié des personnes souffrant de troubles mentaux déclarent n'avoir reçu que des traitements médicamenteux, sans accompagnement thérapeutique, illustrant une réponse encore largement biomédicale à la souffrance psychique (6,10).

La stigmatisation dépasse la sphère individuelle et s'exprime aussi à l'échelle institutionnelle : politiques publiques inadaptées, démarches administratives complexes, sous-financement, fragmentation des services et manque de coordination contribuent à un environnement peu accueillant pour les patients (4,8,24). Elle se manifeste notamment par des difficultés d'accès aux soins somatiques et une rupture du lien avec les soins de première ligne : seuls 30 % des patients hospitalisés en psychiatrie ont un médecin traitant identifiable (9). Le système belge reste très hospitalo-centré, avec 80 % du budget consacré aux structures résidentielles, malgré les appels à développer les soins communautaires (7). Ces inégalités structurelles peuvent être aggravées par les pratiques professionnelles elles-mêmes.

Les professionnels eux-mêmes peuvent constituer un obstacle involontaire à l'accès aux soins. Une image dévalorisée de la psychiatrie freine les vocations, entraînant une pénurie de soignants dans ce secteur (13). Par ailleurs, des attitudes de défiance, de surprotection ou d'asymétrie relationnelle sont parfois observées dans les pratiques, limitant l'engagement des patients et dissuadant la demande de suivi (17,18). Certaines initiatives, comme les réseaux 107 en Belgique, visent à améliorer cette coordination. Cependant, leur lisibilité demeure limitée pour les patients, et leur ancrage territorial reste inégal selon les régions (7,25).

Certaines personnes évitent de nommer les troubles mentaux par honte, résignation ou adhésion à des explications traditionnelles non médicales, ce qui renforce leur mise sous silence et l'éloignement des services psychiatriques (12,26,27). La peur des conséquences sociales de la révélation d'un trouble mental, comme le rejet par l'entourage ou la crainte de perdre son emploi, reste un frein important à la demande d'aide, contribuant à l'isolement et à une rupture dans la continuité des soins (22).

L'ensemble de ces dimensions : personnelle (auto-stigmatisation), interpersonnelle (attitudes des soignants), et structurelle (organisation des services), montre que la stigmatisation agit comme un frein global à l'accès aux soins psychiatriques, bien au-delà des seules questions d'offre

ou de localisation (2,8,17). Elle agit comme un filtre qui influence, en amont, la décision de consulter, mais aussi l'expérience même du soin psychiatrique une fois celui-ci engagé (14,16). C'est pourquoi la stratégie européenne actuelle fait de la lutte contre la stigmatisation un pilier majeur de ses actions en santé mentale, aux côtés de la promotion du bien-être et de l'accès équitable aux soins (1). Cela invite à recentrer l'attention non seulement sur l'accessibilité, mais aussi sur la qualité des soins perçue par les usagers, en tant qu'expérience vécue.

### 3. Effets de la stigmatisation sur l'expérience de soin et sa qualité perçue

L'analyse de l'impact de la stigmatisation sur l'expérience des patients implique de s'intéresser à la qualité des soins perçue, une dimension souvent négligée dans les outils d'évaluation. Les indicateurs disponibles sont encore trop limités ou inadaptés : ils peinent à saisir les effets de la stigmatisation sur le vécu subjectif des patients, faute de définitions opérationnelles rigoureuses du stigma (5,8). Pourtant, cette dimension est essentielle, car la stigmatisation ne s'arrête pas à la porte du soin : elle se prolonge dans les pratiques, les attitudes, et l'organisation même du système psychiatrique.

De nombreux patients rapportent une qualité perçue dégradée, marquée par un manque d'écoute, un déséquilibre relationnel, une exclusion des décisions thérapeutiques, ou encore des attitudes condescendantes (17,21,26) . Ce vécu fragilise le lien de confiance avec les soignants, et peut accentuer le retrait ou la rupture de soin. Chez les patients les plus stigmatisés, la qualité des soins est souvent perçue comme inférieure, même lorsque les traitements sont disponibles (15,16).

Des écarts notables existent également entre les recommandations et la pratique réelle. Par exemple, selon les recommandations officielles, près de la moitié des prescriptions comportant des associations de neuroleptiques ne sont pas justifiées. De cela, découle une augmentation du risque iatrogène et une dégradation de la qualité perçue du traitement (24). La désorganisation des parcours de soin, le manque de suivi somatique ou la difficulté de coordination entre la psychiatrie et les soins extrahospitaliers contribuent aussi à une perception fragmentée et incomplète du soin (4,9). Le Centre fédéral d'expertise des soins de santé souligne la fragmentation du système belge. Il met en évidence un manque de coordination entre services

médicaux et sociaux, ainsi que des dispositifs difficiles à comprendre et à mobiliser pour les usagers, en raison d'une organisation complexe et peu transparente (7).

La stigmatisation structurelle se manifeste aussi à travers une sous-évaluation de la qualité en psychiatrie : les services de santé mentale sont souvent moins bien financés, moins bien évalués, et bénéficient de moins d'indicateurs de performance que d'autres spécialités (5,8). Face à ce constat, la haute autorité de santé a introduit deux indicateurs : *patient-reported experience measures* (PREMs) et *patient-reported outcome measures* « PROMs » qui permettent de mieux capter l'expérience vécue des soins par les patients. L'indicateur e-Satis, déployé depuis 2015, est un outil d'évaluation de la satisfaction des patients hospitalisés. Il permet notamment d'améliorer les pratiques à partir de leur retour d'expérience (28,29).

La qualité perçue des soins dépend aussi fortement de la manière dont ils sont délivrés. Des pratiques perçues comme autoritaires ou standardisées ainsi qu'une médicalisation excessive, sont souvent vécues comme déshumanisantes (18,23,30). À l'inverse, des soins individualisés, coordonnés, centrés sur les capacités et l'expérience des usagers, sont mieux perçus et renforcent l'alliance thérapeutique (4,11,27). De plus en plus, l'importance d'intégrer l'expertise des usagers dans l'évaluation et l'organisation des soins est reconnue comme une condition essentielle pour améliorer la qualité perçue de ceux-ci et garantir une plus grande équité dans le système de santé mentale (31,32).

Ainsi, la stigmatisation n'influence pas seulement l'entrée dans les soins ou leur qualité perçue : elle agit plus largement sur l'environnement relationnel, social et institutionnel dans lequel les troubles psychiques sont vécus. Pour en comprendre pleinement l'impact, il est nécessaire d'en explorer les différentes formes et effets dans le domaine de la santé mentale (8,19,33). Cela implique aussi de renforcer la recherche sur l'expérience des usagers, un champ encore sous-développé en Belgique (34).

#### 4. La stigmatisation et ses effets dans le domaine de la santé mentale

La stigmatisation en santé mentale est un phénomène complexe, multidimensionnel et systémique. Elle prend des formes variées : sociale, intériorisée, ou structurelle (8,19,33). Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), la santé mentale est un droit humain fondamental,

toute discrimination fondée sur un trouble psychique constitue donc une atteinte aux droits fondamentaux (35). À chacune de ces échelles, elle produit des effets concrets sur la vie des personnes concernées : isolement, perte d'estime de soi, retrait social, exclusion de l'emploi ou du logement, mais aussi évitement des soins (18,30,33). La stratégie européenne fait de la lutte contre la stigmatisation l'un de ses quatre axes prioritaires. Elle s'accompagne d'une campagne de sensibilisation et d'une boîte à outils, conçue avec l'OMS, pour accompagner les pays européens dans la mise en œuvre de politiques de déstigmatisation (1).

Au niveau institutionnel, la stigmatisation se manifeste à travers des politiques discriminantes, un sous-financement des services psychiatriques, et une faible priorité accordée à la santé mentale dans les politiques publiques (8,14). En Belgique, plusieurs rapports insistent sur l'urgence d'intégrer la santé mentale dans toutes les sphères des politiques publiques et, de lui consacrer des moyens structurels suffisants pour répondre aux enjeux de stigmatisation (31,32). Cette stigmatisation institutionnelle se double parfois de représentations stéréotypées chez les professionnels de santé : même les soignants peuvent, souvent de manière inconsciente, véhiculer des idées reçues sur la dangerosité, l'incurabilité ou l'irresponsabilité des patients, influençant ainsi la qualité de leur prise en charge (17,21,26). L'enquête menée en Wallonie dans le cadre des réseaux psy107 révèle que les acteurs de première ligne (tels que les médecins généralistes, les psychologues de proximité ou les travailleurs sociaux) restent largement sous-représentés dans les dynamiques de coordination en santé mentale, malgré leur rôle clé dans l'accès initial aux soins. Cette sous-représentation contribue à renforcer la fragmentation des parcours et peut nourrir des attitudes stigmatisantes, notamment par manque de connaissance mutuelle (25). Ces représentations sont parfois déjà présentes chez les étudiants en santé, souvent influencées par une vision marginale de la psychiatrie dans les cursus médicaux (12,13).

À un niveau plus personnel, l'auto-stigmatisation est l'un des effets les plus nuisibles de ce phénomène. Elle correspond à l'intériorisation des jugements sociaux négatifs « je suis dangereux », « je suis incapable », « *je suis un fardeau* » par les personnes concernées (15,16). Un modèle conceptuel largement mobilisé en recherche décrit de manière précise les mécanismes par lesquels la stigmatisation intériorisée freine la recherche d'aide, la plaçant comme le quatrième obstacle le plus fréquemment identifié (36). Ce processus engendre une

baisse de l'estime de soi, une perte de motivation à agir, une auto-disqualification, et parfois un retrait de la vie sociale ou du soin (11,19,33).

La stigmatisation se manifeste aussi dans les représentations collectives véhiculées par les médias et le cinéma. Ceux-ci alimentent une image stéréotypée des troubles mentaux, notamment de la schizophrénie, l'assimilant à la violence, à l'imprévisibilité ou à l'incurabilité (11,37). Pour contrer ces représentations, des associations d'usagers comme Psytoyens organisent régulièrement des « Cause-café » et des débats publics. Ces espaces donnent la parole aux personnes concernées, remettent en question certaines pratiques professionnelles et contribuent à déconstruire les stéréotypes (38). Cette construction sociale du trouble psychique influence directement la manière dont les patients sont perçus, traités, et parfois redoutés, y compris au sein des institutions censées les accompagner (5,9,24).

Enfin, la stigmatisation agit comme un obstacle au rétablissement en maintenant les individus dans une position de disqualification symbolique (18). Elle fragilise l'accès aux droits fondamentaux et dissuade l'adhésion aux soins, en limitant l'estime de soi et le sentiment de pouvoir agir. Conscient de ces effets, le Conseil Supérieur de la Santé appelle à intensifier la recherche appliquée sur ces déterminants et sur les interventions anti-stigmatisation, un champ encore largement sous-financé en Belgique (34). La stigmatisation apparaît ainsi comme un facteur aggravant des inégalités en santé mentale, mais aussi comme un levier central pour transformer durablement les pratiques.

## 5. Conséquences de la stigmatisation sur l'accès aux soins psychiatriques

La stigmatisation ne se contente pas d'altérer l'image sociale des troubles mentaux ou de fragiliser l'estime des personnes concernées : elle affecte de manière concrète leur rapport au soin, parfois jusqu'au désengagement complet (14,16). Il est donc essentiel d'analyser ses conséquences directes sur l'accès réel et durable aux services psychiatriques.

La stigmatisation représente un obstacle majeur à l'accès aux soins psychiatriques. Elle agit à plusieurs niveaux, à commencer par l'anticipation du rejet : la crainte d'être jugé, disqualifié ou réduit à son trouble pousse de nombreux patients à éviter les services de santé mentale (2,19,37). Certains préfèrent taire leurs symptômes, ou se tournent vers des alternatives non médicales

(religion, isolement, automédication), par peur d'un accueil négatif dans le système de soins (21,27). Cette peur du jugement social est identifiée comme le principal frein à la recherche d'aide chez les adultes belges, devant même les contraintes d'agenda ou de coût (31).

L'auto-stigmatisation constitue un mécanisme à un impact négatif : elle peut mener à une forme d'auto-exclusion des soins où la personne estime ne pas mériter d'être aidée, se croit condamnée à vivre en marge (16,30). Cette dynamique entraîne un repli sur soi, une perte d'espérance en la guérison, et un désengagement thérapeutique durable (15,22,23). Cette majoration du risque d'abandon des soins touche plus fortement certains groupes, comme les hommes, les jeunes, les minorités ethniques ou encore les professionnels eux-mêmes (36). En Belgique, les jeunes et les femmes rencontrent plus fréquemment des difficultés à accéder à un accompagnement adapté, en partie à cause de barrières symboliques ou culturelles (10).

Les expériences négatives vécues au sein du système de soins constituent également un facteur important d'abandon. Délais d'attente excessifs, refus implicite de traitement, attitudes stigmatisantes de la part du personnel ou encore la désinsertion médicale liée à la rupture ville-hôpital constituent autant de barrières systémiques au suivi (5,8,9). Le système de santé peut ainsi contribuer, parfois inconsciemment, à renforcer l'exclusion des patients psychiatriques (4,17). Les soins communautaires, pourtant recommandés par l'OMS et les instances belges, restent encore marginalement déployés dans la pratique, avec une prédominance persistante de l'hospitalier (4,7).

Comme expliqué précédemment, la stigmatisation s'exprime aussi à un niveau structurel, à travers les politiques publiques et l'organisation des soins : manque de moyens, faible attractivité de la psychiatrie chez les professionnels ainsi qu'une représentation péjorative de cette spécialité (13,18,33). Les enquêtes menées en Belgique insistent sur la nécessité d'alléger les lourdeurs administratives, de mieux articuler les soins en réseau et de renforcer la participation active des usagers, encore trop souvent marginalisés dans la gouvernance des soins (31,32). En l'absence de telles réformes, un climat institutionnel défavorable persiste, limitant l'accessibilité et la continuité du soin.

Dans les situations où le soin est accessible, la qualité perçue influence également la persistance dans les parcours : si le patient se sent infantilisé, ignoré ou jugé responsable de son trouble, il risque de rompre le lien thérapeutique (11,24,26). Le manque d'individualisation des soins, ou des attitudes perçues comme défensives, renforcent la méfiance et peuvent conduire au désengagement.

Certaines formes d'organisation, en revanche, peuvent atténuer les effets de la stigmatisation. L'hospitalisation à temps partiel, par exemple, permet une meilleure intégration dans la vie sociale et une réduction du sentiment de marginalisation, favorisant alors un meilleur accès aux soins et une adhésion plus durable aux parcours thérapeutiques (24).

En somme, la stigmatisation produit un effet cumulatif : elle retarde l'entrée dans le soin, compromet l'adhésion, favorise les ruptures de suivi et fragilise le rétablissement. Elle constitue ainsi un frein direct et durable à l'accès aux soins psychiatriques, qu'aucune amélioration de l'offre ne peut suffire à lever sans une prise en compte explicite de cette réalité (14–16).

Les effets de la stigmatisation sur l'accès aux soins psychiatriques ne relèvent donc pas uniquement du vécu individuel : ils s'inscrivent dans un ensemble de pratiques et de représentations qui traversent aussi les institutions et les professions. Dans ce contexte, les professionnels de santé occupent une position ambivalente, à la fois partie prenante du problème et acteurs potentiels du changement (8,16). C'est ce paradoxe qu'il convient maintenant d'explorer.

## 6. Le rôle des professionnels de santé : entre reproduction et transformation des stigmates

Les professionnels de santé jouent un rôle central dans la construction ou la déconstruction des stigmates associés aux troubles psychiques. Bien qu'engagés dans des actions de sensibilisation, ils peuvent également véhiculer, parfois de manière inconsciente, des stéréotypes et des comportements discriminants (8,30,33). Ces attitudes contribuent à fragiliser la relation thérapeutique, à réduire l'adhésion aux soins, et à entretenir un climat de méfiance et de distance.

Certains facteurs favorisent la reproduction des stigmates : un contexte hospitalier aigu, une surcharge de travail, une formation centrée sur un modèle biomédical ou un manque de sentiment de proximité avec les patients (17). À l'inverse, les professionnels qui développent une approche en continuum, intégrant le vécu des patients, montrent moins de stigmatisation. Le Conseil Supérieur de la Santé recommande, à ce titre, de développer des formations interdisciplinaires et centrées sur l'humain, impliquant les patients et leurs proches dans les différents cursus de soins (34). L'exposition encadrée à la psychiatrie, comme dans le cadre de partenariats entre instituts de formation et services spécialisés, permet également de désacraliser les troubles mentaux et de développer la tolérance, notamment chez les étudiants (12,13).

La formation continue constitue un levier essentiel de transformation. Elle devrait inclure des espaces de parole, une approche réflexive, et la participation directe des usagers à la déconstruction des représentations (11,18,26). Plusieurs documents plaident pour l'intégration de modules spécifiques sur la stigmatisation, les droits humains et les compétences psychosociales dans la formation initiale et continue, en particulier pour les acteurs de première ligne souvent en contact direct avec les publics vulnérables (31,32). Le recours à des médiateurs de santé pairs (anciens patients formés pour intervenir au sein des équipes de soins) contribue à enrichir les pratiques soignantes et à favoriser une meilleure compréhension du vécu des patients. La participation à des groupes Balint, dispositifs de formation continue où les soignants sont invités à réfléchir collectivement aux dimensions émotionnelles et relationnelles de leur pratique, en particulier dans la relation soignant-soigné (39) ainsi que la diffusion de témoignages encadrés de personnes concernées sont également identifiés comme des moyens efficaces pour encourager une posture plus réflexive, empathique et déstigmatisante (14,19).

L'enjeu est aussi organisationnel : intégrer les soins psychiatriques dans des réseaux de proximité permet de réduire l'étiquetage social, notamment lorsque les interventions ont lieu dans des environnements moins stigmatisants comme le domicile ou des structures communautaires (4). Cependant, les données disponibles sur les réseaux 107 montrent une implication encore limitée des professionnels de première ligne, notamment des médecins généralistes, ce qui freine la fluidité des parcours et entrave l'évolution des pratiques vers un

modèle plus collaboratif et déstigmatisant (25). En parallèle, des référentiels validés, des audits réguliers, et une coordination plus fluide avec la médecine de ville peuvent contribuer à une prise en charge plus juste et moins impersonnelle (9,24).

Les interventions anti-stigmatisation efficaces associent souvent les patients eux-mêmes, que ce soit via des programmes de psychoéducation, des ciné-débats ou des groupes de parole. Ces dispositifs favorisent une meilleure compréhension mutuelle, valorisent le potentiel de rétablissement, et renforcent l'humanité des échanges soignants-soignés (16,21,37).

Enfin, les soignants doivent également être formés à reconnaître et accompagner l'auto-stigmatisation, en adoptant une communication centrée sur la personne, en fixant avec elle des objectifs réalistes et en valorisant ses ressources (15,23). La co-construction des parcours de soin, entendue comme une démarche de partenariat entre les patients et les soignants, dans laquelle chacun contribue activement à l'élaboration d'une prise en charge adaptée, permet de renforcer l'adhésion thérapeutique et le sentiment de légitimité du patient. Les professionnels de santé doivent être soutenus dans leur rôle de relais anti-stigmatisation, notamment par des formations continues et des campagnes coordonnées (1).

Face aux multiples mécanismes de stigmatisation et à leurs effets délétères sur l'accès aux soins, l'enjeu ne se limite pas à corriger des représentations : il s'agit de transformer les pratiques, les institutions et les politiques pour construire un environnement de soin plus accessible, équitable et respectueux (8,16,17). Cette évolution suppose aussi un investissement structurel durable en faveur de politiques appuyées sur les données, les droits humains et la participation active des usagers (34).

## 7. Vers une psychiatrie plus inclusive : leviers pour améliorer l'accès et la qualité des soins

La réduction de la stigmatisation ne peut être envisagée sans une approche systémique et participative. Il est essentiel de co-construire des interventions avec les usagers, inscrites dans la durée, combinant sensibilisation, formation, *empowerment* et réhabilitation psychosociale (15,18,33). Ces approches visent à instaurer un changement culturel durable, tant dans les représentations que dans les pratiques. Les recommandations les plus récentes vont dans le même sens : développer une recherche appliquée participative, mieux documenter les besoins et

les parcours ainsi qu'intégrer la parole des personnes concernées dès la conception des politiques publiques (34).

Des modèles organisationnels alternatifs montrent leur efficacité : par exemple, l'hospitalisation à temps partiel permettrait de limiter la stigmatisation perçue et de favoriser l'intégration sociale (40). De même, des structures de proximité comme les centres de crise ou le suivi intensif à domicile réduisent la rupture entre la psychiatrie et le quotidien des patients, tout en diminuant l'étiquetage social (4,9). Le modèle pyramidal de l'offre en santé mentale souligne l'importance de renforcer le soutien informel, les soins de première ligne et les approches de proximité, afin de rendre le système plus accessible et moins stigmatisant (31).

La formation des professionnels reste un levier central : elle doit inclure des modules sur les droits humains, la communication bienveillante, la reconnaissance de l'auto-stigmatisation et le travail avec des pairs formés (23,26,41). L'intégration de médiateurs de santé pairs ou d'intervenants ayant une expérience dans le domaine est également un outil puissant de transformation (16,19). Plusieurs initiatives, telles que les groupes d'entraide ou les projets participatifs menés dans les réseaux 107, contribuent à redonner aux patients un rôle actif dans l'organisation des soins (25,38).

Plusieurs programmes innovants ont montré des effets positifs sur l'auto-stigmatisation, l'estime de soi et l'adhésion aux soins, tels que *In Our Own Voice*, un programme de témoignage public animé par des personnes concernées, ou *QualityRights*, une initiative de l'OMS visant à promouvoir les droits humains et la qualité des soins en psychiatrie (19,42). De même, les groupes d'entraide par les pairs ou les espaces de narration du rétablissement participent à cette dynamique de réappropriation de soi et du soin (11,22).

Le rôle de la culture et des médias ne doit pas être négligé : l'organisation de ciné-débats, d'expositions ou de témoignages encadrés est identifiée comme un levier pour déconstruire les stéréotypes et renforcer l'empathie (21,37). Ces actions doivent toutefois être encadrées par des professionnels formés et soutenues par les institutions pour produire un impact durable.

Enfin, des outils d'évaluation participative comme le dispositif e-Satis psychiatrique intègrent désormais l'expérience des patients comme critère central de qualité (29). Cette évolution

méthodologique vise à replacer les usagers au cœur de la transformation des soins, en valorisant leur expertise expérientielle (5,25).

En somme, améliorer l'accès et la qualité des soins psychiatriques implique une refonte profonde des pratiques, où les patients ne sont plus simplement bénéficiaires mais acteurs et co-auteurs du système de santé mentale. Cela suppose de renforcer l'investissement structurel dans la santé mentale, d'adopter des mécanismes de gouvernance plus participatifs, et de garantir une continuité des soins au-delà des cloisonnements actuels (7,31). Cette transition vers une psychiatrie plus citoyenne et inclusive est amorcée. Mais pour qu'elle se concrétise, elle nécessite des moyens à la hauteur, une volonté politique affirmée et une mobilisation coordonnée des acteurs de terrain comme des décideurs (8,18,30).

## 8. Objet de l'étude

Face à l'ampleur et à la complexité du phénomène de stigmatisation en santé mentale, il apparaît essentiel d'interroger ses effets concrets sur le rapport au soin, tant en amont qu'au sein même des parcours thérapeutiques. Si les dimensions structurelles, interpersonnelles et intérieurisées du stigma ont été largement documentées (8,33,42), leur impact sur l'accès effectif aux soins et sur la qualité perçue de la prise en charge demeure encore peu exploré dans les dispositifs d'évaluation traditionnels (5,24). Le vécu des patients, marqué par l'anticipation du rejet, la crainte d'être disqualifiés et infantilisés ainsi que l'intégration de stéréotypes négatifs sur eux-mêmes, reste souvent relégué au second plan dans l'analyse des parcours de soin (11,15,18). Afin de mieux comprendre ces dynamiques et d'en dégager des pistes d'amélioration concrètes, l'objectif de cette étude quantitative, menée au sein des services 450 et 910 du MontLégia, était d'identifier les effets de la stigmatisation sur l'accès aux soins psychiatriques et la qualité perçue de la prise en charge, à travers le recueil de perceptions croisées des patients et des soignants

Le schéma suivant synthétise les mécanismes identifiés dans ce cadre problématique. Il illustre les formes de stigmatisation à l'œuvre, leurs déterminants et leurs conséquences sur l'accès aux soins et leur qualité perçue.

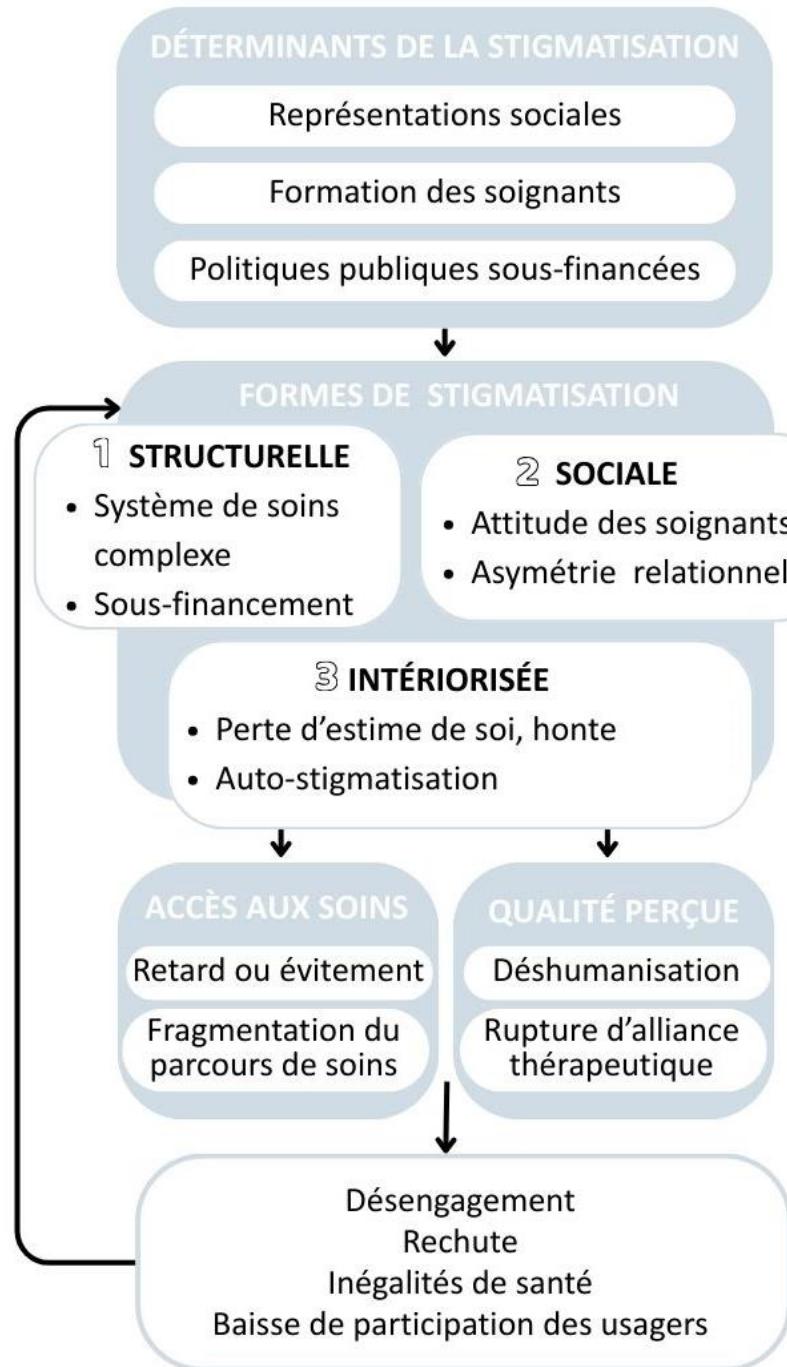


Figure 1 : Mécanismes de la stigmatisation et leurs effets sur l'accès et la qualité des soins

## Matériel et méthode

### 1. Type d'étude

Pour répondre à la question suivante : « Quel est l'impact de la stigmatisation sur l'accès et la qualité des soins perçus par les patients psychiatriques des services 450 et 910 du MontLégia ? », une étude quantitative de type observationnelle, analytique et transversale a été menée. Ce type de design est particulièrement adapté à l'étude des perceptions en psychiatrie, car il permet de recueillir et de comparer, à un instant donné, les représentations subjectives de différents groupes (patients et soignants) (17).

L'étude repose sur un raisonnement déductif, formulé à partir d'une hypothèse principale : les patients perçoivent un niveau de stigmatisation plus élevé que celui estimé par les professionnels de santé. Cette stigmatisation aurait un impact négatif à la fois sur l'accès aux soins et sur la qualité perçue de la prise en charge.

Pour recueillir les données, deux questionnaires distincts ont été utilisés : l'un destiné aux patients, l'autre aux soignants. Ces outils ont été construits à partir d'échelles validées dans la littérature scientifique (notamment la *Stigma Scale* (43)) et adaptés au contexte local. L'analyse comparative des réponses permettra de tester l'hypothèse de départ et, à titre secondaire, de faire émerger des pistes d'amélioration en vue d'une psychiatrie plus inclusive et équitable.

### 2. Population étudiée et méthode d'échantillonnage

La méthode d'échantillonnage retenue est non probabiliste, et plus précisément de type par commodité. Les participants ont été sélectionnés sur la base de leur présence dans les services 450 et 910 du MontLégia durant la période de collecte et de leur disponibilité à participer. Les patients ont été sollicités par leur infirmier référent, conformément à un protocole d'information et de consentement établi en amont de l'étude. Les professionnels de santé ont, quant à eux, été invités à participer sur base volontaire.

Les critères d'inclusion et d'exclusion spécifiques à chaque groupe de participants sont présentés dans le tableau ci-dessous.

	<b>Patient</b>	<b>Soignant</b>
<b>Critères d'inclusion</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Être hospitalisé dans le service 450 ou 910 du CHC MontLégia</li> <li>• Avoir minimum 18 ans ;</li> <li>• Avoir donné son consentement libre, éclairé et signé;</li> <li>• Si le patient n'est pas en mesure de répondre aux questions, un accompagnant doit être présent pour les aider.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Faire partie du personnel soignant des services 450 et/ou 910 du CHC Montlégia</li> <li>• Avoir donné son consentement libre, éclairé et signé.</li> </ul>
<b>Critères d'exclusion</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Être inconscient ou confus;</li> <li>• Refus de participer;</li> <li>• Refus de signer le formulaire de consentement;</li> <li>• Ne pas maîtriser la langue française;</li> <li>• Décision de l'équipe soignante en fonction de l'état du patient.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Refus de participer;</li> <li>• Refus de signer le formulaire de consentement;</li> <li>• Ne pas maîtriser la langue française;</li> <li>• Les étudiants / les stagiaires.</li> </ul>

### 3. Outils et organisation de la collecte des données

#### 3.1. Outil

Deux questionnaires distincts ont été construits : l'un pour les patients, l'autre pour les professionnels de santé des services 450 et 910 du MontLégia. Chaque questionnaire se compose de trois parties :

- Données sociodémographiques : âge, sexe, statut du répondant, ancienneté ou durée d'hospitalisation ;
- Perception de la stigmatisation : appréhension, sentiment de rejet, influence sur l'accès et la qualité des soins ;
- Pistes d'amélioration : suggestions des répondants pour réduire les effets de la stigmatisation en milieu psychiatrique.

Les questionnaires ont été pré-testés auprès de mon entourage pour en assurer la clarté. Le temps de passation était estimé à environ cinq minutes.

### 3.2. Collecte des données

La collecte des données s'est déroulée au sein des services de psychiatrie 450 et 910 du CHC MontLégia, en collaboration avec les équipes soignantes durant une période de un mois. Une présentation orale de l'étude était proposée aux participants, suivie de la remise d'un formulaire d'information et de consentement. Pour plus de clarté, le terme de « stigmatisation » était explicité de manière accessible afin d'éviter toute confusion ou inconfort. Le questionnaire était ensuite rempli de manière autonome ou accompagné, selon les besoins du participant. L'ensemble des réponses a été anonymisé et intégré dans une base de données sécurisée, selon les procédures validées par les comités d'éthique.

### 3.3. Traitement des données et méthode d'analyse

Les données issues des questionnaires ont été encodées dans une base structurée, puis analysées à l'aide du logiciel R Commander. Après vérification de la cohérence des réponses, une analyse descriptive a été réalisée.

Des tests statistiques adaptés ont été mobilisés pour explorer d'éventuelles différences selon certaines variables (sexe, pathologie, profession), en fonction de la distribution des données. Selon les cas, des tests paramétriques (ANOVA, corrélation de Pearson) ou non paramétriques (Kruskal-Wallis) ont été utilisés. Le seuil de significativité retenu était  $p < 0,05$ . L'alpha de Cronbach a permis d'évaluer la cohérence interne des scores composites et a justifié l'exclusion de certains items.

Enfin, les réponses ouvertes ont été regroupées manuellement selon des thèmes récurrents, permettant de faire émerger des pistes d'amélioration évoquées par les répondants. Cette approche mixte visait à explorer les perceptions de la stigmatisation et des obstacles à l'accès aux soins, en lien avec les objectifs de l'étude.

### 3.4. Contrôle de la qualité des données

Afin de garantir la fiabilité des données recueillies, plusieurs dispositifs méthodologiques ont été mis en place. La grille STROBE (*Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology*), a été utilisée comme cadre de référence pour assurer la cohérence entre les objectifs, la méthode et le traitement des données (44).

Sur le terrain, ma présence continue a permis de maintenir une bonne coordination avec les équipes soignantes, en favorisant des échanges fluides et une dynamique de collaboration. Les infirmiers référents ont joué un rôle central dans l'accompagnement des patients, en expliquant les questionnaires avec bienveillance, ce qui a permis de limiter les erreurs de compréhension et les réponses incomplètes.

Pour les professionnels de santé, des consignes précises ont été jointes aux questionnaires afin de standardiser leur remplissage. Le traitement des données a suivi une procédure de double vérification manuelle après numérisation afin de limiter les erreurs d'encodage.

## 4. Protection des données et comité d'éthique

Chaque participant a signé un formulaire de consentement éclairé, conformément aux exigences éthiques en vigueur. Les questionnaires ont été pseudo-anonymisés à l'aide d'un code, sans qu'aucune donnée directement identifiante ne figure dans la base analysée. Les noms, prénoms et dates de naissance ont uniquement été utilisés pour vérifier la participation effective, et pour permettre le retrait d'un questionnaire sur demande.

Cette étude a été évaluée et approuvée par le Comité d'Éthique Hospitalo-Facultaire Universitaire de Liège (avis favorable du 21 février 2023, référence 2023/268), ainsi que par le comité d'éthique interne du CHC le 27 février 2025. Un contrat d'assurance a été souscrit auprès d'Ethias, sous le numéro de police n°45.482.838.

## Résultats

### 1. Population étudiée

L'étude repose sur les réponses de patients et de soignants issus des services de psychiatrie 450 et 910 du CHC MontLégia. Les résultats ci-dessous permettent de mieux comprendre les perceptions de la stigmatisation et ses effets sur l'accès et la qualité des soins.

#### 1.1. Patient

Le tableau 1 résume les principales caractéristiques de la population « patients » ayant participé à l'étude.

Table 1. Statistiques descriptives « patients » - données qualitatives et catégorisées.

Variable	Modalité de réponse	n (%)
<b>Répondant</b>	Le patient	80 (98)
	Un accompagnant	2 (2)
<b>Sexe</b>	Homme	30 (37)
	Femme	51 (62)
	Autre	1 (1)
<b>Age (années)</b>	0-17	2 (2)
	18-29	24 (29)
	30-44	26 (31)
	44-59	20 (24)
	>60	10 (12)
<b>Motif d'hospitalisation</b>	Addiction	15 (18)
	Anxiété	3 (4)
	Dépression	31 (38)
	Schizophrène	12 (15)
	Tentative de suicide	10 (12)
	Trouble alimentaire	7 (9)
	Trouble de la personnalité	4 (5)

### 1.1.1. Perception de la stigmatisation

Les questions 1 à 7 du questionnaire concernant les patient explorent la perception de la stigmatisation. Étant donné que la question 7 est formulée positivement, un recodage a été réalisé pour assurer la cohérence des items. L'analyse de cohérence interne par l'alpha de Cronbach révèle une fiabilité accrue ( $\alpha = 0,65$ ) après exclusion des questions 6 et 7. Le score composite a donc été construit sur la base des questions 1 à 5, en calculant leur moyenne. Cette méthode a été choisie pour sa lisibilité et l'hypothèse que chaque question contribue de manière équivalente au concept mesuré.

La moyenne de ce score composite s'élève à 2,41 pour l'ensemble des patients, avec une valeur de 2,72 chez les hommes et de 2,21 chez les femmes. Ceci indique une perception plus marquée de la stigmatisation chez les hommes. Afin d'évaluer la significativité de cette différence entre les groupes, un test statistique de comparaison est nécessaire. Bien que le test d'ANOVA soit couramment utilisé, il repose sur l'hypothèse de normalité des distributions, laquelle doit être vérifiée à l'aide du test de Shapiro. À noter que, chaque groupe devant comporter au minimum 3 observations, la catégorie « Autre » ( $n = 1$ ) n'est pas prise en compte pour ce test.

Selon le test de Shapiro, les scores de perception de la stigmatisation suivent une distribution normale chez les hommes ( $p = 0,19$ ) comme chez les femmes ( $p = 0,37$ ). Ces résultats permettent d'utiliser un test paramétrique de comparaison des moyennes. L'ANOVA rejette l'hypothèse nulle d'égalité des moyennes, indiquant une perception de la stigmatisation significativement plus élevée chez les hommes que chez les femmes.

Concernant le motif d'hospitalisation, le score composite moyen est plus élevé chez les patients atteints de schizophrénie (score = 2,83), de troubles addictifs (score = 2,72) et chez les patients ayant effectué une tentative de suicide (score = 2,48). À l'inverse, les patients souffrant de troubles de la personnalité (score = 1,96) ou de troubles alimentaires (score = 1,93) rapportent une perception plus faible de la stigmatisation.

Étant donné la taille réduite de plusieurs sous-groupes au niveau du motif d'hospitalisation, le test non-paramétrique de Kruskal-Wallis est préféré à l'ANOVA, qui requiert une distribution normale dans les groupes. Le résultat non significatif de ce test ( $p = 0,08$ ) ne permet pas de conclure à l'existence d'une différence significative entre les différentes pathologies. Ces résultats doivent être interprétés avec prudence. Effectivement, il y a des sous-groupes de tailles inégales, avec plus de 30 patients atteints de dépression, contre seulement 3 souffrant d'anxiété ou 4 de troubles de la personnalité. Une étude plus approfondie pourrait permettre d'éclaircir ces résultats, soit en élargissant l'échantillon, soit en se concentrant sur certaines pathologies présentant une perception de stigmatisation particulièrement élevée ou faible. Par exemple, la schizophrénie et les troubles addictifs d'un côté, ou les troubles alimentaires et les troubles de la personnalité de l'autre.

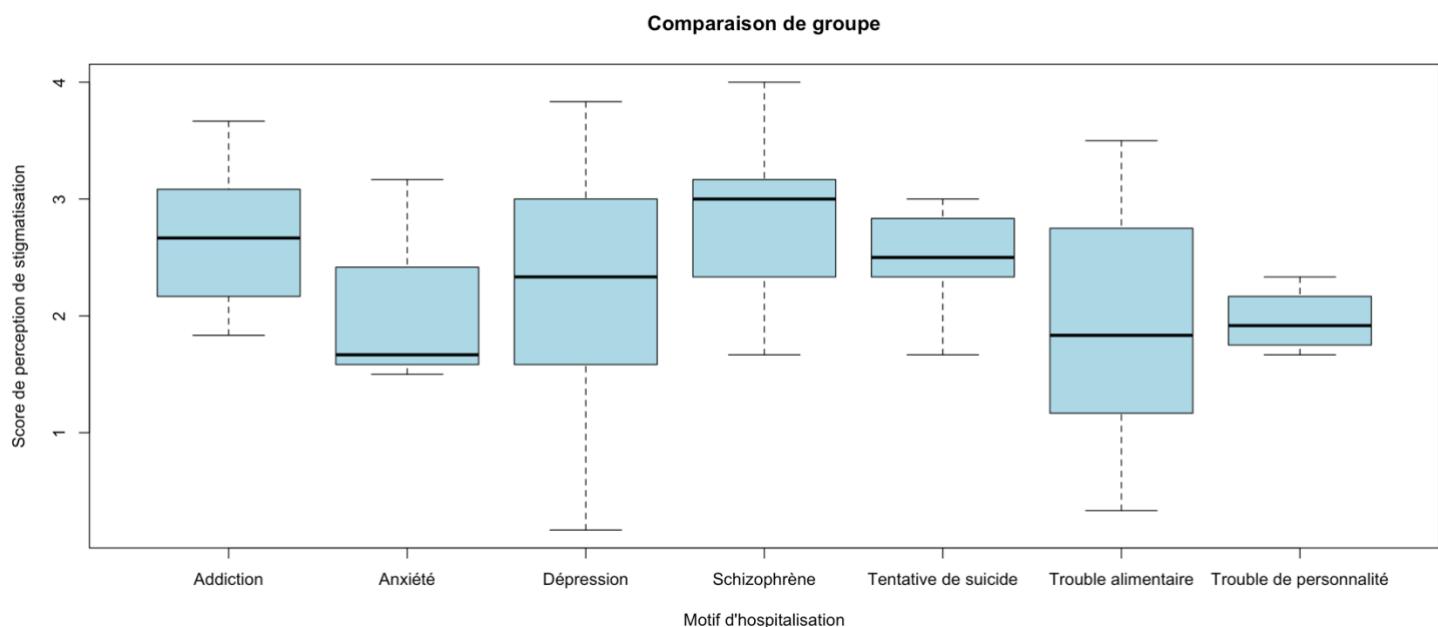


Figure 2 : Comparaison des groupes

### 1.1.2. Obstacles liés à l'accès aux soins

Les questions 8 à 11 du questionnaire aborde les obstacles liés à l'accès aux soins. L'analyse de cohérence interne a montré un alpha de Cronbach de 0,68. Cette fiabilité légèrement inférieure à celle observée pour la perception de la stigmatisation est potentiellement due au nombre plus restreint de questions considérées dans ce concept.

La fiabilité n'augmentant pas après omission d'une des questions, le score composite pour l'accès aux soins est donc basé sur les 4 questions. Pour la population totale, le score composite d'obstacles perçus dans d'accès aux soins est de 2,27. Il est respectivement de 2,56 chez les hommes et de 2,10 chez les femmes. Les patients atteints de schizophrénie et de troubles addictifs présentent des scores composites plus élevés, indiquant qu'ils perçoivent plus d'obstacles à l'accès aux soins que les patients atteints d'autres pathologies.

Après vérification que le score moyen sur l'obstacle d'accès aux soins n'est pas distribué normalement dans les différents groupes (pour les hommes, les femmes ainsi que pour les différentes pathologies), le test de Kruskal-Wallis est utilisé pour évaluer la significativité des différences par sexe et pathologie. De manière similaire aux résultats concernant la perception de la stigmatisation, les hommes perçoivent significativement plus d'obstacles dans l'accès aux soins que les femmes. Cependant, les différences de perception d'obstacles entre les groupes de patients présentant des pathologies différentes ne sont pas significatives.

### 1.1.3. Corrélation entre stigmatisation et accès aux soins

Ces résultats similaires soulèvent une question importante : la perception de la stigmatisation et celle des obstacles à l'accès aux soins sont-elles liées ? Pour y répondre, une analyse de corrélation de Pearson a été réalisée. Elle met en évidence une corrélation d'environ 60,84%, significativement différente de zéro ( $p\text{-value} = 1,33 \times 10^{-9}$ ). Ces résultats suggèrent l'existence d'un lien statistiquement significatif entre la perception de stigmatisation et les obstacles perçus dans l'accès aux soins.

## 1.2. Soignant

Le tableau suivant reprend les caractéristiques principales de la population « soignants ».

Table 1. Statistiques descriptives « patients » - données qualitatives et catégorisées.

Variable	Modalité de réponse	n (%)
<b>Sexe</b>	Homme	6 (16)
	Femme	32 (84)
<b>Age (années)</b>	18-29	4 (11)
	30-44	11 (29)
	44-59	18 (47)
	>60	5 (13)
<b>Années d'expérience</b>	0-5	10 (26)
	6-10	5 (13)
	>10	23 (61)
<b>Profession</b>	Infirmier	23 (61)
	Médecin	8 (21)
	Psychologue	1 (3)
	Assistant social	1 (3)
	Educateur spécialisé	2 (5)
	Kinésithérapeute	1 (3)
	Ergothérapeute	1 (3)
	Aide-soignant	1 (3)
<b>Sensibilisation des équipes</b>	Oui	36 (95)
	Non	2 (5)
<b>Formation continue</b>	Oui	31 (82)
	Non	7 (18)
<b>Changement organisationnels</b>	Oui	7 (18)
	Non	31 (82)

### 1.2.1. Construction du score de perception de la stigmatisation

Le questionnaire adressé aux soignants reprend les mêmes items que celui destiné aux patients pour les questions 1 à 7, portant sur la perception de la stigmatisation. La question 7, formulée de manière positive, a été recodée afin d'assurer la cohérence du sens des réponses avec les autres items, majoritairement formulés de manière négative.

L'analyse de la cohérence interne de ces items montre une excellente fiabilité (alpha de Cronbach = 0,85). L'exclusion de la question 6 permet même d'augmenter cette fiabilité à 0,89. Le score composite de perception de la stigmatisation retenu pour l'analyse est donc constitué des questions 1 à 5 et de la question 7 (après recodage).

### 1.2.2. Perception globale de la stigmatisation chez les soignants

Le score moyen de perception de la stigmatisation parmi les soignants est de 2,36, ce qui est très proche du score observé chez les patients (2,41). Cette différence n'est pas statistiquement significative ( $p = 0,81$  selon un t-test pour échantillons indépendants), suggérant une perception comparable entre les deux groupes. Ensuite, les soignantes rapportent une perception plus élevée de la stigmatisation (score moyen de 2,44) que leurs homologues masculins (2,00). Cette différence n'atteint toutefois pas le seuil de significativité.

### 1.2.3. Analyse par profession et expérience

L'analyse selon la profession montre que les infirmiers perçoivent davantage de stigmatisation (score moyen de 2,89) que les médecins (2,32) et les autres professions (1,90). Cependant, cette différence n'est pas statistiquement significative. Quant à l'ancienneté professionnelle, elle ne semble pas influencer fortement la perception de la stigmatisation, les scores variant faiblement entre 2,13 et 2,45 selon les groupes d'expérience.

### 1.2.4. Perception des obstacles à l'accès aux soins

Les questions 8 à 11 évaluent la perception par les soignants des obstacles à l'accès aux soins pour les patients atteints de troubles psychiatriques. Ces items présentent également une très bonne cohérence interne (alpha de Cronbach = 0,85). Bien que le score de fiabilité augmenterait

légèrement en retirant la question 11, elle a été conservée afin de préserver l'équilibre du score composite, qui repose ici sur seulement quatre items.

Le score moyen des soignants concernant les obstacles à l'accès aux soins est de 3,09. Ce score est significativement supérieur à celui des patients (2,26), la différence étant hautement significative ( $p = 5,68 \times 10^{-6}$ ). Ce résultat suggère que les soignants perçoivent davantage d'obstacles dans l'accès aux soins que les patients eux-mêmes.

#### 1.2.5. Effets du sexe, de la profession et de l'expérience

Les soignantes rapportent un score moyen plus élevé (3,20) que les soignants masculins (2,50) en ce qui concerne les obstacles à l'accès aux soins. Cette différence est marginalement significative ( $p = 0,08$ ), au seuil de 10%. En revanche, aucune différence significative n'est observée selon la profession ou l'ancienneté, que ce soit pour la perception de la stigmatisation ou pour celle des obstacles.

### 2. Comparaison question par question avec les patients

Une analyse comparative des réponses moyennes par question entre soignants et patients montre que les soignants attribuent systématiquement des scores plus élevés concernant les obstacles perçus à l'accès aux soins (questions 8 à 11).

La question 6, en particulier, présente une divergence marquée entre les groupes. Les soignants y attribuent une note significativement plus faible (moyenne de 1,37) que les patients (moyenne de 3,05), avec une p-value extrêmement faible ( $1,68 \times 10^{-9}$ ). Cette discordance, mise en évidence dans l'analyse de la cohérence interne, justifie l'exclusion de la question 6 du score composite de stigmatisation.	Question	Moyenne soignants	Moyenne patients	Déférence	P-value
	1	2,39	2,45	0,06	0,53
	2	2,34	2,23	-0,11	0,88
	3	2,74	2,30	-0,43	0,05
	4	2,80	1,87	-0,92	$4,27 \times 10^{-4}$
	5	2,92	2,57	-0,35	0,24
	6	1,37	3,05	1,68	$1,68 \times 10^{-9}$
	7	2,97	2,91	-0,06	0,94
	8	3,05	2,17	-0,88	$6,97 \times 10^{-4}$
	9	3,08	2,12	-0,96	$8,08 \times 10^{-4}$
	10	3,21	2,35	-0,86	$2,49 \times 10^{-4}$
	11	3,03	2,41	-0,61	0,02

## Analyse critique et discussion

### 1. Discussion et perspectives

L'objectif de cette étude était d'examiner l'impact de la stigmatisation sur l'accès et la qualité des soins perçus par les patients psychiatriques dans les services 450 et 910 du CHC MontLégia. Les résultats mettent en évidence une stigmatisation significative ressentie par les patients hospitalisés, particulièrement marqués chez les personnes atteintes de schizophrénie, de troubles addictifs ou ayant effectué une tentative de suicide. Ces constats confirment que la stigmatisation constitue un frein majeur à l'engagement dans les soins et peut affecter négativement la qualité de vie (45).

Une corrélation positive significative a également été observée entre la stigmatisation perçue et les obstacles à l'accès aux soins ( $r \approx 60,84 \%$ ,  $p < 0,001$ ), suggérant que plus les patients se sentent stigmatisés, plus ils rencontrent de freins dans leur parcours thérapeutique. Ce lien étroit est documenté dans la littérature, où la stigmatisation est identifiée comme l'un des principaux facteurs de non-recours ou d'abandon des soins en santé mentale, notamment en raison des barrières liées aux représentations qu'elle entretient. (36,46,47).

Au-delà de ce lien global, certaines variables individuelles méritent également d'être examinées. La stigmatisation semble être davantage ressentie par les hommes que par les femmes dans l'échantillon patient (2,72 contre 2,21 ;  $p < 0,05$ ). Cette différence peut être expliquée par l'influence des normes de genre, qui freinent l'expression émotionnelle et la recherche d'aide chez les hommes, les exposant ainsi davantage à la stigmatisation en contexte psychiatrique (48).

Du côté des soignants, le score moyen de stigmatisation (2,36) est très proche de celui des patients (2,41), sans différence statistiquement significative. Cette proximité pourrait traduire une conscience partagée du phénomène stigmatisant dans l'environnement psychiatrique hospitalier. Certains travaux suggèrent en effet que les professionnels de santé, bien qu'informés, restent eux-mêmes exposés aux représentations sociales négatives associées aux troubles mentaux (49).

Des différences internes au groupe des soignants apparaissent également selon le sexe. On observe toutefois que les soignantes déclarent un score de stigmatisation plus élevé (2,44) que leurs collègues masculins (2,00), bien que cette différence ne soit pas statistiquement significative. Cette tendance pourrait refléter une sensibilité plus marquée aux dimensions relationnelles du soin, en cohérence avec des recherches montrant que les femmes professionnelles développent souvent une posture plus réflexive à l'égard de la qualité de la relation thérapeutique (50).

L'analyse selon la profession montre que les infirmiers perçoivent une stigmatisation plus élevée (2,89) que les médecins (2,32) et les autres professionnels (1,90), bien que ces différences ne soient pas statistiquement significatives. Cette tendance pourrait être liée à leur proximité quotidienne avec les patients et à la place qu'ils occupent dans la relation de soin directe, les exposant plus fréquemment aux manifestations de stigmatisation, tant dans les attitudes que dans les pratiques institutionnelles. Certaines études montrent que cette exposition constante peut renforcer la conscience des tensions liées aux représentations sociales des troubles psychiatriques (51).

En ce qui concerne la perception des obstacles à l'accès aux soins, les soignants rapportent un score significativement plus élevé que les patients (3,09 contre 2,26 ;  $p < 0,001$ ). Ce constat rejoint les analyses de Schulze, selon lesquelles les professionnels de santé identifient plus facilement les freins structurels, tels que la rupture de suivi, la complexité administrative ou le manque de ressources, que les patients eux-mêmes, qui peuvent ne pas toujours les verbaliser (52). Ce décalage souligne ce que l'on pourrait qualifier d'effet de lucidité professionnelle : les soignants perçoivent plus distinctement les limites systémiques du dispositif de soins et en anticipent les conséquences.

Une différence marginalement significative est également observée entre les soignants selon le sexe, les femmes déclarant davantage d'obstacles que leurs collègues masculins (3,20 contre 2,50 ;  $p \approx 0,08$ ). Cette tendance pourrait refléter une sensibilité accrue aux dysfonctionnements organisationnels, en lien avec les postures genrées souvent observées en milieu de soin, où les professionnelles féminines apparaissent plus attentives aux inégalités structurelles et aux conditions concrètes de prise en charge (53).

Enfin, l'analyse des réponses item par item met en évidence des écarts marqués entre soignants et patients, notamment pour la question 6. Celle-ci abordait, selon les versions du questionnaire, deux perspectives distinctes : le sentiment d'incompréhension ressenti par les patients de la part de leur entourage, et, chez les soignants, la reconnaissance de leurs propres difficultés à comprendre les personnes atteintes de troubles psychiatriques. En raison de cette différence de formulation et d'une faible cohérence statistique, cette question a été écartée du score composite. Les écarts de réponse restent toutefois significatifs, avec une note moyenne de 1,37 chez les soignants contre 3,05 chez les patients ( $p < 0,000001$ ), révélant une divergence perceptive importante. Ce résultat pourrait traduire une difficulté, chez les professionnels, à reconnaître certaines formes de stigmatisation implicite, notamment celles qui se manifestent dans les interactions quotidiennes ou les postures relationnelles.

Les résultats de cette étude, en montrant une perception plus forte des obstacles à l'accès aux soins chez les soignants que chez les patients, soulèvent des enjeux organisationnels significatifs. Ce décalage pourrait traduire une forme de lucidité professionnelle face aux freins structurels tels que les délais d'attente, le manque de personnel, la rupture de la continuité entre soins psychiatriques et soins somatiques, ou encore la fragmentation des services (2,54). Ces constats plaident en faveur d'un renforcement des dispositifs de coordination, en particulier dans les structures dites de « soins intégrés », afin de limiter les ruptures de parcours et d'améliorer la continuité des prises en charge.

D'un point de vue clinique, les soignants apparaissent comme des témoins privilégiés des freins vécus par les patients, notamment en raison de leur position d'observation continue des parcours de soins. Mais ils peuvent aussi, souvent de manière inconsciente, contribuer à la reproduction de ces freins. Plusieurs études ont montré que la stigmatisation implicite chez les professionnels influence les décisions thérapeutiques, la durée et la qualité des interactions soignantes, ainsi que l'alliance thérapeutique elle-même (45,49). Il est donc essentiel de favoriser, au sein des équipes, une posture réflexive sur les représentations mentales et culturelles associées à la psychiatrie, notamment par le biais de supervisions cliniques, de groupes d'analyse des pratiques ou de dispositifs d'échange interprofessionnels réguliers.

L'écart observé entre hommes et femmes, tant chez les patients que chez les soignants, mérite également d'être pris en compte dans l'organisation des soins. Chez les patients masculins, la stigmatisation apparaît comme plus internalisée, ce qui peut freiner l'adhésion aux traitements, retarder la demande d'aide ou altérer le lien thérapeutique (48). Ces dynamiques soulignent l'intérêt de développer des approches de soin sensibles au genre, susceptibles d'améliorer l'engagement thérapeutique en adaptant à la fois les modalités de communication, les contenus des interventions et les espaces d'expression proposés. Ce type d'ajustement clinique, encore peu développé en psychiatrie adulte, pourrait contribuer à une meilleure équité dans la prise en charge.

En parallèle, la perception accrue des obstacles à l'accès aux soins chez les soignantes souligne leur rôle potentiel en tant qu'indicateurs sensibles des dysfonctionnements organisationnels. Parmi les soignants, ce sont majoritairement les femmes qui expriment une perception plus marquée des freins systémiques, ce qui pourrait refléter une sensibilité accrue aux conditions concrètes de prise en charge et aux inégalités structurelles. Ces professionnelles peuvent ainsi devenir des alliées précieuses dans la mise en œuvre de démarches d'amélioration continue, notamment par leur participation active à des dispositifs comme les groupes d'analyse de pratiques interprofessionnels ou la méthode du « patient traceur ». Cette dernière consiste à évaluer la qualité des soins à partir du parcours réel d'un patient, en croisant les perspectives des différents acteurs impliqués (55). L'implication des soignantes dans ce type de démarche permettrait non seulement de renforcer la détection des freins organisationnels, mais aussi de favoriser des ajustements concrets, centrés sur l'expérience usager.

Enfin, la corrélation forte observée entre stigmatisation perçue et obstacles ressentis plaide en faveur d'interventions intégrées, agissant à la fois sur les représentations sociales et sur les conditions concrètes d'accès aux soins. Il s'agirait, dans les programmes institutionnels, d'associer des actions de sensibilisation ciblées, des outils d'évaluation de la stigmatisation vécue par les usagers, et des leviers organisationnels tels que la simplification des démarches administratives, la continuité des prises en charge ou le recours à la médiation en santé mentale. Des initiatives comme le programme « *Opening Minds* » au Canada ont démontré l'efficacité de ce type d'approche combinée pour réduire la stigmatisation dans les contextes de soin, en

agissant simultanément sur les professionnels, les structures et la population générale. Ce programme, piloté par la Commission de la santé mentale du Canada, repose notamment sur des interventions de type « contact social », où des personnes ayant vécu une maladie mentale témoignent de leur parcours afin de modifier les attitudes et représentations des publics ciblés (56).

Cette étude met en lumière une dynamique de stigmatisation qui dépasse les attitudes individuelles pour s'inscrire dans des logiques structurelles, institutionnelles et symboliques. Si les professionnels manifestent une certaine lucidité face aux limites du système, les résultats révèlent aussi des angles morts qui nécessitent une lecture croisée des dimensions clinique, organisationnelle et sociale.

La proximité entre les perceptions des patients et des soignants rappelle que la stigmatisation n'est pas un phénomène extérieur aux institutions de santé, mais qu'elle constitue un élément silencieux qui façonne la relation de soin elle-même. Cette situation invite à reconsiderer les actions de lutte contre la stigmatisation non plus comme des ajouts ponctuels à la pratique, mais comme un enjeu structurel et transversal, touchant à l'identité même des dispositifs psychiatriques.

Dans cette perspective, la reconnaissance fine des facteurs liés au genre, à la fonction ou au vécu institutionnel peut enrichir les démarches d'amélioration des pratiques. Mais c'est avant tout en donnant une place centrale aux paroles croisées, celles des patients comme celles des soignants, que des pistes de transformation pertinentes pourront émerger, à la fois respectueuses du terrain et porteuses de changement durable.

Au-delà des données quantitatives, les remarques exprimées librement par les répondants enrichissent la compréhension du phénomène de stigmatisation. Du côté des patients, plusieurs propositions soulignent l'importance d'un environnement plus accueillant et moins anxiogène, évoquant le besoin de lieux plus chaleureux, de décoration adaptée ou de couleurs apaisantes. Ces attentes rejoignent les recommandations visant à réduire la stigmatisation structurelle en agissant sur le cadre physique de l'hospitalisation, comme le suggère le dispositif e-Satis de la

Haute Autorité de Santé, qui mesure la satisfaction et l'expérience des patients hospitalisés en psychiatrie à temps plein (29).

D'autres remarques pointent le manque d'implication des usagers dans les décisions de soin, traduisant un désir de participation active au processus thérapeutique. Cette demande fait écho à l'approche orientée rétablissement, qui valorise le rôle de l'usager comme acteur de son parcours (57). L'utilisation de supports d'information adaptés ou de dispositifs pédagogiques est également évoquée, en lien avec le besoin de mieux comprendre les traitements et les droits en contexte psychiatrique. Ces outils sont reconnus comme des leviers de renforcement de l'autonomie et de lutte contre la stigmatisation intériorisée (54).

Du côté des soignants, les remarques portent davantage sur des leviers organisationnels. Plusieurs expriment le besoin de formations spécifiques à la stigmatisation, incluant des modules centrés sur les représentations sociales, les droits humains, ou encore les pratiques relationnelles adaptées. Ces attentes sont en accord avec les recommandations soulignant l'efficacité des programmes de formation ciblés pour réduire la stigmatisation chez les professionnels de santé (49). Il est également recommandé que ces formations soient interdisciplinaires, continues et intégrées dans le cadre institutionnel (57).

Les soignants insistent aussi sur l'importance de renforcer la coordination entre disciplines et de fluidifier la communication entre services, en cohérence avec les appels à une meilleure intégration des soins psychiatriques et somatiques (54). Enfin, quelques remarques soulignent l'absence de soutien psychologique pour les équipes, un besoin reconnu comme central pour prévenir l'épuisement et maintenir une qualité relationnelle durable (45).

Ces apports qualitatifs montrent que la stigmatisation est perçue à la fois dans la relation interpersonnelle et dans le fonctionnement global du système. Ils confirment la nécessité d'actions croisées, combinant transformation des pratiques, adaptation des conditions d'accueil et reconnaissance de l'expertise des usagers (56).

### 3. Limites et biais

En tant qu'infirmière au sein de l'un des services étudiés, il est essentiel de reconnaître l'influence possible de ma posture sur l'analyse. Mon engagement personnel dans la thématique a pu introduire un biais de subjectivité, malgré les efforts de réflexivité et l'accompagnement méthodologique constant assuré par les promoteurs. Un biais de désirabilité sociale est également à considérer : le contexte hospitalier, ainsi que ma position professionnelle connue des équipes, ont pu influencer certaines réponses, notamment de la part des soignants.

Les questionnaires, bien qu'inspirés d'outils validés, ont été construits spécifiquement pour cette recherche sans validation formelle. Mon manque d'expérience dans la création d'outils de recherche a pu générer un biais de formulation, affectant la clarté ou l'interprétation de certains items.

L'étude présente également un biais d'échantillonnage et de représentativité : seuls les patients présents, disponibles et aptes à répondre ont été inclus, ce qui exclut certains profils potentiellement plus exposés à la stigmatisation (par exemple, les patients non francophones, en grande détresse ou non consentants). Par ailleurs, aucun calcul préalable de la taille d'échantillon n'a été effectué, ce qui limite la portée statistique des résultats.

Concernant les soignants, le nombre de répondants reste limité, ce qui augmente l'erreur standard et diminue les chances de faire émerger des différences significatives, même lorsqu'elles existent. De plus, les hommes étaient nettement sous-représentés dans l'échantillon. Ce déséquilibre limite la portée des comparaisons entre genres, et pourrait expliquer l'absence de différence significative malgré une tendance observée. Une étude complémentaire avec un échantillon plus large et équilibré permettrait de consolider les analyses, notamment sur l'influence du genre.

Enfin, des biais de mémoire ou de réponse peuvent avoir affecté la fiabilité des données : certains participants ont pu omettre, minimiser ou ne pas exprimer certaines expériences, consciemment ou non. Ces limites ne remettent pas en cause la valeur exploratoire de l'étude, mais invitent à une lecture prudente des résultats. Elles constituent également des pistes de renforcement méthodologique pour de futurs travaux.

## Conclusion

Écrire ce mémoire a été une expérience importante pour moi, autant sur le plan professionnel que personnel. En discutant avec les patients et en échangeant avec les soignants, j'ai compris que la stigmatisation n'est pas seulement une idée théorique. C'est quelque chose de très concret, qui se glisse dans les petites choses du quotidien : un regard, un silence, une manière de répondre. Elle ne se montre pas toujours de façon évidente, mais elle est bien là. Elle influence la manière dont on écoute une personne, dont on soigne.

Tout au long de cette recherche, j'ai vu que les patients ressentent souvent des freins dans leur parcours de soins, parfois même avant d'avoir franchi la porte de l'hôpital. Certains n'osent pas demander de l'aide, de peur d'être jugés. D'autres se sentent mis de côté, ou pas tout à fait entendus. Du côté des soignants, il y a aussi une vraie prise de conscience de ces difficultés, mais souvent sans avoir les outils ni le temps pour y répondre pleinement. J'ai aussi perçu un vrai désir d'améliorer les choses, même si le système en place rend cela compliqué.

Ce que j'ai appris, avant tout, c'est que le changement ne viendra pas d'une seule personne, ni d'un simple discours. Il naît dans les gestes quotidiens, dans les temps d'échange, dans la manière dont on accueille une parole fragile. Lutter contre la stigmatisation, ce n'est pas seulement vouloir bien faire, c'est accepter de remettre en question nos automatismes, de se laisser bousculer, et de faire une vraie place aux patients dans ce qui les concerne

Ce mémoire ne répond pas à toutes les questions, et ce n'était pas le but. Il ouvre plutôt des pistes d'amélioration. Il rappelle que derrière chaque chiffre, chaque réponse à un questionnaire, il y a une personne, une histoire, un ressenti. Et que pour améliorer les soins en psychiatrie, il faut partir de là.

J'espère que d'autres recherches viendront compléter ce travail, en donnant encore plus la parole aux usagers et aux soignants. J'espère aussi que petit à petit, nous pourrons construire une psychiatrie plus simple, plus proche, plus respectueuse, où chacun puisse trouver sa place, sans peur et sans honte. Car au fond, soigner, c'est d'abord créer un lien.

## Bibliographie

1. Commission européenne. L'approche globale de l'union européenne concernant la santé mentale [Internet]. 2022 [cited 2025 May 11]. Available from: [https://health.ec.europa.eu/non-communicable-diseases/mental-health\\_fr](https://health.ec.europa.eu/non-communicable-diseases/mental-health_fr)
2. Thornicroft G. La stigmatisation et la discrimination limitent l'accès aux soins de santé mentale [Stigma and discrimination limit access to mental health care]. *Epidemiol Psichiatri Soc* [Internet]. 2008 Mar [cited 2025 Apr 29];17(1):14–9. Available from: [https://www.cambridge.org/core/product/identifier/S1121189X00002621/type/journal\\_article](https://www.cambridge.org/core/product/identifier/S1121189X00002621/type/journal_article)
3. La rechercher en santé mentale : combler le fossé des connaissances [Internet]. [cited 2025 May 11]. Available from: <https://www.hgr-css.be/file/download/69547200-f3a6-477d-9ab3-91162f96477c/gDXfrJwgNuyondx6FBdhU2uq3ME0fnnTAaX8vDEqpc3d.pdf>
4. Organisation mondiale de la santé. Quels sont les arguments en faveur des soins et des services de santé mentale de proximité ? 2003; Available from: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/363768/9789289057448-fre.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
5. Coquelin A, Thuong CT, Gloanec M, Morin S, May-Michelangeli L. Développement d'un indicateur de qualité des soins perçue par les patients adultes pris en charge dans un établissement de santé autorisé en psychiatrie. 2022;
6. Sciensano. Cohorte belge santé et bien être [Internet]. Bruxelles; 2023 May [cited 2025 May 11]. Available from: [https://www.sciensano.be/sites/default/files/bulletin\\_2\\_belhealth\\_fr.pdf](https://www.sciensano.be/sites/default/files/bulletin_2_belhealth_fr.pdf)
7. Mistiaen P, Cornelis J, Detollenaere J, Devriese S, Ricour C. Organisation des soins de santé mentale pour les adultes en Belgique: Synthèse [Internet]. 1st ed. Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE); 2019 [cited 2025 May 11]. (KCE Reports). Available from: [https://kce.fgov.be/sites/default/files/2021-11/KCE\\_318B\\_Soins\\_de\\_sante mentale\\_synthese.pdf](https://kce.fgov.be/sites/default/files/2021-11/KCE_318B_Soins_de_sante mentale_synthese.pdf)
8. Livingston JD. La stigmatisation structurelle des personnes ayant des problèmes de santé

mentale et de consommation de substances dans les établissements de soins de santé.

9. Montariol P, Guillard M, Bollengier O, Escaffre-Groussard N, Hallouche N, Pettdemange M, et al. Les patients hospitalisés en psychiatrie ont-ils un médecin traitant ? *Inf Psychiatr* [Internet]. 2006 [cited 2025 Apr 29];82(10):793–800. Available from: <https://stm.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2006-10-page-793>
10. Sciensano. sciensano.be. s.d. [cited 2025 May 11]. Santé mentale. Available from: <https://www.sciensano.be/fr/sujets-sante/sante-mentale>
11. Loubières C, Caria A, Arfeuillère S. Prendre la parole pour déconstruire les idées reçues sur les troubles psychiques:Le savoir d'expérience pour agir contre la stigmatisation en santé mentale. *Inf Psychiatr* [Internet]. 2018 [cited 2025 Apr 29];94(10):809–16. Available from: <https://stm.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2018-10-page-809>
12. Sow A, Dormael MV, Criel B, Conde S, Dewez M, Spiegelaere M de. Stigmatisation de la maladie mentale par les étudiants en médecine en Guinée, Conakry. *Santé Publique* [Internet]. 2018 Aug 7 [cited 2025 Jan 20];30(2):253–61. Available from: <https://shs.cairn.info/revue-sante-publique-2018-2-page-253>
13. Chevallier D, Dunezat P. Psychiatrie, stigmatisation et étudiants infirmiers : influence et déterminants pour un projet d'exercice professionnel. *Inf Psychiatr* [Internet]. 2007 [cited 2025 Apr 29];83(8):675–81. Available from: <https://stm.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2007-8-page-675>
14. Bichsel N, Conus P. La stigmatisation : un problème fréquent aux conséquences multiples. *Rev Médicale Suisse* [Internet]. 2017;(13):478–81. Available from: [https://www.revmed.ch/view/436968/3748571/RMS\\_551\\_478.pdf](https://www.revmed.ch/view/436968/3748571/RMS_551_478.pdf)
15. Lucksted A, Drapalski A. Auto-stigme concernant la maladie mentale : définition, impact et relation avec la stigmatisation sociétale [Self-stigma regarding mental illness: definition, impact, and relationship to societal stigma]. *Psychiatr Rehabil J* [Internet]. 2015 Jun 1;38:99–102. Available from: [https://www.researchgate.net/publication/278330601\\_Self-Stigma\\_Regarding\\_Mental\\_Illness\\_Definition\\_Impact\\_and\\_Relationship\\_to\\_Societal\\_Stigma](https://www.researchgate.net/publication/278330601_Self-Stigma_Regarding_Mental_Illness_Definition_Impact_and_Relationship_to_Societal_Stigma)

16. Corrigan PW, Rao D. Sur l'auto-stigmatisation de la maladie mentale : étapes, divulgation et stratégies de changement [On the self-stigma of mental illness: stages, disclosure, and strategies for change]. *Can J Psychiatry Rev Can Psychiatr* [Internet]. 2012 Aug [cited 2025 Apr 29];57(8):464–9. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3610943/>
17. Valery KM, Prouteau A. Stigmatisation chez les professionnels de santé mentale et facteurs associés. 2021; Available from: <https://www.firah.org/upload/activites-et-publications/revue-de-litterature/stigma/stigmatisation-chez-les-professionnels-de-la-sante-mentale-et-facteurs-associes.pdf>
18. Cardinal PL, Ethuin C, Thibaut MC. Quand la conquête de la citoyenneté renverse le cycle de la stigmatisation. *Inf Psychiatr* [Internet]. 2007 [cited 2025 Apr 29];83(10):807–14. Available from: <https://stm.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2007-10-page-807>
19. Groupement de coopération sanitaire. Lettre du GCS pour la santé mentale. 2025;(100). Available from: <https://www.recherche-sante-mentale.fr/newsletter/100-01-25.html>
20. Psycom. L'iceberg des discriminations [Internet]. 2020 [cited 2025 May 25]. Available from: <https://www.psycom.org/wp-content/uploads/2020/10/Iceberg-discriminations-web-724x1024.jpg>
21. Gaebel W, Baumann AE. Interventions pour réduire la stigmatisation associée à une maladie mentale grave : expériences du programme d'ouverture des portes en Allemagne [Interventions to reduce the stigma associated with severe mental illness: experiences from the open the doors program in Germany]. *Can J Psychiatry Rev Can Psychiatr*. 2003 Nov;48(10):657–62.
22. Slobodian R. L'impact de la stigmatisation sur la santé mentale [Internet]. EHN Nouveau Départ Montréal. 2021 [cited 2025 Apr 29]. Available from: <https://www.cliniquenouveaudepart.com/blog/limpact-de-la-stigmatisation-sur-la-sante-mentale/>
23. Absil M. Centre Franco Basaglia. 2015 [cited 2025 Apr 29]. L'autostigmatisation. Available from: <https://www.psychiatries.be/reconnaissance-et-emancipation/lautostigmatisation/>

24. Borgès Da Silva G. La qualité des soins en hôpital psychiatrique : revue de la littérature et perspectives. *Santé Publique* [Internet]. 2003 [cited 2025 Apr 29];15(2):213–22. Available from: <https://stm.cairn.info/revue-sante-publique-2003-2-page-213>
25. Centre de référence en santé mentale. Enquête sur l'implication des acteurs de terrain dans les réseaux 107 [Internet]. Namur: CRÉSaM; 2016 [cited 2024 May 11]. Available from: [https://www.cresam.be/wp-content/uploads/2017/11/rapportcresam\\_enqueteacteursdeterrain-1.pdf](https://www.cresam.be/wp-content/uploads/2017/11/rapportcresam_enqueteacteursdeterrain-1.pdf)
26. Gilliland O, Ballif K, Gurtner A. Usagers de drogues aux urgences: l'influence de la stigmatisation et des représentations négatives sur la qualité de la prise en charge infirmière. 2016.
27. Breton N, Aubreton C, Dalmay F, Bouysse AM, Blanchard M, Nubukpo P. Stigmatisation de la schizophrénie : enquête auprès de quarante patients schizophrènes stabilisés. *Inf Psychiatr* [Internet]. 2010 [cited 2025 Apr 29];86(9):785–93. Available from: <https://stm.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2010-9-page-785>
28. Haute autorité de santé. Haute Autorité de Santé. 2025 [cited 2025 May 11]. Indicateurs de qualité perçue par les patients. Available from: [https://www.has-sante.fr/jcms/p\\_3306665/fr/indicateurs-de-qualite-percue-par-les-patients](https://www.has-sante.fr/jcms/p_3306665/fr/indicateurs-de-qualite-percue-par-les-patients)
29. Haute autorité de santé. Haute Autorité de Santé. 2022 [cited 2025 May 24]. Analyse nationale des commentaires des patients recueillis dans le cadre du dispositif e-Satis. Available from: [https://www.has-sante.fr/jcms/p\\_3365011/fr/analyse-nationale-des-commentaires-des-patients-recueillis-dans-le-cadre-du-dispositif-e-satis](https://www.has-sante.fr/jcms/p_3365011/fr/analyse-nationale-des-commentaires-des-patients-recueillis-dans-le-cadre-du-dispositif-e-satis)
30. Psycom. <https://www.psycom.org/>. 2025 [cited 2025 Apr 29]. Ce qu'on peut faire contre la stigmatisation. Available from: <https://www.psycom.org/sinformer/la-stigmatisation/ce-quon-peut-faire-contre-la-stigmatisation/>
31. Centre de référence en santé mentale. Mémorandum [Internet]. Namur: CRÉSaM; 2023 Jun [cited 2025 May 11]. Available from: <https://www.cresam.be/wp-content/uploads/2023/06/Memorandum-juin-2023-1.pdf>

32. Centre de référence en santé mentale. Plaidoyer pour la santé mentale [Internet]. Namur: CRéSaM; 2019. Available from: <https://www.cresam.be/wp-content/uploads/2019/03/Plaidoyer-SM-2019-web.pdf>
33. Lamboy B, Saïas T. Réduire la stigmatisation des personnes souffrant de troubles psychiques par une campagne de communication ? Une synthèse de la littérature [Reducing stigma in mental health through communication campaigns? A literature review]. Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr [Internet]. 2013 Mar [cited 2025 Apr 29];171(2):77–82. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0003448712001552>
34. Conseil Supérieur de la Santé. La recherche en santé mentale en Belgique : combler le fossé des connaissances [Internet]. Bruxelles: Conseil Supérieur de la Santé (CSS); 2022 [cited 2026 May 11]. Report No.: 9667. Available from: <https://www.hgr-css.be/file/download/69547200-f3a6-477d-9ab3-91162f96477c/gDXfrJwgNuyondx6FBdhU2uq3ME0fnnTAaX8vDEqpc3d.pdf>
35. Organisation mondiale de la santé. Santé mentale : renforcer notre action [Internet]. 2022 [cited 2025 May 11]. Available from: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
36. Clement S, Schauman O, Graham T, Maggioni F, Evans-Lacko S, Bezborodovs N, et al. Quel est l'impact de la stigmatisation liée à la santé mentale sur la recherche d'aide ? Une revue systématique des études quantitatives et qualitatives [What is the impact of mental health-related stigma on help-seeking? A systematic review of quantitative and qualitative studies]. Psychol Med. 2015 Jan;45(1):11–27.
37. Cervello S, Arfeuillère S, Caria A. Schizophrénie au cinéma : représentations et actions de déstigmatisation: résultats d'une enquête nationale auprès des internes en psychiatrie et des psychiatres français. Inf Psychiatr [Internet]. 2017 Jul 20 [cited 2025 Apr 29];93(6):507–16. Available from: <https://stm.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2017-6-page-507>
38. Psytoyens. Fédération d'associations d'usagers en santé mentale [Internet]. s.d. [cited 2025 May 11]. Available from: <https://reseaunomade.be/repertoire/psytoyens/>
39. Société balint belge. Groupes balint [Internet]. s.d. [cited 2025 May 24]. Available from:

<https://balint.be/groupes-balint/>

40. Verhaeghe M, Bracke P, Christiaens W. Hospitalisation à temps partiel et expériences de stigmatisation : une étude dans les hôpitaux psychiatriques contemporains [Part-time hospitalisation and stigma experiences: a study in contemporary psychiatric hospitals]. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2008 Jun 10 [cited 2025 Apr 29];8:125. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2442430/>
41. Thornicroft G. Stigma and discrimination limit access to mental health care. *Epidemiol Psichiatri Soc* [Internet]. 2008 Mar [cited 2024 Nov 30];17(1):14–9. Available from: [https://www.cambridge.org/core/product/identifier/S1121189X00002621/type/journal\\_article](https://www.cambridge.org/core/product/identifier/S1121189X00002621/type/journal_article)
42. Corrigan PW, Michaels PJ, Vega E, Gause M, Watson AC, Rüsch N. Self-stigma of mental illness scale—short form: Reliability and validity. *Psychiatry Res* [Internet]. 2012 Aug 30 [cited 2023 Jul 14];199(1):65–9. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165178112001941>
43. Comité départemental d'éducation pour la santé. CODES 06 – Les outils de mesure de la stigmatisation et de l'auto-stigmatisation. s.d. [cited 2025 May 14]. Outil de mesure KING. Available from: <https://www.codes06.org/stigmatisation-1/les-outils-de-mesure-de-la-stigmatisation-et-de-lauto-stigmatisation/outil-de-mesure-king>
44. Gedda M. Traduction française des lignes directrices STROBE pour l'écriture et la lecture des études observationnelles. *Kinésithérapie Rev* [Internet]. 2015 Jan [cited 2025 May 3];15(157):34–8. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1779012314004318>
45. Corrigan PW, Druss B, Perlick D. L'impact de la stigmatisation de la maladie mentale sur la recherche et la participation aux soins de santé mentale [The Impact of Mental Illness Stigma on Seeking and Participating in Mental Health Care - Patrick W. Corrigan, Benjamin G. Druss, Deborah A. Perlick, 2014]. 2014 [cited 2025 Mar 25];15(2). Available from: [https://www.researchgate.net/publication/279239872\\_The\\_Impact\\_of\\_Mental\\_Illness\\_Stigma\\_on\\_Seeking\\_and\\_Participating\\_in\\_Mental\\_Health\\_Care](https://www.researchgate.net/publication/279239872_The_Impact_of_Mental_Illness_Stigma_on_Seeking_and_Participating_in_Mental_Health_Care)
46. Andrade LH, Alonso J, Mneimneh Z, Wells JE, Al-Hamzawi A, Borges G, et al. Obstacles au

traitement de la santé mentale : résultats des enquêtes mondiales de l'OMS sur la santé mentale [Barriers to mental health treatment: results from the WHO World Mental Health surveys]. *Psychol Med* [Internet]. 2014 Apr [cited 2025 May 25];44(6):1303–17. Available from: <https://www.cambridge.org/core/journals/psychological-medicine/article/abs/barriers-to-mental-health-treatment-results-from-the-who-world-mental-health-surveys/8779313B29B9F3950A0A1154949E0D21>

47. Hajizadeh A, Amini H, Heydari M, Rajabi F. Comment lutter contre la stigmatisation entourant les troubles de santé mentale : un examen de la portée des expériences des différentes parties prenantes [How to combat stigma surrounding mental health disorders: a scoping review of the experiences of different stakeholders]. *BMC Psychiatry* [Internet]. 2024 Nov 8 [cited 2025 May 21];24(1):782. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12888-024-06220-1>

48. Seidler ZE, Dawes AJ, Rice SM, Oliffe JL, Dhillon HM. Le rôle de la masculinité dans la recherche d'aide des hommes pour la dépression : une revue systématique [The role of masculinity in men's help-seeking for depression: A systematic review]. *Clin Psychol Rev* [Internet]. 2016 Nov 1 [cited 2025 May 25];49:106–18. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0272735816300046>

49. Knaak S, Mantler E, Szeto A. Mental illness-related stigma in healthcare. *Healthc Manage Forum* [Internet]. 2017 Mar [cited 2023 Jul 15];30(2):111–6. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5347358/>

50. Link BG, Phelan JC. Conceptualisation de la stigmatisation [Conceptualizing Stigma]. *Annu Rev Sociol* [Internet]. 2001 Aug 1 [cited 2025 May 25];27(Volume 27, 2001):363–85. Available from: <https://www.annualreviews.org/content/journals/10.1146/annurev.soc.27.1.363>

51. Lauber C, Nordt C, Braunschweig C, Rössler W. Les professionnels de la santé mentale stigmatisent-ils leurs patients ? [Do mental health professionals stigmatize their patients?]. *Acta Psychiatr Scand* [Internet]. 2006 [cited 2025 May 25];113(s429):51–9. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1600-0447.2005.00718.x>

52. Schulze B. Stigmatisation et professionnels de la santé mentale : un examen des preuves d'une relation complexe [Stigma and mental health professionals: a review of the evidence on an

intricate relationship]. *Int Rev Psychiatry Abingdon Engl* [Internet]. 2007 Apr;19(2):137–55. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17464792/>

53. Tate CC, Ledbetter Jay N., and Youssef CP. Une méthode à deux questions pour évaluer les catégories de genre dans les sciences sociales et médicales [A Two-Question Method for Assessing Gender Categories in the Social and Medical Sciences]. *J Sex Res* [Internet]. 2013 Nov 1 [cited 2025 May 25];50(8):767–76. Available from: <https://doi.org/10.1080/00224499.2012.690110>

54. Organisation mondiale de la santé. L'OMS souligne la nécessité urgente de transformer la santé mentale et les soins de santé mentale [WHO highlights urgent need to transform mental health and mental health care] [Internet]. 2022 [cited 2025 May 25]. Available from: <https://www.who.int/news/item/17-06-2022-who-highlights-urgent-need-to-transform-mental-health-and-mental-health-care>

55. Haute autorité de santé. Rapport d'activité [Internet]. 2018. Available from: [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-07/ra\\_2018\\_has.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-07/ra_2018_has.pdf)

56. Stuart H, Chen SP, Christie R, Dobson K, Kirsh B, Knaak S, et al. Ouvrir les esprits au Canada : Cibler le changement [Opening Minds in Canada: Targeting Change]. *Can J Psychiatry* [Internet]. 2014 Jan 1 [cited 2025 May 25];59(1\_suppl):13–8. Available from: <https://doi.org/10.1177/070674371405901S05>

57. Conseil Supérieur de la Santé. Le rétablissement en santé mentale : vers un changement de culture [Internet]. 2019 [cited 2025 Apr 12]. Report No.: CSS n° 9360. Available from: [https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth\\_theme\\_file/css\\_9360\\_dsm5.pdf](https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/css_9360_dsm5.pdf)

## Annexes

### 1. Présentation des services 450 et 910

Le service 450 est une unité de psychiatrie adulte d'une capacité de 24 lits, répartis en 16 chambres individuelles et 4 chambres communes. L'encadrement est assuré par une équipe pluridisciplinaire composée d'infirmier(e)s spécialisé(e)s en santé mentale et psychiatrie, d'infirmier(e)s bachelier(e)s, d'aides-soignant(e)s, d'éducateurs spécialisés, d'une ergothérapeute, d'une kinésithérapeute, d'un assistant social, d'une psychologue et d'un représentant du culte. Deux psychiatres indépendants assurent le suivi médical des patients dans ce service. Ce service prend en charge l'ensemble des pathologies psychiatriques adultes les plus fréquemment rencontrées, parmi lesquelles les troubles dépressifs, les troubles liés à une dépendance (alcool, médicaments, drogues), les troubles de la personnalité, les troubles alimentaires, les troubles bipolaires, les psychoses et d'autres formes de souffrance mentale. Il présente une spécialisation particulière dans la prise en charge des troubles liés à l'alcoolodépendance. Par ailleurs, des réunions pluridisciplinaires ont lieu chaque semaine, réunissant l'ensemble des soignants. Ces temps d'échange permettent de discuter collectivement des situations cliniques, favorisant une meilleure compréhension des patients et contribuant à prévenir les attitudes stigmatisantes au sein de l'équipe.

Quant à lui, le service 910, également dédié à la psychiatrie adulte, dispose d'une capacité de 36 lits, répartis en 20 chambres individuelles et 8 chambres doubles. Ce service partage la chambre d'isolement avec l'unité 450. L'organisation des soins et l'encadrement sont similaires à ceux du service 450. Ce service compte trois psychiatres indépendants, chargés du suivi clinique des patients hospitalisés. Les pathologies prises en charge sont également variées, couvrant l'ensemble des troubles psychiatriques courants chez l'adulte. Ce service présente par ailleurs une spécialisation dans la prise en charge des troubles alimentaires.

## 2. Réponse du comité d'éthique

### 2.1. Comité d'éthique hospitalo-facultaire universitaire de Liège

#### Comité d'Ethique Hospitalo-Facultaire Universitaire de Liège (707)



Sart Tilman, le 21 mars 2025

Madame la Prof. A-F. DONNEAU  
Madame Lara SEBENELLO  
SCIENCES DE LA SANTE PUBLIQUE  
CHU

Cher Collègue,

Vous trouverez ci-joint l'avis d'approbation de l'étude :

**"Quel est l'impact de la stigmatisation sur l'accès et la qualité des soins perçus par les patients psychiatriques des services 450 et 910 du MontLégia ?"**

Protocole : v1

Dans le cadre des responsabilités qui lui sont imposées par la loi du 07 mai 2004, Le Comité d'Ethique souhaite vous faire part des recommandations suivantes :

- aucun patient ne peut être inclus dans l'étude avant la réception de la lettre d'approbation;
- nous souhaitons être informés de la date de début effectif de l'étude dans votre site (date d'inclusion du 1<sup>er</sup> patient);
- nous attachons une grande importance à la protection de la vie privée des patients/volontaires sains et nous comptons sur vous pour :
  - assurer un archivage sûr des documents sources (conservation sous clefs),
  - assurer la protection par mot de passe des bases de données éventuellement créées pour la gestion de vos résultats, refuser, si ces données doivent être transmises à un tiers, de transmettre non seulement des données directement identifiantes (attention à l'anonymisation des copies d'examens ou protocoles d'examens) mais également toute association de données qui pourraient permettre la ré-identification du patient (attention à l'association initiales, date de naissance et sexe encore trop souvent retrouvée dans les CRF).
- nous devons impérativement être informés :
  - de tout événement indésirable grave, suspect et inattendu (SUSAR) survenu chez l'un de vos patients ou volontaire sain,
  - du renouvellement de l'assurance (request in progress: attestation to be furnished before starting the study) quand celle-ci arrive à échéance,
  - du déroulement de l'étude, et ce annuellement,
  - de la clôture de l'étude avec rapport des résultats obtenus.
- aucun changement ne peut être apporté au protocole sans l'obtention d'un avis favorable du Comité d'Ethique;
- qu'il relève de votre responsabilité de veiller à ce que tout dommage, lié de manière directe ou indirecte à l'expérimentation, encouru par un patient inclus par vos soins soit pris en charge financièrement par le promoteur soit directement, soit via le recours à l'assurance "étude";
- tout courrier/courriel de suivi que vous nous transmettrez doit bien évidemment reprendre les références de l'étude et sera accompagné de votre évaluation actuelle de la balance risques/bénéfices si ce courrier est en rapport avec la sécurité du patient (amendement, nouvelle brochure d'investigateur, déviation de protocole, nouvelle information pouvant affecter la sécurité du sujet, SAE, etc....).

C.H.U. de LIEGE - Site du Sart Tilman - Avenue de l'Hôpital, 1 - 4000 LIEGE

Président : Professeur D. LEDOUX

Vice-Présidents : Docteur G. DAENEN - Docteur E. BAUDOUX - Professeur P. FIRKET

Secrétariat administratif : 04/323.21.58

Coordination scientifique: 04/323.22.65

Mail : [ethique@chuliege.be](mailto:ethique@chuliege.be)

Infos disponibles sur: <http://www.chuliege.be/orggen.html#ceh>

**Comité d'Ethique Hospitalo-Facultaire Universitaire de Liège (707)**



Sart Tilman, le 21 mars 2025

Madame la Prof. A-F. DONNEAU  
Madame Lara SEBENELLO  
SCIENCES DE LA SANTE PUBLIQUE  
CHU

Concerne: Votre demande d'avis au Comité d'Ethique  
Nr EudraCT ou Nr belge : B7072024000166 ; Notre réf: 2024/550

Cher Collègue,

J'ai le plaisir de vous informer que le Comité d'Ethique a donné une réponse favorable à votre demande d'avis intitulée :

**"Quel est l'impact de la stigmatisation sur l'accès et la qualité des soins perçus par les patients psychiatriques des services 450 et 910 du MontLégia ? "**  
Protocole : v1

Vous trouverez, sous ce pli, le formulaire de réponse reprenant, en français et en anglais, les différents éléments examinés et approuvés et la composition du Comité d'Ethique.

Je vous prie d'agréer, Cher Collègue, l'expression de mes sentiments les meilleurs,

Prof. D. LEDOUX  
Président du Comité d'Ethique

Note: l'original de la réponse est envoyé au Chef de Service, une copie à l'Expérimentateur principal.

Copie à la Direction de l'AFMPS

---

C.H.U. de LIEGE – Site du Sart Tilman – Avenue de l'Hôpital, 1 – 4000 LIEGE  
Président : Professeur D. LEDOUX  
Vice-Présidents : Docteur G. DAENEN – Docteur E. BAUDOUX – Professeur P. FIRKET  
Secrétariat administratif : 04/323.21.58  
Coordination scientifique: 04/323.22.65  
Mail : [ethique@chullege.be](mailto:ethique@chullege.be)  
Infos disponibles sur: <http://www.chullege.be/orggen.html#ceh>

Notre Dossier nr : *Our File nr :* 2024 / 550  
Nr EudraCT : B7072024000166

**COMITE D'ETHIQUE HOSPITALO-FACULTAIRE UNIVERSITAIRE DE LIEGE  
(707)**

**Approbation d'une demande d'étude clinique**  
*Approval form for a clinical trial*

Après examen des éléments suivants : *Having considered the following data :*

Protocole, Titre, *Title*

**Quel est l'impact de la stigmatisation sur l'accès et la qualité des soins perçus par les patients psychiatriques des services 450 et 910 du MontLégia ?**

Numéro d'étude, *Study Number :* v1

**Nr EudraCT ou Nr belge: B7072024000166**

Promoteur, *Promoter:*

**ULIEGE**

Date du protocole, *Protocol date :* 30/12/2024

Amendem. numéro et date, *Amend. Numb. and date*

	Date	Oui/Yes	Non/No
Brochure pour l'investigateur, <i>Investigator's brochure</i>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Information et consentement (en Français) <i>Subject information and consent sheet (in French)</i>	23/02/2025	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dossier clinique individuel <i>Case report form</i>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Déclaration d'assurance <i>Insurance declaration</i>	04/02/2025	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Notre Dossier nr : *Our File nr : 2024 / 550*

Approbation d'une demande d'étude clinique (suite)

*Approval form for a clinical trial (following page)*

Protocole

Quel est l'impact de la stigmatisation sur l'accès et la qualité des soins perçus par les patients psychiatriques des services 450 et 910 du MontLégia ?

Service de : **SCIENCES DE LA SANTE PUBLIQUE**  
Clinical unit

Chef de Service : **Prof. A-F. DONNEAU**  
*Director of the clinical unit*

Expérimentateur principal : **Lara SEBENELLO**  
*Principal investigator*

Par décision collégiale, le Comité d'Ethique (voir liste des membres en annexe) :  
*By collegial decision, the Ethics Committee (see enclosed list of the members) :*

Oui/Yes Non/No

■ estime que l'étude peut être réalisée  
*has accepted the performance of the study*

Signature \_\_\_\_\_ Nom : **Prof. D. LEDOUX** Président  
*Signature* *Printed name :*

Date, Date : 21/03/2025

*The Ethics Committee states that it is organized and operates according to the ICH/GCP guidelines, the applicable laws and regulations, and their own written operating procedures*

Cette approbation ne signifie pas que le comité prend la responsabilité de l'étude.  
*This approval does not mean that the Ethics Committee takes the responsibility of the study*

MEMBRES DU COMITE D'ETHIQUE MEDICALE  
HOSPITALO-FACULTAIRE UNIVERSITAIRE DE LIEGE

Monsieur le Professeur <b>Didier LEDOUX</b> Intensiviste, CHU	Président
Monsieur le Docteur <b>Etienne BAUDOUX</b> Expert en Thérapie Cellulaire, CHU	Vice-Président
Monsieur le Docteur <b>Guy DAENEN</b> Honoraire, Gastro-entérologue, membre extérieur au CHU	Vice-Président
Monsieur le Professeur <b>Pierre FIRKET</b> Généraliste, membre extérieur au CHU	Vice-Président
Monsieur <b>Resmi AGIRMAN</b> Représentant des volontaires sains, membre extérieur au CHU	
Madame <b>Viviane DESSOUROUX</b> / Monsieur <b>Pascal GRILLI</b> (suppléant) Représentant (e) des patients, membres extérieurs au CHU	
Madame <b>Régine HARDY</b> / Madame la Professeure <b>Adélaïde BLAVIER</b> (suppléante) Psychologue, CHU	Psychologue, membre extérieure au CHU
Madame <b>Isabelle HERMANS</b> Assistante sociale, CHU	
Monsieur le Professeur <b>Maurice LAMY</b> Honoraire, Anesthésiste-Réanimateur, membre extérieur au CHU	
Madame la Docteure <b>Marie-Paule LECART</b> Rhumato-gériatre, CHU	
Madame <b>Marie LIEBEN</b> Philosophe, membre extérieure au CHU	
Madame <b>Patricia MODANESE</b> Infirmière cheffe d'unité, CHU	
Madame la Professeure <b>Anne-Simone PARENT</b> Pédiatre, CHU	
Monsieur le Professeur <b>Marc RADERMECKER</b> Chirurgien, CHU	
Monsieur <b>Stéphane ROBIDA</b> Juriste, membre extérieur au CHU	
Madame <b>Isabelle ROLAND</b> / Monsieur le Professeur <b>Vincent SEUTIN</b> (suppléant) Pharmacien, CHU	Pharmacologue, ULiège
Madame la Docteure <b>Liliya ROSTOMYAN</b> Endocrinologue, membre extérieure au CHU	
Madame la Docteure <b>Isabelle RUTTEN</b> Radiothérapeute, membre extérieure au CHU	
Madame <b>Cécile THIRION</b> Infirmière cheffe d'unité, CHU	

21/03/2025

## 2.2. Comité d'éthique médicale CHC



COMITE D'ETHIQUE  
MEDICALE

N° d'agrément  
OM087

[Comite.ethique@chc.be](mailto:Comite.ethique@chc.be)

Liège, le 24 février 2025

Mademoiselle Lara SEBENELLO  
Section Sciences de la Santé publique  
Université de Liège  
4020 Liège

**Etude n°25/01/1318** intitulée "**Psychiatrie et stigmatisation : quel est l'impact de la stigmatisation sur l'accès et la qualité des soins perçus par les patients psychiatriques des services 450 et 910 du MontLégia. B7072024000166**" de Mademoiselle Lara SEBENELLO, TFE en vue de l'obtention du grade de Master en Sciences de la Santé publique, ULg.

Concernant l'étude susmentionnée, les documents suivants ont été examinés:

- ✓ Le formulaire de demande d'avis signé et daté du 17/01/2025,
- ✓ Le résumé du protocole, non daté,
- ✓ Le formulaire d'information et de consentement éclairé du patient, v.1, daté du 10/12/2024,
- ✓ Le formulaire d'information et de consentement du soignant, v. 1, daté du 10/12/2024,
- ✓ Le questionnaire pour le patient, non daté,
- ✓ Le questionnaire pour le soignant, non daté,
- ✓ Le CV de Mademoiselle Lara Sebenello, non signé et non daté.

Président  
Dr. René STEVENS  
04/355.58.25  
[rene.stevens@chc.be](mailto:rene.stevens@chc.be)

Vice-présidente  
Dr. Françoise KREUTZ  
04/355.43.09  
0492/97.76.08  
[francoise.kreutz@chc.be](mailto:francoise.kreutz@chc.be)

Secrétariat administratif  
Pascale LECLERCQ

Lundi et jeudi  
De 9 à 17h.

04/355.78.03  
[pascale.leclercq@chc.be](mailto:pascale.leclercq@chc.be)

En date du 24/02/2025, les membres du Comité (voir liste en annexe) ont approuvé ces documents et estiment que l'expérimentation prévue peut être poursuivie, les remarques du Comité d'éthique ayant été prises en compte et les documents rectifiés (consentement éclairé du patient, v.2 du 23/02/2025, consentement éclairé du soignant, v.2 du 23/02/2025).

Les membres rappellent au responsable de l'expérimentation qu'elle se réalisera sous sa responsabilité propre. L'avis favorable donné par le Comité ne signifie en rien qu'il prend la responsabilité de l'expérimentation.

Siège social  
CHC asbl  
Bvd Patience et Beaujionc 2  
B-4000 LIEGE  
[www.chc.be](http://www.chc.be)  
04 355 50 00



**Clinique CHC  
MONTLÉGIA**

**COMITE D'ETHIQUE  
MÉDICALE**

N° d'agrément  
OM087

Ils certifient que le Comité d'Ethique Médicale est organisé et fonctionne selon les directives des Bonnes Pratiques Cliniques (Good Clinical Practice), les lois et réglementations applicables.

Ils certifient que les points 4, 6 et 7 de l'article 11 § 4 de la loi du 07 mai 2004 sont respectés.

Comite.ethique@chc.be

**Dr Françoise KREUTZ**  
Vice-Présidente

**Dr René STEVENS**  
Président

**Mails :**  
ethique@chuliege.be  
LARA.SEBENELLO@HOTMAIL.COM

**Président**  
Dr. René STEVENS  
0 04/355.58.25  
rene.stevens@chc.be

**Vice-présidente**  
Dr. Françoise KREUTZ  
0 04/355.43.09  
0492/97.76.08  
francoise.kreutz@chc.be

**Secrétariat administratif**  
Pascale LECLERCQ

*Lundi et jeudi*  
De 9 à 17h.  
  
0 04/355.78.03  
pascale.leclercq@chc.be

Siège social  
CHC asbl  
Bld Patience et Beaujonc 2  
B-4000 LIEGE  
www.chc.be  
04 355 50 00



**Clinique CHC  
MONTLÉGIA**

**COMITE D'ETHIQUE  
MEDICALE**

**N° d'agrément**

**152**

**COMPOSITION  
DU COMITE D'ETHIQUE MEDICALE  
CLINIQUE CHC MONTLEGIA LIEGE**

Comite.ethique@chc.be

**OM087**

**Président**  
Dr. René STEVENS  
04/355.58.25  
0492/97.75.01

**Secrétaire**  
Dr. Françoise KREUTZ  
04/355.43.09  
0492/97.76.08

**Secrétariat administratif**  
Pascale LECLERCQ  
04/355.78.03  
0493/28.26.81

<b>NOM</b>	<b>SPECIALITE</b>	<b>Int/ext.</b>	<b>SITE</b>	
Dr René STEVENS Président	Neurologue pédia <tr><td>trique / Philosophe</td><td>Interne</td><td>MLE</td></tr>	trique / Philosophe	Interne	MLE
trique / Philosophe	Interne	MLE		
Dr Françoise KREUTZ Vice-Présidente	Médecin résident en oncologie	Interne	MLE	
Mme Martine BELLEM	Infirmière	Interne	MLE	
Dr Jean BENFANTE	Médecin généraliste	Externe		
Mme Régine BERTOLINI	Psychologue	Interne	MLE	
Mme Isabelle BRAIBANT	Conseillère morale	Interne	MLE	
Dr Isabelle DALEM	Pédo-psychiatre	Interne	MLE	
Me André DELVAUX	Avocat	Externe		
Dr Anne-Françoise GEETS	Biologiste clinique	Interne	MLE	
Mme Flore HAUGLUSTAINE	Infirmière	Interne	Heusy	
Dr Philippe HENRIVAUX	Interniste / infectiologue	Interne	MLE	
Mme Stéphanie KAUFFMAN	Coordinatrice Secteur Soins Personnes âgées	Interne	MRS	
Mme Bénédicte MINGUET	Responsable Humanisation	Interne	MLE	
Mme Rosalie NIWA	Psychologue	Interne	MRS	
Dr Pierre REMACLE	Gynécologue	Interne	MLE	
Mme Maria ZINGARO	Directrice	Interne	MRS	

*Uniquement*  
Lundi 9h - 17h  
Jeudi 9h-17h

Siège social  
CHC asbl  
Bld Patience et Beaujondc 2  
B-4000 LIEGE  
www.chc.be  
04 355 50 00

Version 07/01/2025 PL

### 3. Attestation d'assurance



MADAME  
LARA SEBENELLO  
DEGRES DES TISSERANDS 11  
4000 LIEGE

Votre correspondant :  
Naibalsie Schneider  
Tél : +32 (0)2 622 75 20  
Email : portfolio.corporate@axa.be

#### Attestation d'assurance

AXA Belgium S.A. d'assurances agréée sous le numéro 0039 atteste couvrir, dans les limites et conditions du contrat n° 730.653.130 la responsabilité civile pouvant incomber à Mme SEBENELLO Lara dans l'exercice de son activité d'infirmière diplômée sous contrat d'emploi.

##### Sommes assurées par sinistre et par année d'assurance:

- RC Professionnelle	- dommages corporels:	5.000.000,00 EUR
	- dommages matériels:	500.000,00 EUR
	- défense pénale:	45.000,00 EUR
- RC Exploitation	- dommages corporels:	2.500.000,00 EUR
	- dommages matériels:	125.000,00 EUR
	- protection juridique:	12.500,00 EUR

La présente attestation est valable du 20/12/2024 au 19/12/2025 inclus. Elle pourra être renouvelée, sur demande et après paiement de la prime venant à échéance à cette date.

Il est précisé qu'elle ne saurait engager la compagnie au-delà des clauses et limites du contrat auquel elle se réfère.

Fait en double à Bruxelles, le 23/12/2024

Chief Corporate Officer

#### 4. Questionnaire soignant

##### QUESTIONNAIRE POUR LES SOIGNANTS

Ce questionnaire vise à comprendre comment les professionnels de santé perçoivent et gèrent la stigmatisation liée aux troubles psychiatriques en général, et à évaluer l'impact de ces perceptions sur la qualité de la prise en charge. Vos réponses anonymes permettront de développer des recommandations pour améliorer l'accès aux soins et la prise en charge des patients souffrant de troubles psychiatriques, tout en réduisant les effets de la stigmatisation.

**La stigmatisation** désigne le fait de traiter une personne de manière négative ou de la rejeter à cause de caractéristiques jugées dévalorisantes, comme une maladie. Cela peut mener à de la discrimination et à l'isolement.

##### Informations générales

1. Le questionnaire est rempli par :

Infirmier(e)  Médecin  Psychologue  Autre : \_\_\_\_\_

2. Quel est votre âge : \_\_\_\_\_

3. Quel est votre sexe :  Homme  Femme  Autre : \_\_\_\_\_

4. Depuis combien de temps travaillez-vous dans le domaine de la santé mentale ? \_\_\_\_\_

5. Indiquez dans quelle mesure vous êtes d'accord avec les affirmations suivantes.

(1 = Pas du tout d'accord, 2 = Plutôt pas d'accord, 3 = Ni d'accord ni pas d'accord,  
4 = Plutôt d'accord, 5= Tout à fait d'accord)

##### Ma perception

	1	2	3	4	5
Certains patients semblent hésiter à parler de leur trouble mental aux soignants.					
Certains patients préfèrent ne pas discuter ouvertement de leur état mental, même avec des professionnels.					
J'ai déjà eu l'impression que la santé mentale d'un patient influence la qualité de la prise en charge.					
Certains soignants minimisent parfois les préoccupations des patients psychiatriques.					
Je pense que les patients psychiatriques ont déjà perçus un jugement de la part des soignants.					

J'ai déjà eu du mal à comprendre les patients souffrant de troubles psychiatriques.				
J'estime bien comprendre les besoins des patients psychiatriques.				

### *Impact sur l'accès et la qualité des soins*

	1	2	3	4	5
Les patients psychiatriques peuvent rencontrer des obstacles pour consulter des spécialistes en raison de leur trouble mental.					
Dans la médecine générale, les soignants peuvent avoir des réticences à prendre en charge des patients en raison de la stigmatisation liée aux troubles psychiatriques.					
La perception des troubles psychiatriques par la société peut affecter l'accès aux soins pour les patients psychiatriques.					
Les patients psychiatriques peuvent hésiter à demander de l'aide à cause de la stigmatisation liée à leur trouble.					

6. Quels aspects devraient être améliorés pour réduire la stigmatisation dans votre environnement ?

Formation continue  Sensibilisation des équipes  Changements organisationnels

Autre (précisez) : \_\_\_\_\_

7. Avez-vous des suggestions ou des idées concrètes pour améliorer l'accès aux soins et réduire la stigmatisation des patients souffrant de troubles psychiatriques ?

---



---



---



---



---

**Merci de votre participation !**

## 5. Formulaire de consentement : soignant

**Titre de l'étude :** Psychiatrie et stigmatisation : Quel est l'impact de la stigmatisation sur l'accès et la qualité des soins perçus par les usagers des services de psychiatrie 450 et 910 du MontLégia ?

**Promoteur de l'étude :** ULiege

**Comité d'Éthique :** Comité d'éthique Hospitalo-Facultaire Universitaire de Liège

**Investigateurs locaux :** Lara Sebenello, étudiante en Master 2 Santé Publique

I Information essentielle à votre décision de participer

### Introduction

Vous êtes invité(e) à participer à une étude interventionnelle sur les effets de la stigmatisation sur l'accès aux soins pour les usagers de services de psychiatrie.

Dans le cadre de cette étude, nous vous demanderons de répondre à un questionnaire spécifique, dont les réponses seront combinées avec celles d'autres participants à des fins de traitement statistique et de recherche. Aucune procédure supplémentaire de diagnostic ou de suivi ne sera effectuée.

Avant de participer, veuillez prendre connaissance des informations sur l'organisation, les avantages et les risques de l'étude, pour donner un consentement éclairé.

**Si vous acceptez de participer à cette étude, voici les informations essentielles à connaître :**

- Cette étude a été approuvée par deux comités d'éthique compétents (CHU, CHC), garantissant sa conformité aux règles éthiques en vigueur.
- Votre participation est entièrement volontaire et sans aucune contrainte. Elle repose sur votre consentement libre et éclairé.
- Les données recueillies, notamment à travers les questionnaires, seront strictement confidentielles et codées. Cela signifie qu'un identifiant unique remplace les informations personnelles des participants. Ce codage permet de garantir la confidentialité tout en conservant la possibilité de faire le lien avec l'identité du participant si nécessaire. Seules les personnes autorisées peuvent accéder à cette correspondance, conformément à la loi belge du 7 mai 2004 sur les expérimentations humaines.
- Vous avez la possibilité de contacter l'investigateur ou un membre de son équipe à tout moment si vous souhaitez poser des questions ou obtenir des informations complémentaires.

### Objectifs et déroulement de l'étude

Cette étude clinique est organisée pour mieux comprendre l'impact de la stigmatisation sur l'accès aux soins et la qualité de la prise en charge des patients hospitalisés dans les services de psychiatrie 450 et 910 du MontLégia. L'objectif est d'identifier les obstacles liés à la stigmatisation et de proposer des améliorations pour la prise en charge des usagers des services psychiatriques.

Nous vous proposons de participer à cette étude interventionnelle, car votre implication dans la prise en charge des patients est essentielle pour comprendre l'impact de la stigmatisation sur l'accès et la qualité des soins. Nous sommes particulièrement intéressés par la manière dont votre perception des patients et de leurs troubles mentaux influence les soins que vous dispensez, ainsi que l'impact de la stigmatisation sur votre pratique professionnelle.

Cette étude inclura environ 80 à 100 patients et 30 à 40 soignants des services psychiatriques du MontLégia. Vous serez invité(e) à répondre à un questionnaire qui portera sur votre expérience professionnelle, votre perception des interactions avec les patients psychiatriques, ainsi que sur l'impact de la stigmatisation dans le cadre de votre travail quotidien. Ce questionnaire comportera des questions démographiques (âge, sexe, profession), ainsi que des questions concernant la prise en charge des patients et la perception de la stigmatisation dans le cadre de vos soins. Remplir ce questionnaire vous prendra environ 5 minutes.

Nous vous remercions pour votre participation à cette étude qui contribuera à mieux comprendre les besoins des patients psychiatriques et à améliorer leur prise en charge.

#### **Description des risques et bénéfices**

L'inconvénient principal est un risque minime que certaines questions puissent éveiller un sentiment de discrimination ainsi que le temps à consacrer à ce questionnaire.

#### **Retrait de consentement**

Votre participation est volontaire et vous avez le droit de retirer votre consentement, sans devoir vous justifier. Afin de garantir la validité de la recherche, les données codées jusqu'au moment de votre interruption seront conservées. Aucune nouvelle donnée ne pourra être transmise au promoteur.

#### **Si vous participez à cette recherche, nous vous demandons :**

De contribuer activement au bon déroulement de cette recherche en répondant de manière honnête aux questions qui vous seront posées.

#### **Contact**

Si vous avez besoin d'informations complémentaires, mais aussi en cas de problème ou d'inquiétude, vous pouvez contacter l'investigateur (Sebenello, Lara) au numéro suivant : +32 478 57 53 03.

Si vous avez des questions relatives à vos droits de participant à une étude clinique, vous pouvez contacter la médiatrice des droits du patient de votre institution via le numéro de téléphone : Madame Isabelle STIZ, CHC, 04 355 76 52 ou [mediateur@chc.be](mailto:mediateur@chc.be).

#### **II Informations complémentaires**

##### **1 : Complément d'informations sur la protection et les droits du participant**

###### **Comité d'Éthique**

Cette étude a été examinée par deux Comités d'Éthique indépendants, à savoir le Comité d'Éthique Facultaire Universitaire de Liège ainsi que le Comité d'Éthique du CHC qui ont émis un avis favorable. Les Comités d'Éthique ont pour mission de protéger les participants à une étude clinique en s'assurant que vos droits en tant que participant sont respectés. Ils vérifient également que l'étude est scientifiquement pertinente et éthique, en accord avec les connaissances actuelles. Il est important de noter que l'avis du Comité d'Éthique ne doit en aucun cas être interprété comme une incitation à participer à cette étude.

## **Participation volontaire**

Avant de signer, n'hésitez pas à poser toutes les questions que vous jugez utiles. Prenez le temps d'en parler à une personne de confiance si vous le souhaitez.

Votre participation à l'étude est volontaire et doit rester libre de toute contrainte : ceci signifie que vous avez le droit de ne pas y participer ou de vous retirer. Votre décision ne modifiera en rien vos relations avec l'investigateur.

Si vous acceptez de participer à cette étude, vous signerez le formulaire de consentement éclairé. L'investigateur signera également ce formulaire et confirmera ainsi qu'il vous a fourni les informations nécessaires sur l'étude.

Votre participation ne générera aucun frais. Vous ne serez pas rémunéré.

## ***Protection de votre identité***

Votre participation à l'étude implique que vous acceptez que l'investigateur principal collecte des données vous concernant, qui seront utilisées par le promoteur de l'étude à des fins pédagogiques, de recherche, ainsi que dans le cadre de publications scientifiques et médicales.

Le questionnaire comprendra uniquement un système de code. L'investigateur a un devoir de confidentialité concernant les données recueillies. Cela signifie qu'il s'engage à utiliser vos données codées uniquement dans le cadre de cette étude. Aucune information personnelle ne sera transmise de manière à permettre votre identification directe.

## ***Protection des données à caractère personnel***

### ***1. Qui est le responsable du traitement des données ?***

L'investigatrice principale, Lara Sebenello, la promotrice Isabelle Caubo et la co-promotrice Jessica Gabriel prendront toutes les mesures nécessaires pour protéger la confidentialité et la sécurité de vos données codées, conformément aux législations en vigueur.

### ***2. Qui est le délégué à la protection des données ?*** Monsieur Pierre-François Pirlet, dpo@uliege.be

### ***3. Sur quelle base légale vos données sont-elles collectées ?***

La collecte et l'utilisation de vos informations reposent sur votre consentement écrit. En consentant à participer à l'étude, vous acceptez que certaines données personnelles puissent être recueillies et traitées électroniquement à des fins de recherche en rapport avec cette étude.

### ***4. A quelles fin vos données sont-elles traitées ?***

Vos données personnelles seront examinées afin de voir si l'étude est réalisée de façon précise. Elles pourront également être combinées à des données provenant d'autres études.

### ***5. Quelles sont les données collectées ?***

Les données sont récoltées via un questionnaire. Dans un premier temps, vous serez invité(e) à indiquer votre âge, puis des questions plus détaillées sur votre expérience personnelle.

### ***6. Comment mes données sont-elles récoltées ?***

Les questionnaires seront collectés par l'investigatrice, qui procédera ensuite à leur analyse pour en tirer des conclusions.

## ***Qui peut voir mes données ?***

- L'investigatrice : Lara Sebenello
- La promotrice : Dr Isabelle Caubo

- La co-promotrice : Jessica Gabriel
- Les Comités d'Ethique ayant examiné l'étude.

Ces personnes sont tenues par une obligation de confidentialité.

**7. Par qui mes données seront-elles conservées et sécurisées ? Pendant combien de temps ?**

Vos données sont conservées par Lara Sebenello le temps requis par les réglementations. A l'issue de cette période, la liste des codes sera détruite et il ne sera donc plus possible d'établir un lien entre les données codées et vous-même.

**8. Mes données seront-elles transférées vers d'autres pays hors Union Européenne/espace économique européen/Suisse ?** Non, aucunes données ne sera transférées.

**9. Quels sont mes droits sur mes données ?**

Vous avez le droit :

- de consulter toutes les informations de l'étude vous concernant et d'en demander, si nécessaire, la rectification.
- de retirer votre consentement conformément à la rubrique « retrait du consentement » reprise ci-avant.
- à vous opposer à la manière dont vos données de l'étude sont traitées, demander leur suppression, limiter des aspects de leur utilisation ou demander un exemplaire.

Cependant, pour garantir une évaluation correcte des résultats de l'étude, il se peut que certains de ces droits ne puissent être exercés qu'après la fin de l'étude. L'exercice de vos droits se fait via l'investigateur. En outre, si vous estimez que vos données de l'étude sont utilisées en violation des lois en vigueur sur la protection des données, vous avez le droit de formuler une plainte à l'adresse [contact@apd-gba.be](mailto:contact@apd-gba.be)

**Assurance**

Dans cette étude, le seul risque éventuel serait une faille dans les mesures prises pour protéger la confidentialité des renseignements à caractère privé. Le promoteur assume, même sans faute, la responsabilité du dommage causé au participant (ou à ses ayants droit) et lié de manière directe ou indirecte à la participation à cette étude. Dans cette optique, le promoteur a souscrit un contrat d'assurance<sup>1</sup> (AXA, n° 730.653.130, données de contact : Nathalie Schneider, +32 (0)2 622 75 20 ou portfolio.corporate@axa.be).

**III Consentement éclairé**

**Participant :**

- Je déclare avoir été informé(e) de la nature de l'étude, de son objectif, de sa durée et de ce qui est attendu de moi.
- J'ai pris connaissance du document d'information.
- J'ai eu suffisamment de temps pour y réfléchir et en discuter avec une personne de mon choix.
- J'ai eu l'occasion de poser toutes mes questions et j'ai obtenu des réponses satisfaisantes.

---

<sup>1</sup> Conformément à l'article 29 de la loi belge relative aux expérimentations sur la personne humaine (7 mai 2004)

- J'ai compris que des données me concernant seront recueillies pendant toute ma participation à cette étude et que le principal investigateur ainsi que le promoteur de l'étude garantissent leur confidentialité.
- Je consens au traitement de mes données personnelles selon les modalités décrites dans la section sur les garanties de confidentialité.
- J'accepte que les données de recherche collectées dans le cadre de cette étude puissent être traitées ultérieurement, à condition que ce traitement reste limité au contexte de l'étude.

Date :

Nom/Prénom :

Signature :

**Investigateur :**

Je soussigné, Lara Sebenello, investigateur confirme avoir fourni les informations nécessaires sur l'étude.

- Je confirme qu'aucune pression n'a été exercée pour que le soignant accepte de participer à l'étude et que je suis prête à répondre à toutes les questions supplémentaires, le cas échéant.
- Je confirme travailler en accord avec les principes éthiques énoncés dans la dernière version de la Déclaration d'Helsinki, des Bonnes Pratiques Cliniques et de la loi belge du 7 mai 2004 relative aux expérimentations sur la personne humaine.

Date :

Signature :

## 6. Questionnaire : patient

### QUESTIONNAIRE POUR LES PATIENTS

Ce questionnaire a pour objectif de mieux comprendre comment les troubles psychiatriques en général peuvent influencer l'accès aux soins et la relation avec les professionnels de santé. Vos réponses resteront anonymes et seront utilisées uniquement à des fins de recherche pour améliorer la prise en charge des patients en psychiatrie.

**La stigmatisation** désigne le fait de traiter une personne de manière négative ou de la rejeter à cause de caractéristiques jugées dévalorisantes, comme une maladie. Cela peut mener à de la discrimination et à l'isolement.

#### *Informations générales*

1. Le questionnaire est rempli par :  Le patient  Un accompagnant  Autre : \_\_\_\_\_
2. Quel est votre âge : \_\_\_\_\_
3. Quel est votre sexe :  Homme  Femme  Autre : \_\_\_\_\_
4. Quel est le motif de votre hospitalisation : \_\_\_\_\_
5. Indiquez dans quelle mesure vous êtes d'accord avec les affirmations suivantes  
(1 = Pas du tout d'accord, 2 = Plutôt pas d'accord, 3 = Ni d'accord ni pas d'accord, 4 = Plutôt d'accord, 5 = Tout à fait d'accord)

#### *Ma perception de la stigmatisation*

	1	2	3	4	5
J'appréhende de parler de ma santé mentale lors des consultations médicales.					
Lors de mes rendez-vous médicaux, j'évite de parler de certains aspects de ma santé mentale par crainte de malentendu ou de jugement.					
Je pense que ma santé mentale influence la manière dont je suis pris(e) en charge par le personnel médical.					
Lors de mes consultations, mes préoccupations ou symptômes sont minimisés par le personnel médical.					
Je pense que les autres peuvent me percevoir différemment en raison de ma condition mentale.					

Je me suis déjà senti incompris(e) par ceux qui ne connaissent pas ma maladie mentale.					
Je pense que les professionnels de santé comprennent bien mes besoins liés à ma condition mentale.					

### *L'accès aux soins*

	1	2	3	4	5
J'ai déjà eu l'impression qu'il y a des obstacles lorsque je cherche à consulter un spécialiste pour mes problèmes de santé mentale.					
Je trouve qu'il est difficile de trouver des professionnels de santé prêts à m'écouter en raison de ma santé mentale.					
Je pense que ma condition mentale influence la facilité d'accès aux soins.					
J'ai déjà hésité à demander de l'aide par crainte de la réaction des professionnels de santé.					

Avez-vous des suggestions ou des idées pour améliorer votre expérience en tant que patient(e) et réduire la stigmatisation ?

---



---



---



---

**Merci de votre participation !**

## 7. Formulaire de consentement : patient

**Titre de l'étude :** Psychiatrie et stigmatisation : Quel est l'impact de la stigmatisation sur l'accès et la qualité des soins perçus par les usagers des services de psychiatrie 450 et 910 du MontLégia ?

**Promoteur de l'étude :** Université de Liège

**Comité d'Éthique :** Comité d'éthique Hospitalo-Facultaire Universitaire de Liège

**Investigateurs locaux :** Lara Sebenello, étudiante en Master 2 Santé Publique

### I Information essentielle à votre décision de participer

#### Introduction

Vous êtes invité(e) à participer à une étude sur les effets de la stigmatisation sur l'accès aux soins pour les usagers de services de psychiatrie.

Dans le cadre de cette étude, nous vous demanderons de répondre à un questionnaire dont les réponses seront combinées avec celles d'autres participants à des fins de recherche statistique. Aucune procédure supplémentaire de diagnostic ou de suivi ne sera effectuée.

Avant de participer, veuillez prendre connaissance des informations sur l'organisation, les avantages et les risques de l'étude afin de donner un consentement éclairé.

#### **Si vous acceptez de participer à cette étude, voici les informations essentielles à connaître :**

- Cette étude a été approuvée par deux comités d'éthique compétents (CHU, CHC), garantissant sa conformité aux règles éthiques en vigueur.
- Votre participation est entièrement volontaire et sans aucune contrainte. Elle repose sur votre consentement libre et éclairé.
- Les données recueillies via les questionnaires seront strictement confidentielles et codées. Un identifiant unique remplacera les informations personnelles, garantissant la confidentialité tout en permettant, si nécessaire, d'établir une correspondance avec votre identité. Seules les personnes autorisées pourront accéder à cette correspondance, en conformité avec la loi belge du 7 mai 2004 sur les expérimentations humaines.
- Vous avez la possibilité de contacter l'investigateur ou un membre de son équipe à tout moment si vous souhaitez poser des questions ou obtenir des informations complémentaires.

#### **Déroulement de l'étude**

Cette étude vise à mieux comprendre l'impact de la stigmatisation sur l'accès et la qualité des soins perçus par les patients hospitalisés dans les services de psychiatrie 450 et 910 du MontLégia. Son objectif est d'identifier les obstacles liés à la stigmatisation et de proposer des améliorations pour la prise en charge des patients.

L'étude inclura environ 80 à 100 patients hospitalisés dans ces services ainsi que 30 à 40 soignants. Vous êtes invité(e) à y participer car votre hospitalisation est en lien avec cette recherche. Nous souhaitons mieux comprendre comment votre expérience de soins est influencée par la perception de la stigmatisation.

Votre participation consistera en une seule consultation durant laquelle vous répondrez à un questionnaire. Celui-ci collectera des informations sur votre expérience de soins, vos perceptions concernant la stigmatisation et votre ressenti sur l'accès aux services de santé mentale. Il abordera également des données démographiques (âge, sexe, profession), votre expérience professionnelle, ainsi que votre perception des interactions avec les patients et de l'impact potentiel de la stigmatisation sur leur prise en charge. Le remplissage du questionnaire prendra environ 5 minutes.

Le processus de consentement tiendra compte de la vulnérabilité des patients, avec une évaluation de leurs capacités et un accompagnement à la lecture du document. Des mesures seront également mises en place pour limiter les biais d'exclusion dans la sélection des participants.

#### **Description des risques et bénéfices**

Votre participation à cette étude ne présente aucun risque pour votre santé. Le principal inconvénient est le temps requis pour répondre au questionnaire. Toutefois, un léger risque existe que certaines questions suscitent un ressenti de discrimination.

Si vous le souhaitez, vous pourrez bénéficier d'un échange gratuit avec un professionnel pour discuter de votre expérience.

#### **Retrait de consentement**

Votre participation est volontaire et vous avez le droit de retirer votre consentement à participer à l'étude pour quelque raison que ce soit, sans devoir vous justifier. Les données codées jusqu'au moment de votre interruption seront conservées. Aucune nouvelle donnée ne pourra être transmise au promoteur.

#### **Si vous participez à cette recherche, nous vous demandons :**

De contribuer activement au bon déroulement de cette recherche en répondant de manière honnête aux questions qui vous seront posées.

#### **Contact**

Si vous avez besoin d'informations complémentaires, mais aussi en cas de problème ou d'inquiétude, vous pouvez contacter l'investigateur (Sebenello, Lara) à l'adresse email suivante : [Lara.sebenello@student.uliege.be](mailto:Lara.sebenello@student.uliege.be).

## **II Informations complémentaires**

#### **1 : Complément d'informations sur la protection et les droits du participant**

#### **Comité d'Éthique**

Cette étude a été examinée par deux Comités d'Éthique indépendants, à savoir le Comité d'Éthique Facultaire Universitaire de Liège ainsi que le Comité d'Éthique du CHC qui ont émis un avis favorable. Les Comités d'Éthique ont

pour mission de protéger les participants à une étude clinique en s'assurant que vos droits en tant que participant sont respectés. Ils vérifient également que l'étude est scientifiquement pertinente et éthique, en accord avec les connaissances actuelles. Il est important de noter que l'avis du Comité d'Éthique ne doit en aucun cas être interprété comme une incitation à participer à cette étude.

### **Participation volontaire**

Avant de signer, n'hésitez pas à poser toutes les questions que vous jugez utiles. Prenez le temps d'en parler à une personne de confiance si vous le souhaitez.

Votre participation à l'étude est volontaire et doit rester libre de toute contrainte : ceci signifie que vous avez le droit de ne pas y participer ou de vous retirer. Votre décision ne modifiera en rien vos relations avec l'investigateur et la qualité de votre prise en charge thérapeutique future.

Si vous acceptez de participer à cette étude, vous signerez le formulaire de consentement éclairé. L'investigateur signera également ce formulaire et confirmera ainsi qu'il vous a fourni les informations nécessaires sur l'étude.

Votre participation ne générera aucun frais. Vous ne serez pas rémunéré.

### **Protection de votre identité**

Votre participation à l'étude implique que vous acceptez que l'investigateur principal collecte des données vous concernant, qui seront utilisées par le promoteur de l'étude à des fins pédagogiques, de recherche, ainsi que dans le cadre de publications scientifiques et médicales.

Le questionnaire comprendra uniquement un système de code. L'investigateur a un devoir de confidentialité concernant les données recueillies. Cela signifie qu'il s'engage à utiliser vos données codées uniquement dans le cadre de cette étude. Aucune information personnelle ne sera transmise de manière à permettre votre identification directe.

### **Protection des données à caractère personnel**

#### **1. Qui est le responsable du traitement des données ? Le promoteur.**

L'investigatrice principale, Lara Sebenello, la promotrice Isabelle Caubo et la co-promotrice Jessica Gabriel prendront toutes les mesures nécessaires pour protéger la confidentialité et la sécurité de vos données codées, conformément aux législations en vigueur.

#### **2. Qui est le délégué à la protection des données ? Monsieur Pierre-François Pirlet, dpo@uliege.be**

#### **3. Sur quelle base légale vos données sont-elles collectées ?**

La collecte et l'utilisation de vos informations reposent sur votre consentement écrit. En consentant à participer à l'étude, vous acceptez que certaines données personnelles puissent être recueillies et traitées électroniquement à des fins de recherche en rapport avec cette étude.

**4. A quelles fin vos données sont-elles traitées ?**

Vos données personnelles seront examinées afin de voir si l'étude est réalisée de façon précise. Elles pourront également être combinées à des données provenant d'autres études.

**5. Quelles sont les données collectées ?**

Les données sont récoltées via un questionnaire. Dans un premier temps, vous serez invité(e) à indiquer votre âge, puis des questions plus détaillées sur votre expérience personnelle.

**6. Comment mes données sont-elles récoltées ?**

Les infirmières référentes recueilleront votre questionnaire et s'assureront que vous êtes en mesure d'y répondre. Leur relation de confiance avec vous leur permettra de vous accompagner si vous avez des questions. Une fois complété, votre questionnaire sera transmis à l'investigatrice, qui l'analysera afin d'en tirer des conclusions.

**7. Qui peut voir mes données ?**

- L'investigatrice : Lara Sebenello
- Les promoteurs.
- Les Comités d'Ethique ayant examiné l'étude.

Ces personnes sont tenues par une obligation de confidentialité.

**8. Par qui mes données seront-elles conservées et sécurisées ? Pendant combien de temps ?** Vos données sont conservées par Lara Sebenello le temps requis par les règlementations. A l'issue de cette période, la liste des codes sera détruite et il ne sera donc plus possible d'établir un lien entre les données codées et vous-même.

**9. Mes données seront-elles transférées vers d'autres pays hors Union Européenne/espace économique européen/Suisse ?** Non, aucunes données ne sera transférées.

**10. Quels sont mes droits sur mes données ?**

Vous avez le droit :

- de consulter toutes les informations de l'étude vous concernant et d'en demander, si nécessaire, la rectification.
- de retirer votre consentement conformément à la rubrique « retrait du consentement » reprise ci-avant.
- à vous opposer à la manière dont vos données de l'étude sont traitées, demander leur suppression, limiter des aspects de leur utilisation ou demander un exemplaire.

Cependant, pour garantir une évaluation correcte des résultats de l'étude, il se peut que certains de ces droits ne puissent être exercés qu'après la fin de l'étude. L'exercice de vos droits se fait via l'investigateur. En outre, si vous estimez que vos données de l'étude sont utilisées en violation des lois en vigueur sur la protection des données, vous avez le droit de formuler une plainte à l'adresse [contact@apd-gba.be](mailto:contact@apd-gba.be)

## **Assurance**

Dans cette étude, le seul risque éventuel serait une faille dans les mesures prises pour protéger la confidentialité des renseignements à caractère privé. Le promoteur assume, même sans faute, la responsabilité du dommage causé au participant (ou à ses ayants droit) et lié de manière directe ou indirecte à la participation à cette étude. Dans cette optique, le promoteur a souscrit un contrat d'assurance<sup>2</sup> (AXA, n° 730.653.130, données de contact : Nathalie Schneider, +32 (0)2 622 75 20 ou portfolio.corporate@axa.be).

## **III Consentement éclairé**

### **Participant :**

- Je déclare avoir été informé(e) de la nature de l'étude, de son objectif, de sa durée et de ce qui est attendu de moi.
- J'ai pris connaissance du document d'information.
- J'ai eu suffisamment de temps pour y réfléchir et en discuter avec une personne de mon choix.
- J'ai eu l'occasion de poser toutes mes questions et j'ai obtenu des réponses satisfaisantes.
- J'ai compris que des données me concernant seront recueillies pendant toute ma participation à cette étude et que le principal investigator ainsi que le promoteur de l'étude garantissent leur confidentialité.
- Je consens au traitement de mes données personnelles selon les modalités décrites dans la section sur les garanties de confidentialité.
- J'accepte que les données de recherche collectées dans le cadre de cette étude puissent être traitées ultérieurement, à condition que ce traitement reste limité au contexte de l'étude.

Date :

Nom/Prénom :

Signature :

### **Représentant légal**

#### **Dans le cas où le patient n'est pas capable de signer :**

J'ai été présent durant l'entièreté du processus d'information au patient et je certifie la volonté de transmettre l'information sur les objectifs et procédures de l'étude de manière adéquate, que le participant a compris l'étude et

---

<sup>2</sup> Conformément à l'article 29 de la loi belge relative aux expérimentations sur la personne humaine (7 mai 2004)

que le consentement à participer à l'étude a été donné librement. Je déclare que j'ai été informé qu'on me demande de prendre une décision de participation à l'étude clinique de la personne que je représente au mieux de ses intérêts et en tenant compte de sa probable volonté. Mon consentement s'applique à tous les items repris dans le consentement du participant.

Date :

Nom/Prénom :

Signature :

**Dans les situations où l'incapacité est temporaire :**

J'ai également été informé que dès que la situation clinique le permettra, la personne que je représente sera mise au courant de sa participation à une étude clinique et libre à ce moment de consentir à poursuivre cette participation ou d'y mettre un terme en signant ou refusant de signer le présent document de consentement.

J'ai reçu une copie de l'information au participant et du consentement éclairé.

Date :

Nom/Prénom :

Lien de parenté

Signature :

**Investigateur :**

Je soussigné, Lara Sebenello, investigateur confirme avoir fourni les informations nécessaires sur l'étude.

- Je confirme qu'aucune pression n'a été exercée pour que le patient accepte de participer à l'étude et que je suis prête à répondre à toutes les questions supplémentaires, le cas échéant.
- Je confirme travailler en accord avec les principes éthiques énoncés dans la dernière version de la Déclaration d'Helsinki, des Bonnes Pratiques Cliniques et de la loi belge du 7 mai 2004 relative aux expérimentations sur la personne humaine.

Date :

Signature :

## 8. Stigma Scale

Stigmatisation en psychiatrie (enquête auprès de 100 patients suivis à l'INP pour schizophrénie trouble bipolaire et dépression)

### III. Le Vécu de La STIGMATISATION

(Échelle de stigmatisation ou Stigma Scale (King, Dinos et al. 2007)

Thèmes	tout a fait d'accord	D'accord	Pas D'accord	Pas du tout d'accord
1. J'ai été victime de discrimination dans ma formation en raison de mes problèmes de santé psychique				
2. Parfois, j'ai l'impression qu'on me traite comme un(e) gamin(e) en raison de mes problèmes de santé psychique				
3. D'avoir eu un problème de santé psychique m'a rendu plus compréhensif				
4. Je ne m'en veux pas d'avoir eu des problèmes de santé psychique				
5. Je crains de dire aux gens que je bénéficie d'un traitement psychologique				
6. Certaines personnes ayant des problèmes de santé psychique sont dangereuses				
7. Les gens ont été compréhensifs vis-à-vis de mes problèmes de santé psychique				
8. J'ai été victime de discrimination par la police en raison de mes problèmes de santé Psychique				
9. J'ai été victime de discrimination par des employeurs en raison de mes problèmes de santé psychique				
10. Mes problèmes de santé psychique m'ont rendu plus tolérant(e) vis-à-vis des autres gens				
11. Je me sens très souvent seul(e) en raison de mes problèmes de santé psychique				
12. J'ai peur de la réaction des gens s'ils découvrent mes problèmes de santé psychique				
13. J'aurais eu de meilleures possibilités dans la vie si je n'avais pas eu de problèmes de santé psychique				
14. Cela ne me dérange pas que des personnes dans mon voisinage sachent que j'ai eu des problèmes de santé psychique.				
15. Je dirais que j'ai eu des problèmes de santé psychique si je me présentais pour un travail				

16. Je crains de dire aux gens que je prends des médicaments pour des problèmes de santé psychique.				
17. Les réactions des gens à mes problèmes de santé psychique me conduisent à me renfermer sur moi-même.				
18. Je suis fâché(e) de la manière dont les gens ont réagi à mes problèmes de santé psychique				
19. Les gens ne m'ont jamais causé d'ennuis en raison de mes problèmes de santé psychique				
20. J'ai été victime de discrimination par des professionnels de santé en raison de mes problèmes de santé psychique.				
21. Des gens m'ont évité en raison de mes problèmes de santé psychique				
22. Des gens m'ont insulté en raison de mes problèmes de santé psychique				
23. Avoir eu des problèmes de santé psychique m'a rendu(e) plus solide p				
24. Je ne me sens pas embarrassé(e) en raison de mes problèmes de santé psychique				
25. J'évite de parler aux gens de mes problèmes de santé psychique.				
26. Avoir eu des problèmes de santé psychique me donne le sentiment que la vie est injuste.				
27. Je ressens le besoin de cacher mes problèmes de santé psychique à mes amis				
28. Je trouve difficile de dire aux gens que j'ai des problèmes de santé psychique				

#### IV. Regard de la Famille et des autres

##### 1. Famille et proches

###### ✓ **Les réactions face au diagnostic de la maladie :**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Soutien et compréhension | <input type="checkbox"/> Rejet / Abandon          |
| <input type="checkbox"/> Peur                     | <input type="checkbox"/> Ne me font pas confiance |
| <input type="checkbox"/> Me trouvent différent    | <input type="checkbox"/> Surprotège               |
| <input type="checkbox"/> Honte                    | <input type="checkbox"/> Autre .....              |
| <input type="checkbox"/> Manque de respect        |   |