Université de Poitiers
Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2021

THESE

POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE
(décret du 25 novembre 2016)

présentée et soutenue publiquement
le 7 octobre 2021 à Poitiers
par Quentin Vigneau

Déshumanisation et stigmatisation : influence de l'addiction à l'alcool dans le vécu émotionnel subjectif des patients hospitalisés en psychiatrie et en addictologie

Composition du jury :

Président : Monsieur le Professeur Nematollah Jaafari

Membres :
Monsieur le Professeur Xavier Jean
Madame le Docteur Harika-Germaneau Ghina

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Damien Doolub

UNIVERSITE DE POITIERS

Faculté de Médecine et de Pharmacie

Le Doyen,

Année universitaire 2020 - 2021

LISTE DES ENSEIGNANTS DE MEDECINE

Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

- BOULETI Claire, cardiologie
- BOURMEYSTER Nicolas, biologie cellulaire
- BRIDOUX Frank, néphrologie
- BURUCOA Christophe, bactériologie – virologie
- CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
- CHRISTIAENS Luc, cardiologie
- CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie – réanimation
- DEBAENE Bertrand, anesthésiologie réanimation
- DEBIAIS Françoise, rhumatologie
- DROUOT Xavier, physiologie
- DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie
- FAURE Jean-Pierre, anatomie
- FRASCA Denis, anesthésiologie-réanimation
- FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
- GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
- GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
- GILBERT Brigitte, génétique
- GOMBERT Jean-Marc, immunologie
- GOUJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
- GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
- HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
- INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale
- ISAMBERT Nicolas, cancérologie
- JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
- JABER Mohamed, cytologie et histologie
- JAYLE Christophe, chirurgie thoracique t cardio-vasculaire
- KARAYAN-TAPON Lucie, cancérologie
- KEMOUN Gilles, médecine physique et de réadaptation **(en disponibilité)**
- KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie générale
- LECLERE Franck, chirurgie plastique, reconstructrice
- LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire
- LELEU Xavier, hématologie
- LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
- LEVEQUE Nicolas, bactériologie-virologie
- LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
- MACCHI Laurent, hématologie
- MCHEIK Jiad, chirurgie infantile
- MEURICE Jean-Claude, pneumologie
- MIGEOT Virginie, santé publique
- MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique
- MIMOZ Olivier, anesthésiologie – réanimation
- NEAU Jean-Philippe, neurologie
- ORIOT Denis, pédiatrie
- PACCALIN Marc, gériatrie
- PERAULT-POCHAT Marie-Christine, pharmacologie clinique
- PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire
- PIERRE Fabrice, gynécologie et obstétrique
- PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
- RAMMAERT-PALTRIE Blandine, maladies infectieuses
- RICHER Jean-Pierre, anatomie
- RIGOARD Philippe, neurochirurgie
- ROBERT René, réanimation
- ROBLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
- ROBLOT Pascal, médecine interne
- RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie (**retraite 01/03/2021**)
- SAULNIER Pierre-Jean, thérapeutique
- SCHNEIDER Fabrice, chirurgie vasculaire
- SILVAIN Christine, hépato-gastro- entérologie
- TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
- THIERRY Antoine, néphrologie
- THILLE Arnaud, réanimation
- TOUGERON David, gastro-entérologie
- WAGER Michel, neurochirurgie
- XAVIER Jean, pédopsychiatrie

Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers

- ALBOUY-LLATY Marion, santé publique (**en mission 2020/21**)
- ALLAIN Géraldine, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- BEBY-DEFAUX Agnès, bactériologie – virologie **(en cours d'intégration PH)**
- BEN-BRIK Eric, médecine du travail **(en détachement)**
- BILAN Frédéric, génétique
- BOISSON Matthieu, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire (**en mission 1 an à/c nov.2020**)
- CASTEL Olivier, bactériologie - virologie – hygiène
- CAYSSIALS Emilie, hématologie
- COUDROY Rémy, réanimation
- CREMNITER Julie, bactériologie – virologie
- DIAZ Véronique, physiologie
- FROUIN Eric, anatomie et cytologie pathologiques
- GACHON Bertrand, gynécologie-obstétrique
- GARCIA Magali, bactériologie-virologie
- JAVAUGUE Vincent, néphrologie
- KERFORNE Thomas, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- LAFAY-CHEBASSIER Claire, pharmacologie clinique
- LIUU Evelyne, gériatrie
- MARTIN Mickaël, médecine interne
- PALAZZO Paola, neurologie (**en dispo 1 an**)
- PERRAUD Estelle, parasitologie et mycologie
- SAPANET Michel, médecine légale
- THUILLIER Raphaël, biochimie et biologie moléculaire

Professeur des universités

- PELLERIN Luc, biochimie et biologie moléculaire

Professeur des universités de médecine générale

- BINDER Philippe

Bât. D1 - 6 rue de la Milétrie – TSA 51115 - 86073 POITIERS CEDEX 9 - France
☎05.49.45.43.43 - 🖷 05.49.45.43.05

Professeurs associés de médecine générale

- BIRAULT François
- FRECHE Bernard
- MIGNOT Stéphanie
- PARTHENAY Pascal
- VALETTE Thierry
- VICTOR-CHAPLET Valérie

Maîtres de Conférences associés de médecine générale

- AUDIER Pascal
- ARCHAMBAULT Pierrick
- BRABANT Yann
- JEDAT Vincent

Enseignants d'Anglais

- DEBAIL Didier, professeur certifié

Professeurs émérites

- CARRETIER Michel, chirurgie générale (08/2021)
- GIL Roger, neurologie (08/2023)
- GOMES DA CUNHA José, médecine générale (08/2021)
- GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion (08/2023)
- HERPIN Daniel, cardiologie (08/2023)
- KITZIS Alain, biologie cellulaire (16/02/2021)
- MARECHAUD Richard, médecine interne (24/11/2023)
- MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire (08/2021)
- RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire (08/2022)
- SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes (08/2023)
- TOUCHARD Guy, néphrologie (08/2021)

Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires

- AGIUS Gérard, bactériologie-virologie
- ALCALAY Michel, rhumatologie
- ALLAL Joseph, thérapeutique (ex-émérite)
- ARIES Jacques, anesthésiologie-réanimation
- BABIN Michèle, anatomie et cytologie pathologiques
- BABIN Philippe, anatomie et cytologie pathologiques
- BARBIER Jacques, chirurgie générale (ex-émérite)
- BARRIERE Michel, biochimie et biologie moléculaire
- BECQ-GIRAUDON Bertrand, maladies infectieuses, maladies tropicales (ex-émérite)
- BEGON François, biophysique, médecine nucléaire
- BOINOTCatherine, hématologie – transfusion
- BONTOUX Daniel, rhumatologie (ex-émérite)
- BURIN Pierre, histologie
- CASTETS Monique, bactériologie -virologie – hygiène
- CAVELLIER Jean-François, biophysique et médecine nucléaire
- CHANSIGAUD Jean-Pierre, biologie du développement et de la reproduction
- CLARAC Jean-Pierre, chirurgie orthopédique
- DABAN Alain, cancérologie radiothérapie (ex-émérite)
- DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice
- DESMAREST Marie-Cécile, hématologie
- DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires
- DORE Bertrand, urologie (ex-émérite)
- EUGENE Michel, physiologie (ex-émérite)
- FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie-virologie (ex-émérite)
- FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie (ex-émérite)
- GRIGNON Bernadette, bactériologie
- GUILLARD Olivier, biochimie et biologie moléculaire
- GUILLET Gérard, dermatologie
- JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
- KAMINA Pierre, anatomie (ex-émérite)
- KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino-Laryngologie
- LAPIERRE Françoise, neurochirurgie (ex-émérite)
- LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
- LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques
- MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
- MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (ex-émérite)
- MARILLAUD Albert, physiologie
- MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (ex-émérite)
- MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépato-gastro-entérologie
- MORIN Michel, radiologie, imagerie médicale
- PAQUEREAU Joël, physiologie
- POINTREAU Philippe, biochimie
- POURRAT Olivier, médecine interne (ex-émérite)
- REISS Daniel, biochimie
- RIDEAU Yves, anatomie
- SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
- TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
- TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex-émérite)
- TOURANI Jean-Marc, cancérologie
- VANDERMARCQ Guy, radiologie et imagerie médicale

Remerciements

À Monsieur le Professeur N. Jaafari

Je vous remercie de me faire l'honneur de présider ce jury de thèse. Je vous remercie également pour votre bienveillance et votre soutien tout au long de mon internat. Je vous prie de bien vouloir accepter l'expression de ma gratitude et de mon profond respect.

À Monsieur le Docteur D. Doolub

Je te remercie d'avoir accepté d'encadrer ce travail de thèse. Merci infiniment pour ta bienveillance, ta gentillesse et ta grande disponibilité. Au plaisir de travailler de nouveau avec toi. Sois assuré du respect sincère que je te porte.

À Monsieur le Professeur J. Xavier

Je vous remercie chaleureusement d'avoir accepté de faire partie de ce jury. Soyez assuré de ma gratitude et de mon profond respect.

À Madame le Docteur G. Harika-Germaneau

Je vous remercie infiniment d'avoir accepté de faire partie de ce jury. Merci pour votre bienveillance, et pour les connaissances précieuses que vous m'avez transmises au cours de ma formation. Soyez assurée de ma gratitude et de mon profond respect.

À mes parents

Merci pour les valeurs que vous m'avez transmises, pour votre éducation, et votre soutien sans failles. Merci surtout pour votre amour inconditionnel. Je n'aurais pas pu accomplir ce parcours sans vous.

À ma sœur

Merci d'avoir été là pour moi toutes ces années. De nos querelles enfantines aux adultes que nous sommes devenus j'ai toujours pu compter sur toi. Merci d'illuminer notre famille par ta joie et ta bonne humeur.

À ma grand-mère

Merci d'être toujours là pour moi en tout moment et en toutes circonstances. Ta grande gentillesse et ta générosité de cœur font de toi une personne précieuse dans ma vie.

À mes cassos du poney club

Que de merveilleux moments partagés depuis nos débuts au centre équestre, et quelle évolution. Malgré l'éloignement physique et les parcours différents de chacun je suis très heureux de toujours pouvoir vous compter dans ma vie.

À ma dream team bordelaise

Merci pour votre présence ces longues années de médecine, je ne serais pas arrivé au bout de ce pénible chemin sans votre amour, votre soutien, et les merveilleux moments passés ensemble. Merci infiniment pour le break plus que bienvenu durant ce travail de thèse. Loin des yeux au quotidien mais toujours près du cœur.

Aux collègues du Poitou

Que de belles rencontres le long de cette internat, Linda, Solène, Pierre, Mathou, Lisa, Sarah, et tous les autres, merci pour les apéros, les soirées, les vacances, tous ces petits moments de joie et de collégialité ont rendus formidables les 3 années écoulées à vos côtés.

Sommaire

Remerciements **4**

1.0 Introduction **8**

1.1 Déshumanisation *8*

1.2 Stigmatisation *10*

1.3 Trouble de l'usage de l'alcool *12*

1.3.1 Épidémiologie *13*

1.3.2 Définitions 14

1.3.3 Addiction à l'alcool et troubles psychiatriques 15

1.4 L'anxiété *16*

1.4 La dépression *17*

1.5 L'état de stress post-traumatique *17*

1.6 Hypothèses de l'étude *19*

1.7 Objectifs de l'étude 19

1.8 Critère de jugement principal 20

1.8.1 Critères de jugement secondaires 20

2.0 Méthode **20**

2.1 Type d'étude *20*

2.2 Participants *20*

2.2.1 Les critères d'inclusion 21

2.2.2 Les critères de non-inclusion 21

2.2.3 Les critères d'exclusion 21

2.2.4 Modalités de recrutement des personnes interrogées 22

2.3 Matériel utilisé *22*

2.3.1 L'échelle de déshumanisation *24*

2.3.2 L'échelle de stigmatisation *24*

2.3.3 L'échelle d'anxiété *24*

2.3.4 L'échelle de la dépression *25*

2.3.5 L'échelle de dépistage de l'état de stress post traumatique *25*

2.4 Durée de l'étude *25*

2.5 Analyse des données. *26*

3.0 Résultats **26**

3.1 Sentiment de déshumanisation 27

3.1.1 Scores moyens de déshumanisation 27

3.1.2 Sentiment de déshumanisation mécaniste 28

3.1.2.1 Robot 28

3.1.2.2 Dénué d'empathie et de sensibilité 29

3.1.2.3 Objet 30

3.1.2.4 Sans volonté ou d'initiative 30

3.1.2.5 Dénué d'émotion 31

3.1.2.6 Manière superficielle 31

3.1.2.7 Personnalité à part entière 31

3.1.2.8 Automate 32

3.2.1 Sentiment de déshumanisation animale 32
3.2.1.1 Immature 32
3.2.1.2 Comme si j'étais un enfant 34
3.2.1.3 Manque d'intelligence et de compétence 34
3.2.1.4 Sous-évolué 34
3.2.1.5 Simple et sommaire 34
3.3 Perception de stigmatisation 36
3.3.1 Scores moyens de stigmatisation 36
3.3.2 Scores détaillés de l'échelle de stigmatisation 36
3.3.2.1 Jugement négatif de l'ensemble des comportements 36
3.3.2.2 Tendance à juger négativement 37
3.3.2.3 Pensées négatives 37
3.3.2.4 Discrimination 38
3.3.2.5 Inégalité 38
3.4 Anxiété 40
3.5 Dépression 40
3.6 État de stress post traumatique 41
3.7 Le nombre d'unités d'alcools consommés quotidiennement 41
3.8 La durée d'hospitalisation 41
3.9 Le modèle de régression multiple 42
4.0 Discussion 44
5.0 Conclusion 48
6.0 Bibliographie 49
7.0 Annexes 58
Annexe 1 : Échelle de déshumanisation 58
Annexe 2 : Échelle de stigmatisation 59
Annexe 3 : STAI : Questionnaire d'anxiété-état de Spielberger, 1983 60
Annexe 4: PCL-5 (Posttraumatic stress disorder checklist for DSM-5) 61
Annexe 5 : Formulaire de consentement 61
SERMENT 63
Abstract 64
Résumé 65

1.0 Introduction

Les premières réflexions sur la déshumanisation émergent en psychologie sociale au XX^{ème} siècle avec les recherches de Kelman sur la légitimation de la violence, du désengagement moral et du déni du statut des victimes dans les conflits intergroupes tel que le génocide de la seconde guerre mondiale et la colonisation dans son ensemble (Kelman, 1973).

Les études récentes ont montré que c'était un processus bien plus fréquent qu'on ne pouvait le penser et qu'elle était notamment très présente dans le domaine des soins en médecine (Haslam, 2006) avec des répercussions significatives sur l'accès et l'adhésion aux soins.

En 2019, Fontesse et al. ont développé un projet de recherche sur la déshumanisation des patients qui présentaient un trouble de l'usage de l'alcool (TUA) en adaptant des échelles initialement validées pour évaluer le sentiment de déshumanisation et la perception de stigmatisation dans le burn-out (Fontesse et al., 2020). Les résultats de cette étude avaient montré par ailleurs que l'expérience de déshumanisation était associée à une majoration de l'anxiété et des symptômes dépressifs chez ces patients.

Par la suite, dans le but de répliquer cette étude, un projet de recherche a été mis en place à l'Unité de recherche clinique, Pierre Deniker, à Poitiers et cette thèse en est une étude ancillaire qui a comme objectif d'évaluer l'influence du paramètre addiction à l'alcool dans le sentiment de déshumanisation et la perception de stigmatisation des patients hospitalisés en soins addictologiques comparés à ceux qui étaient hospitalisés en psychiatrie pour des pathologies psychiatriques.

1.1 Déshumanisation

C'est dans les suites des crimes de guerre du XX^{ème} siècle où les principes moraux n'étant plus appliqués à certaines populations, considérées alors comme non humaines, et justifiant ainsi les comportements les plus violents à leur encontre (Kelman, 1973; Osofsky et al., 2005), qu'émergent les recherches sur le concept et le sentiment de déshumanisation. Les victimes devenaient ainsi une masse désindividualisée qui n'avait pas la capacité d'évoquer la compassion. Hitler opposait la classe arienne, modèle de l'humanité aux juifs assimilés à des sous hommes « vermines minant le peuple allemand » et cela afin de servir son idéologie (Fontesse et al., 2020).

Peu à peu, on a fini par retrouver ce concept dans tous les champs d'études notamment en économie avec les travaux de Winthrop sur la déshumanisation des habitants du tiers monde

qui « nourrissent » les pays industrialisés, ou encore dans le domaine des technologies avec Hacker dans les années 70 qui étudiait la déshumanisation de la société avec le développement de l'industrialisation et de l'informatique (Hacker, 1972; Winthrop Henry, 1967).

Opotow a défini la déshumanisation comme le déni d'appartenance à l'humanité appliqué à un individu ou un groupe d'individu (Opotow, 1990). Selon lui, la personne déshumanisée vient à être considérée comme dépourvue de ces caractéristiques humaines comme la civilité, la sensibilité, le raffinement, la réactivité émotionnelle et la chaleur interpersonnelle.

A la suite de cela, de nombreux modèles théoriques ont été développés pour expliquer le processus de déshumanisation. On va retenir le modèle bidimensionnel d'Haslam qui est le plus utilisé en recherche. Ce modèle décrit la déshumanisation comme un processus subtil et implicite, qui s'opère quotidiennement et résulte de processus sociaux-cognitifs dans les relations interpersonnelles (Haslam, 2006). Il distingue ainsi deux formes de déshumanisation, animale et mécanique, qui correspondent à la négation de deux formes d'humanités qui sont les traits propres à l'Homme, tels que la morale, la culture, la logique, et les caractéristiques de la nature humaine comme les émotions (Haslam, 2006).

D'un côté, la déshumanisation animale, où les caractéristiques attribuées à l'humain sont niées à autrui, renvoie au fait de considérer une personne comme une bête dépourvue d'attributs propres à l'homme comme l'intelligence, la culture, la morale, le self-control, et de ce fait de la percevoir comme irrationnelle et guidée par ses pulsions.

De l'autre, la déshumanisation mécanique ou mécaniste assimile la personne à un objet, un robot ou une machine et elle est donc considérée comme froide, passive, dépourvue de sentiments, et sans empathie (Haslam, 2006).

D'autres études ont démontré que le sentiment de déshumanisation pouvait s'observer en médecine (Cole & Carlin, 2009; Robbins, 2018) et que le système de santé actuel, de par certaines de ces caractéristiques, participe à ce phénomène (Haque & Waytz, 2012a).

Haque et Waytz ont proposé une liste de causes fonctionnelles et non fonctionnelles qui sous-tendent la déshumanisation dans les soins. Dans les causes fonctionnelles on retrouve le fait d'associer un patient à sa pathologie en ne l'entrevoyant plus qu'en somme de diagnostics, ensuite vient la réduction de l'empathie chez les soignants par rapport à la population générale, et enfin le désengagement moral qui s'opère comme un facteur protecteur lorsque le soignant est amené à provoquer de la douleur chez un patient que ce soit une douleur physique objective lors d'un soin pénible ou des effets secondaires invalidants d'une thérapeutique.

En plus de ces trois causes fonctionnelles, ils en décrivent trois non fonctionnelles : la désindividualisation du fait de la place importante des procédures standardisées du domaine médical, l'affaiblissement de certaines facultés du patient du fait de son état clinique global, et la dissimilarité du patient par rapport au soignant qui lui n'est en principe pas souffrant (Haque & Waytz, 2012b).

En psychiatrie, les patients sont bien souvent objets de stéréotypes stigmatisant et sont perçus par la société comme des individus dangereux qui suscitent le rejet. Cette stigmatisation à leur égard favorise leur déshumanisation (Park & Park, 2015) d'autant plus qu'un statut socio-économique précaire est souvent associé.

Déjà à l'aube de la psychiatrie moderne, Pinel plaidait pour une meilleure considération des patients qui étaient traités de manière cruelle et exclus complètement de la société (Pinel, 1806). Bien que la prise en charge de la maladie mentale se soit considérablement améliorée, elle a du mal encore à se défaire de cette image séculaire.

Ainsi, persiste plusieurs facteurs qui favorisent l'expérience de déshumanisation que font les patients présentant des troubles psychiatriques comme l'isolement social, la distance émotionnelle des soignants, les conditions d'hospitalisation de par la vétusté des locaux ou du fait d'être hospitalisé sous contrainte et donc « enfermé » ; (Bastian & Haslam, 2011).

Une étude brésilienne sur le sentiment de déshumanisation par les infirmiers du SAMU retrouvait que les prises en charge des personnes ayant des pathologies psychiatriques étaient perçues comme mécanistes et déshumanisantes, et nécessitaient d'avoir un personnel qualifié (Oliveira et al., 2020). Une autre étude qui s'est intéressée à la stigmatisation par les soignants de patients pris en charge aux urgences à la suite d'un accident et sous l'emprise d'alcool, au moyen de la passation de l'échelle d'évaluation de la stigmatisation (PAS scale ; King et al., 2007), avait démontré qu'il existait une stigmatisation et une discrimination significative envers les patients qui mésusaient l'alcool (Staton et al., 2018).

Globalement, les différentes études réalisées s'intéressent assez peu au point de vue des patients, d'où un des buts de ce travail qui considère aussi la perception de stigmatisation.

1.2 Stigmatisation

Le terme stigmatisation trouve son origine dans le mot grec « stigma » ou « στίγμα » (signifiant « piqûre ») et qui désignait dans l'antiquité les marques effectuées au fer rouge ou au couteau sur les esclaves, les criminels, les traitres, permettant d'identifier facilement les individus à

éviter (Goffman & Kihm, 1975). Plus tard on reliera ce terme aux marques des cinq plaies faites par la crucifixion sur le corps de Jésus Christ signifiant ainsi « qu'il observe et est vu de tous » avec une connotation déjà à l'époque, très négative.

La stigmatisation peut se définir comme une marque spécifique, un attribut, qui lie une personne ou un groupe par des caractéristiques indésirables et discréditantes qui peuvent être regroupées sous trois catégories de stigmatisation avec premièrement, externe qui regroupe entre autres, les cicatrices, les malformations physiques, l'obésité, puis secondairement, personnelle, qui inclut les troubles mentaux, la toxicomanie, l'alcoolisme et les antécédents de criminalité et enfin, sociale avec les ethnies, les nationalités et les religions (Goffman, 1963).

En 2006, les travaux de deux auteurs proposaient un modèle de genèse de la stigmatisation comme l'attribution à des différences interindividuelles (stigmates) d'une valeur sociale associée à des dispositions négatives ou à des comportements déviants et conduisant à la formation de stéréotypes. Ainsi, l'individu, ou groupe, portant le stigmate se trouve alors définit par l'ensemble de ces stéréotypes et devient dissocié du reste de la société ce qui le rend sujet à la discrimination, avec pour ultime condition que ces croyances soient partagées par les « puissants » de la société (Link & Phelan, 2006).

Plus récemment, une revue de la littérature proposait de différencier plusieurs strates de stigmatisation (Clement et al., 2015). Premièrement, la stigmatisation anticipée, perçue par le sujet qui anticipe le fait d'être rejeté, deuxièmement, la stigmatisation vécue, objectivée avec discrimination patente de la part d'autrui, troisièmement, la stigmatisation internalisée ou auto-stigmatisation du sujet qui valide la discrimination dont il fait l'objet entrainant son auto-inhibition, quatrièmement, la stigmatisation perçue qui est la prise de conscience des stéréotypes public et finalement, on retrouve la stigmatisation relayée où les comportements stigmatisant du sujet envers d'autres membres de son groupe portant le même stigmate.

Il est aujourd'hui bien établi que les personnes qui ont des troubles psychiatriques sont objectivement stigmatisées par la société, bien plus que les personnes avec des pathologies organiques (Boyd et al., 2014). C'est d'ailleurs un des groupes les plus vulnérables face à cette stigmatisation.

Les patients atteints de troubles psychiatriques sont souvent considérés par le grand public comme effrayants, dangereux, imprévisibles et instables (Corrigan et al., 2012). Par ailleurs, les médias participent activement au relais de cette image tant bien péjorative que dépassée que ce soit au travers de personnages à la folie exacerbée dans les films et les séries, ou l'accent mis sur la pathologie d'un protagoniste dans les articles de presse à sensation (Aragonès et al., 2014; Reavley et al., 2016). De ce fait, les patients atteints de troubles mentaux

subissent le rejet et sont victimes de comportements hostiles (Pescosolido et al., 2010) entrainant des effets fortement néfastes sur leur qualité de vie, pouvant mener à l'isolement, la perte de l'estime de soi, la honte avec à terme une marginalisation et une désinsertion menant à l'exclusion et à la précarité sociale (Darcourt, 2007).

Il en va de même pour les patients avec une addiction à l'alcool. Bien que le produit soit largement et légalement diffusé et que sa consommation est en France bien ancrée dans les mœurs, son usage abusif est considéré comme problématique.

Les patients présentant un trouble de l'usage de l'alcool seraient les plus rejetés et les plus stigmatisés (Schomerus et al., 2010). Ils seraient même considérés comme plus imprévisibles que les patients atteints de schizophrénie et surtout plus responsable de leur état (Schomerus et al., 2010). L'une des conséquences pour ces patients qui présentent des troubles psychiatriques ou un trouble de l'usage de l'alcool est la difficulté d'accès aux soins. En renforçant l'isolement, la perte de l'estime de soi, la honte de son état, la stigmatisation sociétale éloigne ces patients des soins et auto-entretient ainsi leur sentiment d'exclusion (Livingston & Boyd, 2010).

En occurrence, il apparait important de mieux appréhender cette stigmatisation perçue par nos patients afin d'intervenir sur les biais cognitifs qui provoquent chez eux une auto stigmatisation et pour pouvoir mener des actions auprès du grand public comme par exemple les campagnes « See me » en Ecosse et « Like Minds, Like Mine » en Nouvelle-Zélande qui ont montré un bénéfice dans la réduction des stéréotypes et des attitudes négatives dans la maladie mentale (Dunion & Gordon, 2005 ; Thornicroft et al., 2014).

1.3 Trouble de l'usage de l'alcool

L'alcool, et en particulier le vin, est l'un des symboles de la tradition et de la gastronomie française. Il est culturellement associé à la fête, à la convivialité, et accompagne systématiquement les évènements marquants de la vie sociale comme les mariages, les naissances, les pots de départs ou de thèse. L'alcool tient une place de choix dans l'économie du pays, la filière alcool ayant représenté plus de 22 milliards d'euros de chiffre d'affaires en 2013 (Cour des comptes, 2016) et les ménages français lui consacrent chaque année environ 1,3 pourcent de leur budget (INSEE, 2017).

1.3.1 Épidémiologie

Le volume d'alcool pur consommé en France s'élevait à 11,7 litres par an par habitant de 15 ans et plus en 2017 selon le dernier rapport de santé publique France. Bien qu'en diminution constante depuis les années 60 du fait de la baisse de consommation quotidienne de vin, les Français figurent parmi les plus gros consommateurs d'alcool au monde. En effet, la France se situe au sixième rang des 34 pays de l'OCDE (OECD, 2021) et elle représente un enjeu majeur de santé publique avec des répercussions économiques considérables. Selon le dernier rapport de santé publique France, 41 000 décès lui sont imputables annuellement (Groupe Baromètre de Santé publique France 2017, 2018).

Les dernières recommandations de Santé Publique France fixaient à 100 grammes d'alcool pur par semaine le seuil limite avant que la consommation n'expose à un risque pour la santé (Marques, 2020). De plus cette dose devrait être fractionnée sans dépasser 20 grammes par jour et pas tous les jours. A ce jour 23,6% des 18-75 ans ont une consommation dépassant le seuil de 100 grammes par semaine et 87% de cette même tranche d'âge a consommé de l'alcool au moins une fois par an.

On note une grande hétérogénéité des modes de consommations selon l'âge et le sexe : les consommations quotidiennes s'observent principalement chez les 65-75 ans (26%) et les hommes consomment trois fois plus que les femmes, alors que les ivresses quotidiennes s'observent majoritairement chez les 18-24 ans (19,4% ; Bourdillon, 2019).

L'alcool représente en France la deuxième cause de mort évitable, après le tabac, du fait de l'augmentation du risque de cancers, de maladies cardiovasculaires, de maladies digestives, et de troubles psychiatriques (Guérin et al., 2013). Il contribue à 1% des décès masculins et 3% des décès féminins et ces chiffres sont probablement sous-estimés.

En termes de mortalité prématurée, les ouvriers et les employés ont un indice de surmortalité trois fois supérieur à celui des cadres et des professions libérales. Cette distribution est également inégale sur le territoire français. En effet, la Bretagne et la Champagne Ardennes sont les zones les plus touchées (Thomas, 2007). De plus, une consommation excessive peut être à l'origine ou facteur de mort violente, par accident de la route (Scheen, 2019) et par homicide (Naimi et al., 2016). Bien que la responsabilité de l'alcool dans les accidents de la route soit difficilement chiffrable, le bilan annuel de la Sécurité routière retrouvait que dans les accidents mortels 31,2% impliquaient au moins un conducteur avec une alcoolémie positive (Observatoire national interministériel & de la sécurité routière, 2018).

1.3.2 Définitions

Dans le trouble de l'usage de l'alcool, il est important de bien distinguer deux notions qui sont l'addiction et la dépendance, trop souvent confondues car elles représentent toutes deux dans l'imaginaire collectif l'impossibilité du sujet à se séparer du produit.

L'addiction est la prise répétée dans le temps avec une incapacité à s'arrêter traduisant une ritualisation enkystée. Ainsi, l'apparition de critères d'addiction se traduit par la réduction progressive des autres champs d'intérêts du sujet au profil de la consommation du produit, ayant pour conséquences des complications socioprofessionnelles qui se majorent (O'Brien, 2011). Elle concerne bien entendu nombre d'autres produits que l'alcool mais peut également concerner le sexe ou les jeux d'argent car l'addiction est avant tout comportementale (Koob & Volkow, 2010).

La notion de dépendance quant à elle implique des processus de tolérance physique du produit imposant au sujet de poursuivre ses consommations pour éviter d'expérimenter des symptômes de manque. Elle est purement pharmacologique et spécifique au produit (O'Brien, 2011).

D'un point de vue neurobiologique, les hypothèses qui tendent à définir ces deux notions sont également différentes. L'addiction serait sous tendue par un circuit de renforcement positif impliquant la voie dopaminergique mésolimbique qui relie le mésencéphale au noyau accumbens au niveau du circuit de la récompense, (Koob & Volkow, 2010) bien que ces mécanismes ne sont pas propres à l'alcool mais bien commun à tout produit ou comportement à valeur affective.

A l'inverse, les phénomènes de tolérance qui sous-tendent les symptômes de manque et qui définissent la dépendance s'expliqueraient par le déséquilibre homéostatique que provoque l'exposition chronique du cerveau à l'éthanol, stimulant fortement les récepteurs GABA au détriment des systèmes glutamatergiques excitateurs provoquant une surexpression adaptative de ces mêmes récepteurs (Fenelon, 2004). Cet équilibre est rompu à l'arrêt brutal des consommations.

L'approche dimensionnelle du DSM 5 (American psychiatric association et al., 2015), a beaucoup été critiquée car la limite entre le normal et le pathologique n'étant plus si nette, elle exposerait à une médicalisation abusive des comportements (Watts, 2012) pouvant augmenter la perception stigmatisante des comportements jusqu'alors habituels et sans caractère pathologique.

1.3.3 Addiction à l'alcool et troubles psychiatriques

La problématique des comorbidités psychiatriques dans le champ de l'addictologie est définie par l'Organisation Mondiale de la Santé comme la cooccurrence chez un même patient d'un TUA et d'un autre trouble psychiatrique. Kessler et al., 1995, retrouvaient une cooccurrence d'au moins un trouble psychiatrique majeur sur une vie entière chez 50 à 70% des patients qui présentaient une dépendance à l'alcool (Kessler et al., 1997). Une autre étude avait démontré que l'addiction à l'alcool augmenterait d'un facteur 1,8 à 4,7, en fonction du milieu social notamment ; le risque de développer une anxiété ou un trouble dépressif (Dawson et al., 2005).

L'alcool est un facteur dépressogène avéré au travers des modulations de concentrations cérébrales de certains neuromédiateurs comme la sérotonine et sa consommation abusive est un fort facteur de risque de persistance et de récurrence d'épisode dépressif caractérisé (Onaemo et al., 2020). La proportion de patients présentant un trouble de l'usage de l'alcool et qui font l'expérience de symptômes dépressifs serait de 80% dont 30% pour lesquels on peut poser le diagnostic d'épisode dépressif caractérisé (Boden & Fergusson, 2011 ; Schuckit et al., 1997).

Dans l'épisode dépressif préexistant au développement d'un TUA, une différence notable a d'ailleurs été relevée en fonction, du sexe des patients. En effets, ce phénomène est plus fréquent chez la femme mais assez rare chez l'homme (Limosin, 2002).

L'anxiété est également une comorbidité fréquente du TUA. Les troubles anxieux seraient présents chez un patient alcoolo-dépendant sur 10 en vie entière. Le trouble panique serait retrouvé 4,2 fois plus fréquemment et 2,6 fois pour la phobie sociale que dans la population générale (Hasin et al., 2007). Avoir un TUA augmente alors d'un facteur de 2,3 le risque de présenter une phobie sociale, de 3 pour l'anxiété généralisée, et de 3,5 pour le trouble panique (Hasin et al., 2007).

Bien que ne faisant plus partie des troubles anxieux selon le DSM 5, l'état de stress post-traumatique est fortement associé au TUA (Kessler et al., 2005) et la prise en charge d'une telle cooccurrence s'avère difficile (Taylor et al., 2017).

Parmi les autres comorbidités psychiatriques, il a été retrouvé une forte association entre addiction à l'alcool et schizophrénie avec une prévalence vie entière de 16,6% d'abus d'alcool et de 38,2% d'alcoolo-dépendance chez les patients atteints de schizophrénie (Grant et al., 2015). Le trouble bipolaire quant à lui est aussi associé à des consommations d'alcool excessives principalement lors des épisodes maniaques et hypomaniaques (Gordon-Smith et al., 2020 ; Reich et al., 1974). D'ailleurs, par le passé, l'alcoolomanie était un des symptômes associés à la psychose maniaco-dépressive (Guelfi, 2017).

Une étude qui s'est intéressée aux cooccurrences des troubles de la personnalité dans l'addiction à l'alcool propose la large fourchette de 11 à 78 % de patients concernés avec une représentation plus importante des clusters C et B. Les troubles de personnalité antisociale ou psychopathique, plutôt rares en population générale où ils sont estimées à 2-3 %, se retrouveraient chez 15 % des patients qui présentent un trouble de l'usage de l'alcool (Bottlender et al., 2006).

Ainsi, les troubles anxieux et les troubles de la personnalité sont à considérés comme des facteurs pré-morbides pouvant précipiter l'entrée dans l'addiction notamment par des alcoolisations qui combleraient la sensation de vide intérieur qu'expérimentent les dépendants, à visée anxiolytique pour d'autres, mais également désinhibitrice chez une personnalité antisociale. Cela et d'autant plus vrai qu'il a été clairement établi, qu'elle en soit la cause ou le produit, que l'addiction à l'alcool était quasi indissociable des troubles mentaux (McHugh & Weiss, 2019; Schuckit, 2009).

1.4 L'anxiété

L'anxiété est une réaction émotionnelle fréquente qu'on peut définir comme un état de tension interne désagréable en lien avec la perception d'un danger imminent qu'il soit réel ou indéterminé et qui provoque une anxiété anticipatoire source de malaise psychologique (American Psychiatric Association et al., 2013). Elle s'accompagne de manifestations somatiques d'hyperactivité du système nerveux autonome : des palpitations, une diaphorèse, des tremblements et des signes neuro-végétatifs. C'est un phénomène normal chez tout individu, il revêt d'un caractère adaptatif face au danger, au stress, lorsqu'il est proportionnel mais il peut devenir pathologique s'il vient à être excessif et marqué par la détresse et l'incapacité, en lien au trouble anxieux (American Psychiatric Association et al., 2013).

Dans son rapport sur les troubles anxieux graves de 2007 la Haute Autorité de Santé retrouvait une prévalence en population générale de 15 % sur 12 mois et de 21 % vie entière pour l'ensemble de ces troubles en France (Haute Autorité de Santé, 2007). En termes de comorbidité avec a minima un autre trouble psychiatrique, on retrouve les troubles de l'humeur et principalement l'épisode dépressif caractérisé, et enfin le TUA. Dans ce travail, nous nous intéresserons spécifiquement à l'anxiété état qui évalue l'état anxieux du patient à l'instant *t* à la différence de l'anxiété trait qui est définie comme une caractéristique propre à une personne. Les principales comorbidités des troubles anxieux sont dans l'ordre un autre trouble anxieux, puis la dépression, et enfin les addictions dont celle à l'alcool. L'anxiété est également un des

symptômes de l'épisode dépressif caractérisé, qualifiée souvent par le terme de tension interne par les patients. C'est pourquoi l'anxiété-état est évalué dans les deux populations de patients afin de pouvoir voir si elle influence leur jugement.

1.4 La dépression

Véritable mal du siècle, c'est une affection très courante dans le monde et elle toucherait plus de 264 millions de personnes selon l'Organisation Mondiale de la Santé en faisant un problème sanitaire, économique et social majeur (World Health Organization, 2016). Elle représente en outre la 3ème cause d'années de vie vécues avec incapacité dans le monde (GBD 2017 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators, 2018). Au-delà du coût économique, elle a un impact majeur sur la qualité de vie du fait notamment des complications somatiques qu'elle provoque en lien avec son impact délétère sur les habitudes de vie : sédentarité, tabagisme et consommation d'alcool (Lépine et al., 2005).

En outre, l'usage nocif d'alcool est fréquemment associé à l'épisode dépressif. C'est du moins ce que suggère l'étude de Pavkovic et al. qui retrouvait cette cooccurrence chez presque 25% des répondants (Pavkovic et al., 2018).

La comorbidité entre dépression et abus de substance notamment l'alcool est déjà bien documenté dans la littérature mais peu de recherches documentent l'effet de la stigmatisation des patients atteints de dépression sur leur consommation d'alcool. Pour y remédier l'étude de Wang et al. avait proposé de faire passer des questionnaires d'auto-stigmatisation dans un échantillon de patients ayant un diagnostic d'épisode dépressif caractérisé et il y avait une corrélation significative entre la perception de stigmatisation et les stratégies d'adaptation comme l'abus de substance incluant l'alcool (Wang et al., 2018).

1.5 L'état de stress post-traumatique

La comorbidité avec d'autres troubles psychiatriques et la règle plus que l'exception dans l'état de stress post-traumatique (ESPT). En effet, les données d'enquêtes épidémiologiques indiquent que la grande majorité des personnes atteintes d'un ESPT répondent aux critères d'au moins un autre trouble psychiatrique, et qu'un pourcentage substantiel a au moins trois autres diagnostics psychiatriques. De plus, il existe une quantité substantielle de chevauchements de symptômes entre le ESPT et un certain nombre d'autres diagnostics psychiatriques, en particulier le trouble dépressif caractérisé. Les diagnostics de comorbidité les plus courants sont les troubles

dépressifs, les troubles liés à l'utilisation de substances et d'autres troubles anxieux (Brady et al., 2000).

Il n'existe que peu d'études dans la littérature qui se sont intéressées à la stigmatisation des patients présentant un ESPT et la grande majorité concerne une population spécifique : les vétérans atteints d'ESPT liés au combat. Une étude américaine a pris le parti de comparer un groupe de vétérans atteints de schizophrénie, chez qui ce sentiment était déjà très bien décrit, à un groupe de vétéran ayant un diagnostic d'ESPT. Les deux groupes se sont vu soumettre l'échelle d'auto-stigmatisation « Internalized Stigma of Mental Illness Scale, (ISMIS) » et les scores obtenus ont été comparés entre ces deux populations.

Les résultats suggéraient qu'il existe un niveau important d'auto-stigmatisation chez les anciens combattants atteints d'état de stress post traumatique, et que l'auto-stigmatisation avait un effet sur l'ESPT et les symptômes comorbides courants, comme la dépression (Bonfils et al., 2018).

Une autre étude s'est questionnée sur les facteurs de frein à la demande d'aide médicale chez les militaires britanniques qui présentaient un ESPT. Elle retrouvait que la stigmatisation, et notamment l'auto-stigmatisation, était le principal obstacle dans la recherche de soins (Murphy & Busuttil, 2015).

L'étude de Dinesh et al., qui a exploré la stigmatisation lié à l'ESPT chez un groupe de vétérans, retrouvait qu'ils avaient initialement retardé le recours aux soins pour éviter l'étiquette de maladie mentale et déclaraient également un degré certain d'auto-stigmatisation (Mittal et al., 2013).

Une des rares études qui ne concernait pas les militaires s'était intéressée aux étudiants américains en comparant deux groupes, l'un avec l'ESPT et l'autre sans. Elle avait retrouvé qu' un sentiment d'appartenance au campus moindre chez les étudiants avec un ESPT, était sous tendu par un sentiment de stigmatisation (Shalka & Leal, 2020).

Plus étonnant encore, la stigmatisation pourrait être un facteur de risque d'ESPT comme le suggère l'étude chinoise de Gao et al. qui retrouvait un risque plus élevé de développer un ESPT associé à une stigmatisation plus forte chez les patients ayant contracté le VIH (Gao et al., 2018).

Il est donc intéressant de prendre cette composante en compte lors de la passation de nos échelle de stigmatisation et de déshumanisation en y associant l'échelle de dépistage de l'état de stress post-traumatique PCL5 ou Posttraumatic stress disorder checklist for DSM 5 (PCL-5 ; Ashbaugh et al., 2016; Blevins et al., 2015).

1.6 Hypothèses de l'étude

L'hypothèse principale est qu'il y a une différence significative entre le sentiment de déshumanisation et la perception de stigmatisation entre les patients hospitalisées pour sevrage alcoolique et les patients atteints de troubles mentaux et hospitalisées en psychiatrie. Les hypothèses secondaires sont que la dépression, l'anxiété état et les psychotraumatismes influencent différemment sur le sentiment de deshumanisation et la perception de stigmatisation chez les patients atteints de troubles de l'usage de l'alcool (TUA) et hospitalisées en addictologie et les patients hospitalisés en psychiatrie sans TUA. De plus, il se pourrait que plus le temps d'hospitalisation est long, plus le sentiment de déshumanisation et la perception de stigmatisation sont majorés.

1.7 Objectifs de l'étude

L'objectif principal de cette thèse est de démontrer que les patients suivis en addictologie pour un TUA ont un sentiment de déshumanisation et une perception de stigmatisation bien supérieures aux patients hospitalisés en psychiatrie pour des troubles mentaux.

Les objectifs secondaires sont de démontrer que :

1. La dépression comorbide augmente le sentiment de déshumanisation et de stigmatisation total chez les patients atteints de troubles psychiatriques et non chez les patients atteints de TUA et hospitalisés.
2. L'anxiété-état comorbide majore le sentiment de déshumanisation et de stigmatisation total chez les patients hospitalisés en addictologie pour TUA plus que chez les patients hospitalisés pour troubles psychiatriques.
3. Le sentiment de déshumanisation total est majoré par un trouble de stress post traumatique comorbide chez les patients atteints de troubles psychiatriques plus que chez les patients atteints de TUA.
4. La perception de stigmatisation totale est majorée par un trouble de stress post-traumatique comorbide chez les patients atteints de troubles psychiatriques et qui sont hospitalisés plus que les patients hospitalisés pour un TUA.
5. Le nombre d'unités d'alcool consommés par jour augmente le sentiment de déshumanisation et la perception de stigmatisation total chez les patients atteints de TUA et hospitalisés.

6. La durée d'hospitalisation augmente le sentiment de déshumanisation et de stigmatisation totaux chez les patients hospitalisés en addictologie pour TUA plus que chez les patients hospitalisés en psychiatrie et sans TUA.

1.8 Critère de jugement principal

La présence d'un sentiment de déshumanisation total et la perception de stigmatisation totale.

1.8.1 Critères de jugement secondaires

1. La présence des treize éléments décrits dans le questionnaire sur la déshumanisation.
2. La présence des cinq items de la stigmatisation.
3. La présence d'un état dépressif.
4. La présence d'un état anxieux
5. La présence d'un état de stress post traumatique ou de psycho-traumatisme.
6. Les caractéristiques sociodémographiques des patients lors de la passation du questionnaire.

2.0 Méthode

2.1 Type d'étude

Il s'agit d'une étude contrôlée randomisée, comparative, multicentrique transversale et évaluant la performance de deux questionnaires pour évaluer respectivement le sentiment de déshumanisation et la perception de stigmatisation dans deux groupes de patients en fonction de leurs pathologies.

2.2 Participants

Les participants à l'étude étaient tous volontaires et ont donné leur consentement écrit après qu'une information claire, loyale et adaptée leur fut octroyée avant qu'ils ne commencent l'étude. Les patients présentant un TUA étaient comparés aux patients qui n'étaient pas atteints de TUA mais de troubles psychiatriques et qui étaient hospitalisés en psychiatrie. Les patients

étaient appariés selon l'âge (à plus ou moins cinq ans), selon le sexe et selon le niveau d'étude (plus ou moins un niveau d'étude en termes de niveau scolaire maximal atteint (voir tableau 1).

Tous les participants ont rempli une fiche sujet regroupant des informations générales et sociodémographiques comprenant l'âge, le sexe, la nationalité, le niveau d'études, le type d'emploi, le statut marital, le nombre d'enfants et la langue parlée (voir tableau 1).

Pour les patients présentant un TUA, cette fiche comprenait également les informations suivantes : l'âge du premier contact avec l'alcool, l'âge de la perte de contrôle avec l'alcool, le nombre de cures antérieures, la date de la rechute éventuelle, la date de la dernière consommation d'alcool, la consommation journalière moyenne d'alcool en centilitres, et l'existence d'autres addictions comorbides comme le tabac, la prise de cannabis et d'opiacés. Les participants qui étaient hospitalisés en psychiatrie n'avaient pas à répondre à cette partie du questionnaire dès lors qu'ils n'avaient pas de TUA.

2.2.1 Les critères d'inclusion

- Avoir entre 18 et 80 ans inclus
- Être hospitalisé soit dans un service d'addictologie soit de psychiatrie générale
- Avoir exprimé une non-opposition de participation à l'étude.

2.2.2 Les critères de non-inclusion

- Travailler en service de psychiatrie générale ou en service d'addictologie ;
- Ne pas avoir exprimé de non-opposition de participation à l'étude ;
- Personne âgée de moins de 18 ans ou de 80 ans et plus.
- Être mineur
- Avoir des troubles cognitifs importants (à l'appréciation de l'investigateur)
- Être en début de période de sevrage pour les patients présentant un TUA
- Avoir des soins sous contrainte.
- Pour les patients en psychiatrie, absence de TUA en plus des autres critères de non-inclusion susmentionnés.
- Être en état de décompensation d'une pathologie psychiatrique

2.2.3 Les critères d'exclusion

- Aucun

2.2.4 Modalités de recrutement des personnes interrogées

Les participants ont été recrutés par différents internes de psychiatrie à la suite d'un entretien clinique au cours duquel l'étude sur le vécu émotionnel subjectif leur a été expliquée avec des termes adaptés à la compréhension des patients.

Le recrutement a été effectué dans les services d'addictologie et de psychiatrie de plusieurs centres hospitaliers psychiatriques de la région Nouvelle-Aquitaine, dont le Centre Hospitalier Henri Laborit à Poitiers dans la Vienne (86), l'Hôpital Psychiatrique Marius Lacroix à La Rochelle en Charente-Maritime (17), le Centre Hospitalier Camille Claudel à La Couronne (Angoulême) en Charente (16) et le Centre Hospitalier de Niort dans les Deux-Sèvres (79).
Au total 60 patients furent recrutés dont 30 patients présentant un trouble de l'usage de l'alcool et hospitalisés en addictologie (groupe TUA) ; 30 patients présentant un trouble psychiatrique et hospitalisés en psychiatrie (groupe PSY).

Les deux groupes étaient aléatoirement appariées selon le sexe, l'âge et le niveau d'étude. Chaque groupe était composé strictement de 22 hommes et de 8 femmes. Dans le groupe TUA, l'âge moyen était de 47,8 ans avec un écart-type (DS) de 13,5 ans, et dans le groupe PSY, l'âge moyen était de 47,4 ans avec un écart-type de 13,5. Toutes les caractéristiques sociodémographiques des participants et les variables cliniques chez ceux atteints de TUA et chez ceux du groupe PSY sont répertoriées dans le Tableau 1.

2.3 Matériel utilisé

Après un entretien clinique afin d'évaluer la disponibilité psychique des patients afin qu'ils puissent être inclus dans l'étude, les participants devaient répondre aux différents questionnaires après la délivrance d'une information claire et complète sur l'étude. Les patients disposaient d'une heure afin de répondre en autonomie aux différents questionnaires.

Parmi ces auto-questionnaires on retrouve deux échelles, une concernant la perception de stigmatisation et la deuxième le sentiment de déshumanisation. Ces échelles ont été élaborées pour une étude portant sur la déshumanisation au travail (Dion & Tessier, 1994; Maslach et al., 1997) et adaptée par l'équipe de Fontesse pour leur étude sur la déshumanisation des patients de psychiatrie en Belgique (Fontesse et al., 2019). En plus de ces deux échelles les patients devaient compléter le questionnaire STAI sur l'anxiété-état, l'inventaire de dépression de Beck (BDI ; Beck, 1961), ainsi que le « post-traumatic checklist for DSM5 » ou l'échelle PCL 5

(Ashbaugh et al., 2016; Blevins et al., 2015) pour évaluer un trouble de stress post-traumatique comorbide.

Tableau 1 montrant les caractéristiques sociodémographiques des participants

	Patients TUA					Patients PSY				
	N_{total} (30)	Moyenne (M)	Min	Max	DS	N_{total} (30)	Moyenne (M)	Min	Max	DS
Age en années	30	47.8	24.0	72.0	13.5	30	47.4	25.0	69.0	13.5
Nombre d'hommes	22	-	-	-	-	22	-	-	-	-
Nombre de femmes	8	-	-	-	-	8	-	-	-	-
Niveau d'études	30	2.3	1.0	6.0	1.6	30	2.6	1.0	5.0	1.65
École Primaire	3	-	-	-	-	4	-	-	-	-
École secondaire	4	-	-	-	-	17	-	-	-	-
Licence	10	-	-	-	-	7	-	-	-	-
Master	1	-	-	-	-	3	-	-	-	-
Doctorat	1	-	-	-	-	1	-	-	-	-
Autres types d'enseignement	0	-	-	-	-	0	-	-	-	-
Chômage	15	-	-	-	-	19	-	-	-	-
Employé	15	-	-	-	-	10	-	-	-	-
Age 1er contact avec l'alcool en années	28	15.5	5.0	56.0	8.6	-	-	-	-	-
Age perte contrôle avec l'alcool en années	27	105.9	0.0	2005.0	379.9	-	-	-	-	-
Nbr de cures antérieures	27	2.0	0.0	15.0	3.4	-	-	-	-	-
Conso totale en alcool par jour (en cl)	30	221.6	40.0	1000.0	195.2	-	-	-	-	-
Conso vin/ rosé (en cl) par jour	20	136.0	0.0	600.0	158.3	-	-	-	-	-
Conso bière (en cl) par jour	17	111.8	0.0	350.0	120.3	-	-	-	-	-
Conso alcool fort (en cl) par jour	14	68.7	0.0	300.0	77.6	-	-	-	-	-
Unités d'alcool/jour	30	21.9	0.0	100.0	20.8	-	-	-	-	-
Toxicomanie comorbide Tabac	8					2	-	-	-	-
Durée d'hospitalisation (en jours)	30	22.2	0.0	371.0	66.4	23	9.4	0.0	39.0	10.3
Statut socio-marital	30	2.1	1.0	5.0	1.3	30	1.9	0.0	5.0	1.4
Célibataire	17	0.6	0.0	4.0	0.8	10	0.3	0.0	1.0	0.5
En couple	4	-	-	-	-	5	-	-	-	-
Marié	8	-	-	-	-	2	-	-	-	-
Divorcé	4	-	-	-	-	7	-	-	-	-
Veuf/veuve	2	-	-	-	-	3	-	-	-	-
Autres statuts	0	-	-	-	-	0	-	-	-	-
Nbr d'enfants par patient	29	1.2	0.0	2.0	0.7	30	1.2	0.0	3.0	0.9
Durée d'hospitalisation (en jours)	30	22.2	0.0	371.0	66.4	23	9.4	0.0	39.0	10.3
Types de sentiment de déshumanisation										
Robot	28	3.5	1.0	7.0	2.3	30	3.1	1.0	7.0	1.9
Immature	30	3.5	1.0	7.0	2.2	30	3.2	1.0	7.0	1.9
Dénuée d'empathie et de sensibilité	30	2.6	1.0	7.0	1.8	30	2.9	1.0	6.0	1.8
Objet	29	2.7	1.0	7.0	1.8	30	2.9	1.0	6.0	1.8
Sans volonté ou d'initiative	30	4.4	1.0	7.0	2.2	30	3.3	0.0	7.0	2.2
Comme-ci j'étais un enfant	30	3.4	1.0	7.0	2.4	30	3.0	1.0	7.0	1.9
Dénué d'émotion	29	2.5	1.0	7.0	1.9	30	2.7	1.0	7.0	1.9
Manière superficielle	30	3.7	1.0	7.0	2.3	30	3.2	1.0	7.0	2.1
Personnalité à part entière	30	3.3	1.0	7.0	2.3	29	3.6	1.0	7.0	2.2
Manque d'intelligence et de compétence	29	2.8	1.0	7.0	2.2	30	3.5	1.0	7.0	1.9
Sous évolué	30	3.0	1.0	7.0	2.2	30	3.1	1.0	7.0	1.8
Automate	30	2.8	1.0	7.0	2.0	30	3.4	1.0	7.0	2.0
Simple et sommaire	30	3.0	1.0	7.0	2.3	30	3.6	1.0	7.0	1.9
Score moyen de déshumanisation	30	3.2	1.2	6.8	1.7	30	3.2	1.0	6.5	1.7
Types de perception de stigmatisation										
Tous mes comportements	30	4.2	1.0	7.0	1.9	30	4.2	0.0	6.0	1.8
Tendance à juger négativement	30	5.0	1.0	7.0	2.0	30	5.5	0.0	7.0	1.6
Les gens ont beaucoup plus de pensées négatives	30	4.9	1.0	7.0	1.8	30	5.3	0.0	7.0	1.7
Patients discriminés	30	5.4	2.0	7.0	1.6	30	5.1	0.0	7.0	1.9
Patients d'addicto pas égaux aux autres	30	5.2	1.0	7.0	1.8	30	5.3	0.0	7.0	1.7
Score moyen de stigmatisation	30	4.9	2.4	6.8	1.3	30	5.1	0.0	6.6	1.5
Auto-questionnaires										
Score STAI état total	30	45.8	23.0	61.0	9.9	30	45.6	0.0	66.0	12.4
Score BDI total	30	19.9	0.0	44.0	9.1	30	18.0	0.0	41.0	10.3
Score PCL 5 total	30	33.0	0.0	64.0	17.0	30	28.9	0.0	71.0	21.4

M : moyenne ; Min : minimum ; Max : Maximum ; *p*: univariée ; $p < 0,05$: seuil de significativité ; BDI : Inventaire de la dépression de Beck version abrégée 13 items ; STAI : échelle d'anxiété-état ; Nbr : nombre ; DS : Écart-type ; cl : centilitres ; addicto : addictologie ; PCL -5 : échelle évaluant le trouble de stress post-traumatique ; TUA : trouble de l'usage de l'alcool ; PSY : psychiatrie

2.3.1 L'échelle de déshumanisation

Afin d'évaluer le sentiment de déshumanisation des patients, ce questionnaire utilise 13 items et une échelle de Likert en 7 points allant de « pas du tout d'accord, pas d'accord, légèrement pas d'accord, ni d'accord, ni pas d'accord, légèrement d'accord, d'accord et tout à fait d'accord ». Les différents items questionnent le patient sur son sentiment par rapport à la société qui le traite comme une personne immature, dénuée d'empathie et de sensibilité, sans volonté ou initiative, dénuée d'émotion, superficielle, sous évoluée, simple et sommaire, manquant d'intelligence et de compétence, un enfant, ou encore comme un objet, un robot, un automate.

2.3.2 L'échelle de stigmatisation

Toujours en utilisant une échelle de Likert à 7 points allant de « pas du tout d'accord à tout à fait d'accord » le sentiment de stigmatisation est mesuré à l'aide des 5 items suivants qui diffèrent selon si le patient est hospitalisé pour un trouble de l'usage de l'alcool ou pour une maladie psychiatrique. Les items sont répertoriées ainsi : « lorsque j'interagis avec des personnes qui connaissent ma situation je sens qu'elles interprètent mes comportements par rapport au fait que je suis un patient avec addiction ou de psychiatrie ; la plupart des gens ont tendance à juger négativement les patients avec addiction ou en psychiatrie ; la plupart des gens ont plus de pensées négatives envers les patients avec addiction ou en psychiatrie que ce qu'ils expriment ; les patients avec addiction ou en psychiatrie sont discriminés par la société ; la plupart des personnes ont du mal à voir les patients avec addiction ou en psychiatrie comme des personnes égales aux autres ». Ces deux dernières échelles ont été validées dans leur version anglaise. L'échelle sur la stigmatisation (Holman, 2015) et l'échelle évaluant le sentiment de déshumanisation (Caesens et al., 2017; Caesens & Stinglhamber, 2019; Glass et al., 2013) ont été utilisées dans plusieurs recherches impliquant des personnes atteintes d'un TUA grave. Les versions françaises sont en cours de validation en France mais ont été validées en Belgique.

2.3.3 L'échelle d'anxiété

La version française de la STAI-E permettant de mesurer spécifiquement l'anxiété état à un instant *t* a été utilisée (Gauthier & Bouchard, 1993). Elle est issue de l'inventaire d'anxiété-Etat-Trait Forme Y (STAI-Y-A), développé pour mesurer l'anxiété (Spielberger et al., 1970, 1983). Elle se compose de 20 items qui évaluent si le sujet se sent calme, en sécurité, tendu,

surmené, tranquille, contrarié, tracassé, content, effrayé, à l'aise, confiant vis-à-vis de ses capacités, irritable, apeuré, indécis, détendu, satisfait, inquiet, déconcerté, réfléchi, de bonne humeur. A chaque item quatre choix proposés : « non », « plutôt non », « plutôt oui » et « oui ». Ainsi le score obtenu varie de 20 à 80 permettant de définir cinq niveaux d'anxiété : très élevée (supérieur à 65), élevée (de 56 à 65), moyen (de 46 à 55), faible (de 36 à 45), et enfin très faible (inférieur à 35).

2.3.4 L'échelle de la dépression

L'Inventaire de Beck pour la dépression (BDI; Beck, 1961; Beck et al., 1996) dans sa version abrégée de 13 items a été utilisé dans ce travail. Cet auto-questionnaire se compose de 13 questions avec 4 réponses possibles et cotées de zéro à trois permettant grâce au score final de mettre en évidence différents degrés de sévérité autoévaluées de la dépression : pas de dépression (score de de 0 à 9), dépression légère (score de 10 à 18), dépression modérée (score de 19 à 29) et dépression sévère (30 et plus).

2.3.5 L'échelle de dépistage de l'état de stress post traumatique

Nous avons utilisé le Posttraumatic stress disorder checklist for DSM 5 (PCL-5 ; Ashbaugh et al., 2016; Blevins et al., 2015) qui par ses 20 items côtés de 0 à 4 points avec un score maximal de 80, permet de dépister l'existence d'un état de stress post traumatique en utilisant un seuil de 33 à 38 (Blevins et al., 2015). Les scores de gravité des groupes de symptômes du DSM 5 peuvent être obtenus en additionnant les scores des éléments d'un groupe donné, c'est-à-dire le groupe B (éléments 1-5), le groupe C (éléments 6-7), le groupe D (éléments 8-14), et le groupe E (éléments 15-20). Un diagnostic provisoire de trouble de stress post traumatique peut être posé en traitant chaque élément coté 2 = « Modérément » ou plus comme un symptôme validé, puis en suivant la règle de diagnostic du DSM 5 qui nécessite au moins : 1 item B (questions 1-5), 1 item C (questions 6-7), 2 items D (questions 8-14) et 2 items E (questions 15-20; Blevins et al., 2015).

2.4 Durée de l'étude

Des patients ont été inclus par différents internes de la subdivision de Poitiers sur une période allant de mars 2020 à septembre 2021. Le temps de passation était d'environ une heure.

2.5 Analyse des données.

Les patients ont répondu de manière autonome aux différents questionnaires sus-cités. Les résultats ont été reportés dans un tableur Excel® en respectant l'anonymisation des dossiers. Chaque patient était renommé par les trois premières lettres de l'interne qui avait réalisé la passation du questionnaire suivi d'un nombre correspondant à l'ordre d'inclusion des patients allant de 01 à plus de 50. Les analyses statistiques ont été réalisées avec le logiciel Statistica® version 13.5 et SPSS® version 28.

Premièrement, une analyse statistique descriptive des variables socio-démographiques a été faite et répertoriée dans le tableau 1. Par la suite, le *t*-test de Student pour variables indépendantes a été utilisée pour comparer les variables selon le groupe d'appartenance, en occurrence le groupe PSY et le groupe TUA, pour savoir s'il y avait une différence significative entre ces deux groupes de patients en fonction de chacune des variables testées dans ce travail de thèse (voir tableau 2).

Les analyses corrélationnelles non-paramétriques de Spearman ont par la suite été réalisées afin d'évaluer les liens entre chaque variable étudiée en fonction des objectifs de l'étude. Par la suite, des analyses de régression multiple ont été faites afin de déterminer des modèles statistiques permettant de mettre en avant les liens entre les variables dépendantes et indépendantes testées pour chacun des deux groupes de patients évalués dans ce travail de thèse.

3.0 Résultats

Il n'y avait pas de différences significatives entre les deux groupes de patients selon le lieu et types de prises en charges pour les différentes variables indépendantes testées dans ce travail de thèse (voir tableau 2 ci-dessous).

Tableau 2 montrant les différences au *t*-test de Student en ce qui concerne les variables cliniques entre les deux groupes indépendants de patients									
	Nbr de patients	Nbr de patients PSY	Moyenne (M) TUA	Moyenne (M) PSY	DS TUA	DS PSY	*t*	df	*p*
Age en années	30	30	47.8	47.4	13.5	13.5	0.13	58	0.89
Nbr d'enfants par patient	29	30	1.2	1.2	0.7	0.9	-0.30	57	0.77
Durée d'hospitalisation en jours	30	23	22.2	9.4	66.4	10.3	0.91	51	0.37
Statut socio-marital	30	30	2.1	1.9	1.3	1.4	0.77	58	0.45
Types de sentiment de déshumanisation									
Robot	28	30	3.5	3.1	2.3	1.9	0.79	56	0.44
Immature	30	30	3.5	3.2	2.2	1.9	0.62	58	0.54
Dénuée d'empathie et de sensibilité	30	30	2.6	2.9	1.8	1.8	-0.71	58	0.48
Objet	29	30	2.7	2.9	1.8	1.8	-0.53	57	0.60
Sans volonté ou d'initiative	30	30	4.4	3.3	2.2	2.2	1.92	58	0.06
Comme-ci j'étais un enfant	30	30	3.4	3.0	2.4	1.9	0.67	58	0.51
Dénué d'émotion	29	30	2.5	2.7	1.9	1.9	-0.37	57	0.71
Manière superficielle	30	30	3.7	3.2	2.3	2.1	0.81	58	0.42
Personnalité à part entière	30	29	3.3	3.6	2.3	2.2	-0.61	57	0.55
Manque d'intelligence et de compétence	29	30	2.8	3.5	2.2	1.9	-1.37	57	0.17
Sous évolué	30	30	3.0	3.1	2.2	1.8	-0.19	58	0.85
Automate	30	30	2.8	3.4	2.0	2.0	-1.23	58	0.22
Simple et sommaire	30	30	3.0	3.6	2.3	1.9	-1.09	58	0.28
Score moyen de déshumanisation	30	30	3.2	3.2	1.7	1.7	-0.06	58	0.95
Types de perception de stigmatisation									
Tous mes comportements	30	30	4.2	4.2	1.9	1.8	-0.07	58	0.94
Tendance à juger négativement	30	30	5.0	5.5	2.0	1.6	-1.16	58	0.25
Les gens ont beaucoup plus de pensées négatives	30	30	4.9	5.3	1.8	1.7	-0.95	58	0.34
Patients discriminés	30	30	5.4	5.1	1.6	1.9	0.65	58	0.52
Patients d'addicto pas égaux aux autres	30	30	5.2	5.3	1.8	1.7	-0.22	58	0.83
Score Moyen de stigmatisation	30	30	4.9	5.1	1.3	1.5	-0.44	58	0.66
Auto-questionnaires									
Score STAI- état total	30	30	45.8	45.6	9.9	12.4	0.06	58	0.95
Score BDI total	30	30	19.9	18.0	9.1	10.3	0.76	58	0.45
Score PCL 5 total	30	30	33.0	28.9	17.0	21.4	0.82	58	0.41
M : moyenne ; Min : minimum ; Max : Maximum ; *p* : univariée ; *p* < 0,05 : seuil de significativité ; BDI : Inventaire de la dépression de Beck version abrégée 13 items ; STAI : échelle d'anxiété-état ; Nbr : nombre ; DS : Écart-type ; cl : centilitres ; addicto : addictologie ; PCL -5 : échelle évaluant le trouble de stress post-traumatique ; TUA : trouble de l'usage de l'alcool ; PSY : psychiatrie									

3.1 Sentiment de déshumanisation

3.1.1 Scores moyens de déshumanisation

La mesure du sentiment de déshumanisation via l'échelle de déshumanisation utilisée dans ce travail présente une très bonne fiabilité interne pour le groupe TUA (α de Cronbach = 0.95), et comparable à celle observée dans les études précédentes (Fontesse et al., 2019). Pour le groupe PSY, il présente une fiabilité interne très bonne aussi (α de Cronbach = 0.97). Les 13 items de l'échelle de déshumanisation ont donc été agrégés pour former un score global. La moyenne indique que, dans l'absolu, sans être nul, le sentiment de déshumanisation n'était pas très élevé dans les deux populations étudiées. De plus, la moyenne est strictement égale dans les deux groupes étudiés (M = 3,20 ; DS = 1,7 ; échelle de Likert en 7 points ; voir le tableau 2). Il n'y avait pas de différences significatives entre groupe TUA et le groupe PSY pour le sentiment de

déshumanisation (tous les $p > 0,05$; voir tableau 2). Le seul item où la moyenne était relativement élevée était le fait d'être considéré comme manquant de volonté et d'initiative dans le groupe TUA ($M = 4,4$; échelle de Likert à 7 points ; tableau 2). Il y a d'ailleurs une tendance vers laquelle les patients ayant un TUA se considèrent plus comme manquant de volonté ou d'initiative que les patients du groupe PSY ($p = 0,06$).

Les analyses des corrélationnelles non-paramétriques par rangs de Spearman retrouvaient dans le groupe TUA qu'un niveau d'étude bas (niveau école secondaire) était corrélé négativement au score moyen de déshumanisation ($rs = -0,41$; $p < 0,05$). Le fait d'être en couple était également corrélé négativement au score moyen de déshumanisation dans ce même groupe TUA ($rs = -0,36$; $p = 0,05$). On ne retrouvait aucun de ces liens dans le groupe PSY. Cependant, c'est le score global du PCL 5 qui était corrélé positivement au score moyen de déshumanisation ($rs = 0.75$; $p < 0,005$). En effet, dans les deux groupes, le sentiment de déshumanisation était d'autant plus fort que la personne avait un trouble de stress post traumatique mais que le niveau scolaire « école secondaire » et le fait d'être en couple diminuait ce sentiment de déshumanisation chez les patients atteints de TUA uniquement. Par ailleurs, la durée d'hospitalisation n'augmentait pas le sentiment de déshumanisation pour ceux hospitalisés en addictologie ($rs = 0,14$; $p > 0,05$) et ce n'est pas le cas pour les patients du groupe PSY non plus (voir tableau 3).

3.1.2 Sentiment de déshumanisation mécaniste

3.1.2.1 Robot

Les analyses de corrélations-non paramétriques entre l'item de l'échelle de déshumanisation mécaniste « robot » retrouvaient qu'il y avait chez les patients atteints de TUA un lien significatif avec le psycho-traumatisme ($rs = 0.48$; $p < 0,01$) et un lien négatif avec le fait d'être traité par la société de manière froide et mécanique et le fait d'être en couple ($rs = -0.52$; $p < 0,01$). Le fait d'être en couple diminuait ce sentiment d'être considéré comme un robot et le fait d'avoir un syndrome de stress post-traumatique, au contraire, majorait ce sentiment. Dans le groupe PSY, outre le fait qu'il fut constaté le même sentiment pour le psycho-traumatisme ($rs = 0.67$; $p < 0,01$) que les patients du groupe TUA, l'anxiété-état ($rs = 0.37$; $p < 0,05$) et un état dépressif latent ($rs = 0.43$; $p < 0,05$) majoraient le sentiment d'être traité comme un robot (voir

tableau 4). Il n'y avait aucune autre corrélation significative pour toutes les autres variables testées ici et pour les deux groupes de patients (tous les $p > 0.05$).

Tableaux 3 montrant les coefficients des corrélations non-paramétriques entre les scores moyens des scores de déshumanisation et de stigmatisation dans la population des patients atteints de TUA et ceux prises en charge en psychiatrie

	Score Moyen de déshumanisation TUA	Score Moyen de déshumanisation PSY	Score Moyen de stigmatisation TUA	Score Moyen de stigmatisation PSY
	Coefficient de Rang de Spearman (Ntotal=30)	Coefficient de Rang de Spearman (Ntotal=30)	Coefficient de Rang de Spearman (Ntotal=30)	Coefficient de Rang de Spearman (Ntotal=30
Age en années	-0.11	0.07	-0.16	0.08
Homme	0.01	-0.01	-0.07	-0.04
Femme	-0.01	0.01	0.07	0.04
École primaire	0.03	-0.03	-0.1	0.28
Diplôme	0.24	-0.02	-0.10	-0.22
École secondaire	-0.41*	0.13	-0.45**	0.12
Licence	0.03	0.31	0.20	0.47**
Master	-0.02	0.02	0.17	-0.01
Doctorat	0.25	0.10	0.13	0.29
Chômage	0.06	0.02	0.09	0.08
Employé	-0.06	-0.01	-0.09	0.04
Age 1er contact avec l'alcool	0.10	NA	0.04	NA
Age perte contrôle avec l'alcool	0.02	NA	0.04	NA
Nbr de cures antérieures	0.01	NA	0.05	NA
Conso totale alcool jour en cl	-0.06	NA	-0.08	NA
Degrés alcool jour	0.00	NA	0.05	NA
Unités d'alcool/j	0.07	NA	-0.11	NA
Toxicomanie comorbide (Tabac)	0.17	-0.30	-0.01	0.15
Score STAI-état total	0.20	0.33	0.10	-0.21
Score BDI total	0.19	0.36	0.30	0.43*
Score PCL 5 total	0.43*	0.75***	0.37*	0.54***
Durée d'hospitalisation en jours	0.14	0.06	0.09	0.07
Statut	-0.18	0.00	0.00	-0.16
Célibataire	0.32	0.03	0.30	0.18
En couple	-0.36*	-0.15	-0.50**	-0.21
Marié	0.09	0.04	0.20	0/09
Divorcé	0.02	-0.24	0.08	-0.15
Veuf/veuve	-0.05	-0.17	0.00	-0.32
Nbr d'enfants	0.01	0.33	-0.05	0.15

***p* : univariée ; *p* < 0,05 : seuil de significativité ; * : p< 0.05 ; ** : p< 0.01 ; ***p< 0.005 ; BDI : Inventaire de la dépression de Beck version abrégée 13 items ; STAI : échelle d'anxiété-état ; Nbr : nombre ; DS : Écart-type ; cl : centilitres ; j : jour ; addicto : addictologie ; PCL - 5 : échelle évaluant le trouble de stress post-traumatique ; TUA : trouble de l'usage de l'alcool ; PSY : psychiatrie ; NA : no applicable**

3.1.2.2 Dénué d'empathie et de sensibilité

En ce qui concerne le sentiment de déshumanisation « dénué d'empathie et de sensibilité », il y avait un lien significatif avec l'anxiété-état pour les patients des deux groupes ($rs = 0.37$; $p < 0,05$). L'état anxieux augmentait ce sentiment que peut percevoir chaque personne -comment la société la traite, comme si le fait d'être hospitalisé faisait que la société traite la personne hospitalisée comme une personne dénuée d'empathie et de sensibilité. Par ailleurs, on ne

retrouvera un lien fort entre le psycho-traumatisme et ce sentiment que pour les patients hospitalisés en psychiatrie (rs = 0.73 ; p < 0,005). Il n'y avait aucune autre corrélation significative pour toutes les autres variables testées et pour les deux groupes (tous les p > 0.05 ; voir tableau 4).

3.1.2.3 Objet

Les analyses de corrélations-non paramétriques entre les items de l'échelle de déshumanisation mécaniste a retrouvé qu'il y avait chez les patients atteints de TUA une association positive entre un niveau d'étude bas et le fait de se sentir considéré comme un objet par la société (rs = 0,37 ; p = 0,05), ou encore le fait qu'avoir un niveau scolaire du secondaire diminuait ce sentiment de se sentir comme un objet (rs = -0.49 ; p < 0,01). Cela fut aussi remarqué quand les patients sont en couple. Une augmentation du niveau d'étude, même de quelques années et le fait d'être en couple pouvait changer ce sentiment indépendamment. Ce ne fut pas le cas pour les patients hospitalisés en psychiatrie, où on retrouve que la dépression augmentait ce sentiment. Seul point de convergence entre les deux groupes, il y avait un lien positif fort pour ce sentiment et le fait d'avoir un psycho-traumatisme actuel (rs = 0 ;63 ; p < 0,005). Il n'y avait aucune autre corrélation significative pour toutes les autres variables testées ici et pour les deux groupes de patients (tous les p > 0.05 ; voir tableau 4).

3.1.2.4 Sans volonté ou d'initiative

En ce qui concerne ce sentiment, il a été retrouvé qu'il y avait chez les patients atteints de TUA un lien significatif positif avec le psycho-traumatisme (rs = 0.43 ; p < 0,05) et un lien négatif avec le fait d'être en couple (rs = -0.57 ; p < 0,005) et le fait d'avoir un niveau scolaire du secondaire (rs = -0.51 ; p < 0,01). Le fait d'être en couple, ou encore d'avoir un niveau scolaire du secondaire diminuait ce sentiment d'être considéré par la société comme quelqu'un qui serait sans volonté ou manquerait d'initiative. Le fait d'avoir un syndrome de stress post-traumatique au contraire, majorait ce sentiment. Dans le groupe PSY, outre le fait qu'on constatait la même corrélation pour le psycho-traumatisme (rs = 0.67 ; p < 0,005, l'anxiété-état (rs = 0.38 ; p < 0,05) et un état dépressif latent (rs = 0.45 ; p < 0,05) majoraient également ce sentiment. Il n'y avait aucune autre corrélation significative pour toutes les autres variables testées dans ce travail et dans les deux groupes de patients (tous les p > 0.05 ; voir tableau 4).

3.1.2.5 Dénué d'émotion

Les analyses de corrélations non-paramétriques entre l'item « dénué d'émotion » de l'échelle de déshumanisation mécaniste et les différentes variables étudiées retrouvent, dans les groupes mis côte à côte, une seule corrélation positive dans le groupe PSY et elle est en lien avec le psycho-traumatisme ($rs = 0.79$; $p < 0{,}005$). Un score élevé à l'échelle PCL 5 entraine une élévation du sentiment d'être traité comme une personne dénuée d'émotion chez les patients hospitalisées en psychiatrie. Il n'y avait aucune autre corrélation significative pour toutes les autres variables testées et cela dans les deux groupes (tous les $p > 0.05$; voir tableau 4).

3.1.2.6 Manière superficielle

Les analyses de corrélations non-paramétriques entre l'item « manière superficielle » de l'échelle de déshumanisation mécaniste et les différentes variables étudiées retrouvent, dans les groupes mis côte à côte, une seule corrélation positive commune dans le groupe PSY ($rs = 0.69$; $p < 0{,}005$) et le groupe TUA ($rs = 0.46$; $p < 0{,}01$) et elle est en lien avec le psycho-traumatisme. Un score élevé à l'échelle PCL 5 entraine une élévation du sentiment d'être traité comme étant une personne dénuée d'émotion chez les patients hospitalisés en psychiatrie et en addictologie. Il n'y avait aucune autre corrélation significative pour toutes les autres variables testées dans ce travail et dans les deux groupes de patients (tous les $p > 0.05$; voir tableau 4).

3.1.2.7 Personnalité à part entière

Ici, aussi, comme précédemment, les corrélations de Spearman entre l'item « personnalité à part entière » de l'échelle de déshumanisation mécaniste et les différentes variables étudiées retrouvent, dans les groupes mis côte à côte, une seule corrélation positive commune dans le groupe PSY ($rs = 0.67$; $p < 0{,}005$) et le groupe TUA ($rs = 0.37$; $p < 0{,}05$) respectivement et elle est de nouveau en lien avec le psycho-traumatisme. Un score élevé à l'échelle PCL 5 entraine une élévation du sentiment d'être considéré comme une personne n'étant pas dotée d'une personnalité à part entière chez les patients hospitalisés en psychiatrie et en addictologie. De plus, dans le groupe PSY, il y avait une corrélation négative entre le fait d'être en veuvage et d'avoir un sentiment de ne pas avoir une personnalité à part entière. Le veuvage protégerait de ce type de sentiment, dans le sens où la personne hospitalisée considère avoir une

personnalité à part entière qui la rend humaine. Il n'y avait aucune autre corrélation significative pour toutes les autres variables testées dans ce travail et dans les deux groupes de patients (tous les $p > 0.05$; voir tableau 4).

3.1.2.8 Automate

Comme précédemment, il a été retrouvé les mêmes résultats. Les corrélations de Spearman entre l'item « automate » de l'échelle de déshumanisation mécaniste et les différentes variables étudiées retrouvent, dans les deux groupes mis côte à côte, une seule corrélation positive commune dans le groupe PSY ($rs = 0.58$; $p < 0,005$) et le groupe TUA ($rs = 0.39$; $p < 0,05$) respectivement et elle est en lien avec le psychotraumatisme. Un score élevé à l'échelle PCL 5 entraine une élévation du sentiment d'être considéré comme un automate, chez les patients hospitalisés en psychiatrie et en addictologie. Il n'y avait aucune autre corrélation significative pour toutes les autres variables testées dans ce travail et dans les deux groupes de patients (tous les $p > 0.05$; voir tableau 4).

3.2.1 Sentiment de déshumanisation animale

Ici, cinq items sont testés à savoir, le fait que la société traite la personne interrogée comme une personne qui serait immature, un enfant, ayant un manque d'intelligence, sous évolué ou encore comme simple et sommaire.

3.2.1.1 Immature

Les analyses corrélationnelles montraient qu'il y avait des liens négatifs entre ce type de sentiment et le niveau d'étude « école secondaire », ($rs = -0.50$; $p < 0,01$) et le fait d'être en couple ($rs = -0.45$; $p < 0,05$) pour le groupe TUA. Plusieurs corrélations positives furent obtenues pour ce même groupe à savoir, le fait d'être célibataire ($rs = 0.38$; $p < 0,05$) et avoir un psycho-traumatisme actif ($rs = 0.40$; $p < 0,05$). Quant au groupe PSY, il y avait deux corrélations positives entre le sentiment d'être quelqu'un d'immature selon la société et le fait de présenter un état anxieux latent ($rs = 0.37$; $p < 0,05$) et un psycho-traumatisme ($rs = 0.73$; $p < 0,005$). Il n'y avait aucune autre corrélation significative pour toutes les autres variables testées dans ce travail et dans les deux groupes de patients (tous les $p > 0.05$; voir tableau 5).

Tableau 4 montrant les coefficients de corrélations de Spearman en fonction des variables cliniques testées chez les patients appartenant aux groupes **TUA et PSY pour le sentiment de déshumanisation mécaniste**

Mécaniste	Robot TUA	Robot PSY	Dénuée d'empathie et de sensibilité TUA	Dénuée d'empathie et de sensibilité PSY	Objet TUA	Objet PSY	Sans volonté ou d'initiative TUA	Sans volonté ou d'initiative PSY	Dénué d'émotion TUA	Dénué d'émotion PSY	Manière superficielle TUA	Manière superficielle PSY	Personnalité à part entière TUA	Personnalité à part entière PSY	Automate TUA	Automate PSY
	(N=28)	(N=30)	(N=30)	(N=30)	(N=29)	(N=30)	(N=30)	(N=30)	(N=29)	(N=30)	(N=30)	(N=30)	(N=30)	(N=29)	(N=30)	(N=30)
Age en années	-0.22	-0.01	0.26	-0.03	0.05	0.08	0.00	0.01	0.14	-0.11	-0.12	-0.07	0.12	-0.09	-0.15	0.08
Homme	-0.07	-0.05	-0.11	-0.03	-0.24	-0.03	-0.16	0.04	-0.11	-0.02	0.06	0.02	0.00	-0.03	0.04	-0.10
Femme	0.07	0.05	0.11	0.03	0.24	0.03	0.16	-0.04	0.11	0.02	-0.06	-0.02	0.00	0.03	-0.04	0.10
Diplôme	0.13	-0.03	-0.24	0.19	0.37*	-0.04	0.32	-0.07	-0.08	0.04	0.21	0.02	0.03	0.04	0.16	0.05
École primaire	0.05	0.02	0.18	-0.02	0.01	0.02	0.04	-0.12	0.16	0.13	0.03	0.08	0.11	0.01	0.06	-0.10
École secondaire	-0.33	0.08	-0.24	0.11	-0.49**	0.11	-0.51**	0.28	-0.24	0.04	-0.35	0.10	-0.20	-0.06	-0.27	-0.03
Licence	-0.02	0.31	-0.32	0.20	0.24	0.25	0.33	0.28	-0.18	0.28	-0.03	0.23	-0.18	0.14	-0.04	0.31
Master	0.11	0.08	-0.20	-0.05	-0.02	0.07	-0.09	0.04	-0.19	-0.07	-0.01	0.10	-0.04	0.04	0.11	0.05
Doctorat	0.00	0.08	0.25	0.20	0.24	0.12	-0.02	0.13	0.05	-0.01	0.28	0.16	0.20	0.19	0.20	0.03
Chômage	-0.09	0.08	0.13	-0.21	-0.04	0.03	-0.06	0.07	0.06	-0.05	0.11	0.01	0.12	0.12	0.04	-0.01
Employé	0.09	-0.05	-0.13	0.23	0.04	-0.08	0.06	0.05	-0.06	0.14	-0.11	0.02	-0.12	-0.02	-0.04	-0.06
Age 1er contact	-0.04	NA	0.23	NA	0.15	NA	0.14	NA	0.19	NA	0.17	NA	0.22	NA	-0.05	NA
Age perte contrôle	-0.18	NA	-0.02	NA	0.06	NA	0.10	NA	0.09	NA	0.08	NA	0.15	NA	0.02	NA
Nbr de cures antérieures	0.14	NA	0.06	NA	0.11	NA	0.16	NA	-0.02	NA	-0.03	NA	0.10	NA	0.03	NA
Conso totale alcool jour cl	0.01	NA	-0.11	NA	-0.21	NA	-0.15	NA	0.04	NA	-0.02	NA	-0.08	NA	0.08	NA
Degrés alcool jour	0.08	NA	-0.12	NA	0.27	NA	0.23	NA	-0.15	NA	0.01	NA	0.01	NA	-0.12	NA
Unités d'alcool/j	0.22	NA	-0.35	NA	0.02	NA	0.20	NA	-0.14	NA	0.06	NA	0.08	NA	0.29	NA
Toxicomanie comorbide Tabac	-0.05	0.12	-0.05	0.25	0.18	0.18	-0.04	0.20	0.13	0.28	0.29	0.20	0.23	0.17	0.32	0.16
Score total STAI État	0.13	0.37*	0.37*	0.37*	0.07	0.20	0.09	0.45*	0.62	0.33	0.33	0.30	0.57	0.35	0.63	0.11
Score Total à la BDI	0.27	0.43*	0.17	0.36	0.17	0.39*	0.22	0.38*	0.21	0.31	0.23	0.27	0.14	0.27	0.11	0.29
Score Total PCL 5	0.48**	0.67***	0.34	0.73***	0.52**	0.63***	0.43*	0.67***	0.27	0.79***	0.46**	0.69***	0.37*	0.67***	0.39*	0.58***
Durée d'hospitalisation en jours	0.17	-0.05	-0.10	0.24	-0.14	0.16	0.14	0.15	0.00	0.24	-0.11	0.11	-0.07	0.22	-0.05	0.33
Statut	-0.22	0.17	0.00	0.10	-0.03	0.04	0.14	0.09	-0.28	0.15	-0.12	0.11	-0.23	0.13	-0.18	0.07
Célibataire	0.33	0.01	0.05	-0.01	0.33	-0.01	0.21	0.10	0.14	-0.02	0.23	0.08	0.11	0.14	0.13	-0.13
En couple	-0.43*	0.03	-0.06	0.11	-0.52**	0.08	-0.57***	0.00	-0.09	0.01	-0.27	0.11	-0.01	0.09	-0.08	0.07
Marié	0.18	-0.12	0.22	-0.13	0.24	-0.08	0.16	-0.11	0.03	-0.04	0.08	-0.12	-0.02	-0.15	0.12	-0.17
Divorcé	0.09	-0.09	0.06	0.02	0.11	0.01	0.20	0.02	0.07	0.10	0.09	0.04	0.12	0.02	-0.04	0.07
Veuf/veuve	-0.35	-0.22	-0.29	-0.26	-0.25	-0.10	0.14	-0.37*	-0.10	-0.27	-0.02	-0.22	-0.19	-0.39*	-0.15	-0.13
Nbr d'enfants	0.17	-0.10	-0.17	-0.10	0.02	-0.13	-0.07	-0.11	-0.13	-0.09	0.04	-0.20	0.05	-0.11	0.03	-0.21

M : moyenne ; Min : minimum ; Max : Maximum ; *p* : univariée ; *p* < 0,05 : seuil de significativité ; BDI : Inventaire de la dépression de Beck version abrégée 13 items ; STAI : échelle d'anxiété-état ; Nbr : nombre ; DS : Écart-type ; cl : centilitres ; addicto : addictologie ; PCL -5 : échelle évaluant le trouble de stress post-traumatique ; TUA : trouble de l'usage de l'alcool ; PSY : psychiatrie ; NA : non applicable

3.2.1.2 Comme si j'étais un enfant

Le sentiment d'être traité par la société comme un enfant était négativement corrélé avec le fait d'avoir un niveau scolaire d'école secondaire pour le groupe TUA (rs = -0.41 ; $p < 0,05$). Dans les deux groupes, il y avait un lien positif fort entre ce type de sentiment et le fait d'avoir un psycho-traumatisme, groupe PSY (rs = 0.59; $p < 0,005$) et groupe TUA (rs = 0.52 ; $p < 0,005$). Il n'y avait aucune autre corrélation significative pour toutes les autres variables testées dans ce travail et dans les deux groupes de patients (tous les $p > 0.05$; voir tableau 5).

3.2.1.3 Manque d'intelligence et de compétence

Une seule corrélation a été retrouvée après les analyses corrélationnelles au niveau des deux groupes et pour toutes les variables testées. Elle concernait le score obtenu à l'échelle PCL 5 (rs = 0.58 ; $p < 0,005$) pour le groupe PSY. Il n'y avait aucune corrélation significative pour toutes les autres variables testées dans les deux groupes (tous les $p > 0.05$; voir tableau 5).

3.2.1.4 Sous-évolué

Il n'y avait aucune corrélation entre les variables testées et le sentiment d'être traité par la société comme une personne sous-évoluée dans le groupe TUA (tous les $p > 0.05$). Quant au groupe PSY, le fait d'avoir un psycho-traumatisme (rs = 0.70 ; $p < 0,005$) et un niveau académique « licence » ; (rs = 0.48 ; $p < 0,005$), augmenterait le sentiment d'être considéré comme quelqu'un de sous-évolué. Il n'y avait aucune autre corrélation significative pour toutes les autres variables testées dans les deux groupes (tous les $p > 0.05$; voir tableau 5).

3.2.1.5 Simple et sommaire

Le statut social et le niveau d'étude comptait dans le sentiment de paraitre simple et sommaire auprès la société pour le groupe TUA. En effet, il y avait un lien significatif positif entre le fait d'avoir un niveau école secondaire (rs = 0.43 ; $p < 0,05$), et le fait d'être célibataire (rs = 0.41 ; $p < 0,05$). Le fait d'être en couple diminuerait ce sentiment (rs = -0.43 ; $p < 0,05$). Quant au groupe PSY, il n'y avait qu'une corrélation positive avec le sentiment d'être considéré comme simple et sommaire par la société et un score élevé à la PCL5 (rs = 0.58 ; $p < 0,005$). Il n'y

avait aucune autre corrélation significative pour toutes les autres variables testées dans les deux groupes (tous les $p > 0.05$; voir tableau 5).

Tableau 5 montrant les coefficients de corrélations de Spearman en fonction des variables cliniques testées chez les patients appartenant aux groupes TUA et PSY pour le sentiment de déshumanisation animale

Animale	Immature TUA	Immature PSY	Comme-ci j'étais un enfant TUA	Comme-ci j'étais un enfant PSY	Manque d'intelligence et de compétence TUA	Manque d'intelligence et de compétence PSY	Sous-évolué TUA	Sous-évolué PSY	Simple et sommaire TUA	Simple et sommaire PSY
	N=30	N=30	N=30	N=30	N=29	N=30	N=30	N=30	N=30	N=30
Age en années	-0.29	-0.02	-0.21	0.06	-0.16	0.08	-0.13	0.15	-0.20	0.31
Homme	-0.10	-0.01	0.01	-0.10	0.13	-0.10	0.25	-0.05	0.19	-0.09
Femme	0.10	0.01	-0.01	0.10	-0.13	0.10	-0.25	0.05	-0.19	0.09
Diplôme	0.29	0.03	0.28	0.12	-0.11	0.05	0.18	0.03	0.19	-0.18
École primaire	-0.03	-0.02	0.07	-0.17	0.08	-0.10	-0.03	0.05	0.06	0.01
École secondaire	-0.50**	0.14	-0.41*	0.16	-0.22	-0.03	-0.21	0.01	-0.40*	0.06
Licence	0.15	0.31	0.07	0.35	-0.13	0.31	0.03	0.43*	0.13	0.18
Master	0.04	0.10	0.12	0.09	-0.20	0.05	-0.02	-0.01	-0.20	-0.08
Doctorat	0.20	0.09	0.28	0.21	0.30	0.03	0.29	0.10	0.29	0.00
Chômage	0.04	0.01	-0.22	-0.09	0.10	-0.01	0.18	-0.18	0.11	0.13
Employé	-0.04	0.02	0.22	0.11	-0.10	-0.06	-0.18	0.15	-0.11	-0.18
Age 1er contact OH	0.11	-	0.08	-	-0.11	-	-0.09	-	0.02	-
Age perte contrôle	-0.17	-	-0.09	-	0.05	-	0.03	-	-0.03	-
Nbr de cures antérieures	0.14	-	0.06	-	-0.11	-	-0.19	-	-0.09	-
Conso totale alcool jour cl	0.06	-	-0.12	-	0.10	-	0.00	-	0.07	-
Degrés alcool jour	-0.04	-	-0.01	-	0.02	-	0.08	-	0.05	-
Unités d'alcool/j	0.17	-	0.09	-	0.07	-	0.15	-	0.07	-
Toxicomanie comorbide tabac	0.02	0.25	0.18	0.34	0.25	0.16	0.08	0.12	0.10	0.07
Score STAI-état total	0.22	0.37*	0.07	0.21	0.29	0.11	-0,03	0.15	0.06	0.29
Score BDI total	0.21	0.36	0.15	0.34	0.04	0.29	0.16	0.33	0.25	0.24
Score PCL 5 total	0.40*	0.73***	0.52***	0.59***	0.21	0.58***	0.13	0.70*	0.32	0.58***
Durée d'hospitalisation en jours	-0.20	0.24	-0.17	0.11	-0.03	0.33	0.27	0.25	-0.07	0.33
Statut socio-marital	-0.17	0.10	-0.20	0.13	-0.25	0.07	-0.07	0.18	-0.11	-0.01
Célibataire	0.38*	-0.01	0.27	0.04	0.32	-0.13	0.36	-0.23	0.41*	-0.04
En couple	-0.45*	0.11	-0.36	0.25	-0.14	0.07	-0.26	0.12	-0.43*	0.07
Marié	0.14	-0.13	0.28	-0.10	-0.02	-0.17	-0.09	-0.10	-0.01	-0.19
Divorcé	0.03	0.02	-0.10	0.00	-0.18	0.07	-0.06	0.14	-0.01	-0.02
Veuf/veuve	-0.24	-0.26	-0.30	-0.21	-0.12	-0.13	0.29	-0.14	0.12	-0.15
Nbr d'enfants	0.22	-0.10	0.04	-0.09	0.01	-0.21	-0.04	-0.17	0.02	-0.30

***p* : univariée ; $p < 0,05$: seuil de significativité ; * : p< 0.05 ; ** : p< 0.01 ; ***p< 0.005 ; BDI : Inventaire de la dépression de Beck version abrégée 13 items ; STAI : échelle d'anxiété-état ; Nbr : nombre ; DS : Écart-type ; cl : centilitres ; j : jour ; addicto : addictologie ; PCL -5 : échelle évaluant le trouble de stress post-traumatique ; TUA : trouble de l'usage de l'alcool ; PSY : psychiatrie**

3.3 Perception de stigmatisation

3.3.1 Scores moyens de stigmatisation

La mesure de la perception de stigmatisation via l'échelle de stigmatisation utilisée dans ce travail présente une très bonne fiabilité interne pour le groupe TUA (α de Cronbach = 0.75) et le groupe PSY (α de Cronbach = 0.95). Les 5 items de l'échelle ont été agrégés pour former un score global. La moyenne indique que le score moyen de perception de stigmatisation est plutôt élevé dans le groupe TUA (*M* = 4.9 ; *DS* = 1.3 ; échelle de Likert en 7 points ; voir le tableau 2) tout comme dans le groupe PSY (*M* = 5.1 ; *DS* = 1,5 ; échelle de Likert en 7 points ; voir le tableau 2) sans différence significative entre les deux groupes (*p* = 0.66 ; voir tableau 2).

Les analyses des corrélationnelles non-paramétriques par rangs de Spearman retrouvaient dans le groupe TUA qu'un niveau d'étude bas (niveau école secondaire) était corrélé négativement au score moyen de stigmatisation (r*s* = -0,45 ; *p* = 0,01) comme le fait d'être en couple (r*s* = -0,50 ; *p* =0,01). Il a aussi été retrouvé pour ce groupe, une corrélation positive avec les scores à la PCL5 (r*s* = 0.37 ; *p* = 0,05. Quant au groupe PSY, un niveau d'étude « licence » ; (r*s* = 0.47 ; *p* = 0.01), un score élevé à la BDI (r*s* = 0.43; *p* = 0.05) ainsi qu'un score élevé à la PCL5 (r*s* = 0.54 ; *p* = 0,005) étaient corrélés positivement à un score moyen de stigmatisation perçue élevé.

3.3.2 Scores détaillés de l'échelle de stigmatisation

Ici, cinq items sont testés à savoir, le fait que la société perçoit la personne interrogée comme inégale aux autres, discriminée, jugée négativement, inspirant des pensées négatives, inspirant un jugement négatif sur l'ensemble de ses comportements. Les résultats obtenus sont reportés dans le tableau 6.

3.3.2.1 Jugement négatif de l'ensemble des comportements

Il n'y avait aucune corrélation entre les variables testées et la perception que tous les comportements sont jugés négativement dans le groupe TUA (tous les *p*< 0.05). Cependant dans le groupe PSY, il y avait une corrélation positive entre la perception que tous les comportements sont jugés négativement et le fait d'avoir un niveau académique bas « niveau

école secondaire » ; (rs = 0.37 ; $p < 0.05$). Il n'y avait pas d'autres corrélations significatives pour toutes les es testées dans le groupe PSY (voir tableau 6).

3.3.2.2 Tendance à juger négativement

Le fait d'avoir un niveau académique bas et le fait d'être en couple apparaissaient comme protecteur dans le groupe TUA pour leur perception d'une tendance à être jugé négativement par la société. En effet, il y a un lien significatif négatif entre le fait d'avoir un niveau école primaire (rs = -0.42 ; $p < 0.05$), d'avoir un niveau académique secondaire (rs = -0.39 ; $p < 0.05$), et le fait d'être en couple (rs = -0.53 ; $p < 0.01$). Pour ce groupe TUA, il n'y avait pas d'autre corrélations significatives pour le reste des variables étudiées (tous les $p > 0.05$).

Quant au groupe PSY, le fait d'avoir un niveau académique licence (rs = 0.58 ; $p < 0.05$), un score élevé à la BDI (*rs* = 0.52 ; $p < 0.05$), et encore un score élevé à la PCL5 (rs = 0.48 ; $p < 0.05$) augmenterait la perception d'être jugé négativement. Le fait d'être marié, apparait lui, comme un facteur protecteur (rs = -0.38 ; $p < 0.05$). Pour toutes les autres variables testées dans ce groupe, il n'y avait pas de corrélations significatives (tous les $p > 0.05$; voir le tableau 6).

3.3.2.3 Pensées négatives

La perception d'inspirer des pensées négatives à la société était corrélée négativement à un niveau académique bas, primaire (rs = -0.38 ; $p < 0.05$) et au fait d'être en couple (rs = -0.43 ; $p < 0.05$) pour le groupe TUA. Inversement, le fait d'être célibataire (rs = 0.37 ; $p < 0.05$) augmenterait cette perception dans ce même groupe. Dans le groupe PSY, un niveau académique licence (rs = 0.47 ; $p < 0.005$) et un score élevé à la PCL 5 (rs = 0.51 ; $p < 0.01$) augmenterait la perception d'inspirer des pensées négatives. Dans ce groupe, le fait d'avoir un nombre élevé d'enfants (rs = -0.50 ; $p < 0.005$) était significativement et négativement associé à cette même perception. Dans les deux groupes on ne retrouvait pas de corrélations significatives pour toutes les autres variables étudiées (tous les $p > 0.05$; voir le tableau 6).

3.3.2.4 Discrimination

Dans le groupe TUA, un niveau académique secondaire ($rs = -0.48$; $p < 0.01$) était significativement corrélé négativement à la perception de discrimination par la société. A l'inverse, le fait d'avoir un score élevé à la BDI ($rs = 0.55$; $p < 0.01$) et à la PCL 5 ($rs = 0.50$; $p < 0.005$) augmenterait la perception d'être discriminé par la société. Dans ce groupe, il n'y avait aucune autre corrélation significative pour toutes les autres variables (tous les $p > 0.05$). Quant au groupe PSY, les analyses corrélationnelles montraient qu'il y avait des liens positifs entre ce type de perception, un niveau académique licence ($rs = 0.43$; $p < 0.05$), et un score élevé à la PCL 5 ($rs = 0.44$; $p < 0.05$). Il n'y avait pas d'associations significatives pour les autres variables testées dans ce groupe (tous les $p > 0.05$; voir le tableau 6).

3.3.2.5 Inégalité

Dans le groupe TUA un niveau académique secondaire ($rs = -0.43$; $p < 0.05$) était associé négativement à la perception de se sentir inégal. Inversement, une durée d'hospitalisation longue ($rs = 0.42$; $p < 0.05$), un score élevé à la STAI-état ($rs = 0.36$; $p < 0.05$) ainsi qu'un score élevé à la PCL5 ($rs = 0.44$; $p < 0.01$), étaient significativement associés positivement à la perception d'inégalité.

Quant au groupe PSY le fait d'être marié diminuerait la perception d'être considéré comme inégaux ($rs = -0.39$; $p < 0.05$). En revanche une corrélation positive significative a été retrouvée avec un niveau académique licence ($rs = 0.37$; $p < 0.05$) et avec un score élevé à la PCL5 ($rs = 0.45$; $p < 0.05$) et la perception d'être considéré comme inégaux. Il n'y avait aucune autre corrélation significative pour toutes les autres variables testées dans les deux groupes (tous les $p > 0.05$; voir le tableau 6).

Tableau 6 montrant des coefficients de corrélations de Spearman pour les variables testées en fonction des différentes perceptions de stigmatisation et pour les deux groupes de patients

	Tous mes comportements TUA	Tous mes comportements PSY	Jugement négatif TUA	Jugement négatif PSY	Pensées négatives TUA	Pensées négatives PSY	Discrimination TUA	Discrimination PSY	Inégalité TUA	Inégalité PSY
Age en années	-0.20	-0.17	-0.01	0.02	-0.35	0.28	0.00	0.15	0.16	0.13
Homme	0.22	0.27	-0.26	0.04	-0.04	-0.09	-0.34	-0.13	-0.06	-0.12
Femme	-0.22	-0.27	0.26	-0.04	0.04	0.09	0.34	0.13	0.06	0.12
Diplôme	0.29	0.29	0.55***	0.23	0.28	0.12	0.31	0.12	-0.02	0.26
École primaire	0.19	-0.27	-0.42*	-0.24	-0.38*	-0.11	0.13	-0.12	0.30	-0.24
École secondaire	-0.25	0.37*	-0.39*	0.14	-0.19	0.03	-0.48**	-0.02	-0.43*	-0.02
Licence	0.10	0.08	0.31	0.58***	0.18	0.47**	0.16	0.43*	-0.02	0.37*
Master	0.07	0.30	0.23	-0.06	0.09	-0.15	0.23	-0.09	-0.09	0.00
Doctorat	0.18	0.03	0.23	0.26	-0.11	0.24	-0.11	0.27	0.23	0.27
Chômage	-0.02	0.08	0.11	0.04	0.18	0.12	0.08	0.17	0.04	0.17
Employé	0.02	0.04	-0.11	0.08	-0.18	0.00	-0.08	-0.06	-0.04	-0.06
Age 1er contact	-0.06	NA	0.23	NA	-0.06	NA	0.17	NA	-0.10	NA
Age perte contrôle	-0.06	NA	0.31	NA	0.02	NA	-0.12	NA	-0.01	NA
Nbr de cures antérieures	-0.12	NA	0.18	NA	0.10	NA	0.24	NA	0.01	NA
Conso totale alcool jour en cl	-0.06	NA	-0.24	NA	-0.02	NA	0.14	NA	0.04	NA
Degrés alcool jour	-0.10	NA	0.21	NA	0.13	NA	-0.09	NA	0.01	NA
Unités d'alcool/j	-0.10	NA	-0.01	NA	0.02	NA	-0.09	NA	-0.13	NA
Toxicomanie comorbide Tabac	-0.04	-0.08	0.07	-0.05	0.00	0.26	-0.19	0.26	0.05	-0.12
Durée d'hospitalisation actuelle en jours	-0.07	0.30	0.11	-0.09	-0.11	0.05	0.21	0.08	0.42*	0.29
Score STAI-état total	0.15	-0.08	0.06	-0.21	0.21	-0.17	0.31	-0.16	0.36*	-0.13
Score BDI total	0.25	0.18	0.12	0.52**	0.30	0.35	0.55**	0.41*	0.30	0.27
Score PCL 5 total	0.27	0.34	0.31	0.48**	0.29	0.51**	0.50***	0.37*	0.44**	0.45**
Statut socio-marital	-0.16	-0.12	0.14	-0.07	-0.06	0.07	0.03	0.23	0.06	0.11
Célibataire	0.15	0.13	0.09	0.07	0.37*	-0.07	0.18	-0.28	0.21	-0.09
En couple	-0.36	0.05	-0.53**	0.16	-0.43*	0.09	-0.20	0.20	-0.25	0.12
Marié	0.15	-0.32	0.33	-0.38*	0.00	-0.34	0.16	-0.25	0.13	-0.39*
Divorcé	0.03	-0.14	0.21	-0.03	0.12	0.16	0.05	0.24	-0.09	0.22
Veuf/veuve	-0.11	-0.19	-0.05	-0.16	0.10	-0.14	-0.05	-0.09	0.06	-0.11
Nbr d'enfants	-0.11	-0.33	0.02	-0.21	0.21	-0.50***	0.06	-0.17	-0.35	-0.30

p : univariée ; $p < 0,05$: seuil de significativité ; * : p< 0.05 ; ** : p< 0.01 ; ***p< 0.005 ; BDI : Inventaire de la dépression de Beck version abrégée 13 items ; STAI : échelle d'anxiété-état ; Nbr : nombre ; DS : Écart-type ; cl : centilitres ; j : jour ; addicto : addictologie ; PCL -5 : échelle évaluant le trouble de stress post-traumatique ; TUA : trouble de l'usage de l'alcool ; PSY : psychiatrie ; NA : non applicable

3.4 Anxiété

Les scores de l'échelle d'anxiété STAI-état sont très proches dans les deux groupes, *M* = 45,8 ; *DS* = 9,9 dans le groupe TUA et *M* = 45,6 ; *DS* = 12,4 dans le groupe PSY (voir tableau 1 et 2). Ces scores sont à la limite d'un score d'anxiété-état moyen (de 46 à 55) et avec notamment une absence de différence significative ($p = 0,95$) entre les deux groupes (voir tableau 2). L'anxiété-état comorbide ne majorait ni le sentiment de déshumanisation ni la perception de stigmatisation chez les patients hospitalisés en addictologie pour TUA, pas plus que chez les patients hospitalisés pour troubles psychiatriques.

Les analyses des corrélations non-paramétriques retrouvaient une association positive entre un score à l'échelle d'anxiété-état et le fait de se sentir perçue comme dénué d'empathie et inégaux dans le groupe TUA. Dans le groupe PSY, un score élevé était associé positivement au fait de se sentir perçu comme un robot, immature, dénué d'empathie, sans volonté ou initiative (voir les tableaux 4, 5 et 6). Plus les personnes interrogées étaient anxieuses sur le moment de la passation du questionnaire, plus elles pouvaient se sentir traitées comme des robots, immatures, dénuées d'empathie et sans volonté ou initiative (tous les $p < 0.05$). Quant à la stigmatisation, les patients hospitalisées pour TUA étaient les seuls à ne pas se sentir sur le même point d'égalité que la population générale ($rs = 0.36$; $p < 0.05$; voir tableau 6).

3.5 Dépression

Pour ce qui est des résultats à l'inventaire de la dépression de Beck, il n'a pas été retrouvé de différence significative entre les deux groupes ($p = 0,45$) avec un score moyen de $19,9 \pm 9.1$ pour le groupe TUA et de 18 ± 10.3 pour le groupe PSY (voir tableau 2). Ces valeurs sont à la limite entre dépression légère (0 à 18) et modérée (19 à 29). Globalement, les populations étudiées étaient dépressives mais à des niveaux légers à modérés.

Les analyses des corrélations non paramétriques retrouvaient une association entre un score élevé à la BDI et un score moyen élevé de stigmatisation dans le groupe PSY (voir tableau 3). Elles retrouvent dans ce même groupe une corrélation positive au fait de se sentir considéré comme un robot, un objet, sans volonté, et jugé négativement (tous les $p < 0.05$). Dans le groupe TUA elle est associée positivement au fait de se sentir discriminé (voir les tableaux 4,5 et 6). La dépression comorbide n'augmentait pas le sentiment de déshumanisation mais surtout la perception de stigmatisation chez les patients atteints de troubles psychiatriques. Il n'y avait

aucune corrélation cependant avec les scores moyens de déshumanisation et de stigmatisation pour les patients atteints de TUA et hospitalisés (voir tableau).

3.6 État de stress post traumatique

Dans les deux groupes, les moyennes obtenues à l'échelle PCL 5 étaient comparables (33 ± 17.0) pour le groupe TUA (le score limite pour le dépistage du trouble de stress posttraumatique est fixé entre 33 et 38) ; et de (28,9 ± 21.4) pour le groupe PSY (p = 0.41 ; voir le tableau 2). Cependant les analyses de corrélations non-paramétriques retrouvaient une association significative positive entre les scores à la PCL 5 et la moyenne de l'échelle de stigmatisation perçue et du sentiment de déshumanisation total (voir le tableau 3) ce qui se confirme par la suite des corrélations qui retrouvaient également une association positive avec un grand nombre des items de ces deux échelles pris indépendamment les uns des autres (voir les tableaux 4, 5 et 6). Le sentiment de déshumanisation total n'était pas plus majoré par un trouble de stress post traumatique comorbide chez les patients atteints de troubles psychiatriques que chez les patients atteints de TUA. Il était présent dans les deux groupes de patients testés. La perception de stigmatisation totale, n'était pas plus majorée par un trouble de stress post-traumatique comorbide chez les patients atteints de troubles psychiatriques que les patients du groupe TUA.

3.7 Le nombre d'unités d'alcools consommés quotidiennement

Il n'y avait aucune influence du nombre d'unités d'alcool consommés par jour sur le sentiment de déshumanisation et la perception de stigmatisation totaux chez les patients atteints de TUA et qui étaient hospitalisés (tous les $p > 0.05$; voir tableau 3).

3.8 La durée d'hospitalisation

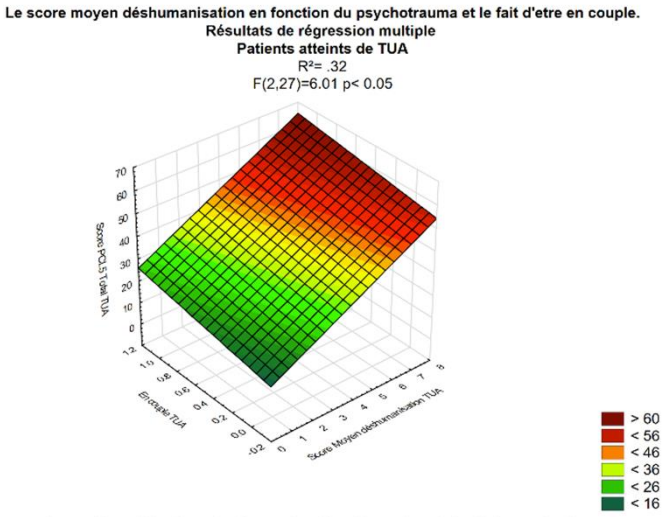
Il n'y avait aucune influence de la durée d'hospitalisation sur le sentiment de déshumanisation total et la perception de stigmatisation totale chez les patients atteints de TUA et qui étaient hospitalisés (tous les $p > 0.05$; voir tableau 3) mais il y avait une corrélation positive pour le sentiment d'être dénué d'empathie et de sensibilité et d'être considéré comme étant dénué d'émotion (tous les $p < 0.05$) et aussi sur le plan d'être inégaux par rapport aux personnes de la société ($rs = 0.42$; $p < 0.02$) où ce sentiment se majorait si la durée d'hospitalisation augmentait.

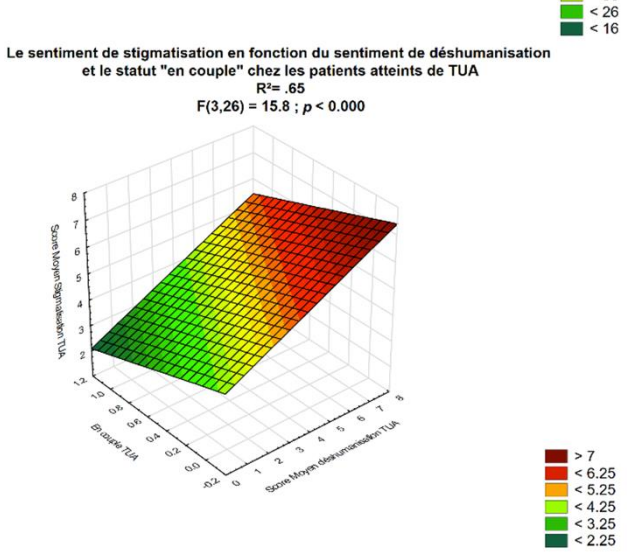
Il n'y avait aucune différence significative entre les deux groupes (tous les $p < 0.05$) et aucune corrélation positive entre la durée d'hospitalisation et le vécu émotionnel subjectif dans le groupe PSY (tous les $p < 0.05$).

3.9 Le modèle de régression multiple

L'objectif principal de cette thèse est de démontrer que les patients suivis en addictologie pour un TUA ont un sentiment de déshumanisation et une perception de stigmatisation bien supérieures aux patients hospitalisés en psychiatrie pour des troubles mentaux.

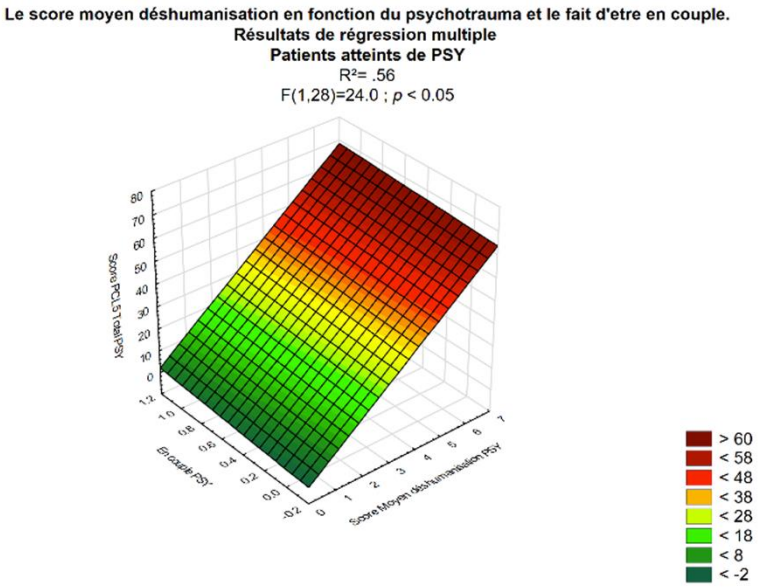
En ce qui concerne les patients atteints de TUA, le modèle de régression multivariée qui a été construit permet de démontrer que pour le score moyen de déshumanisation, environ 32% de la variance pouvait être expliquée par des variations sur les scores PCL 5 (β = 0,45, p = 0, 009) et l'appartenance à un couple (β = -0,33, p = 0, 05). Toujours pour le groupe TUA, 65% de la variance du score moyen de stigmatisation pouvait être expliquée par des variations sur le score moyen de déshumanisation (β = 0.42, p = 0, 006), l'appartenance à un couple (β = -0.42, p = 0, 002) et selon les scores obtenus à la PCL 5 (β = 0.26, p = 0, 05 ; voir graphiques ci-dessous).

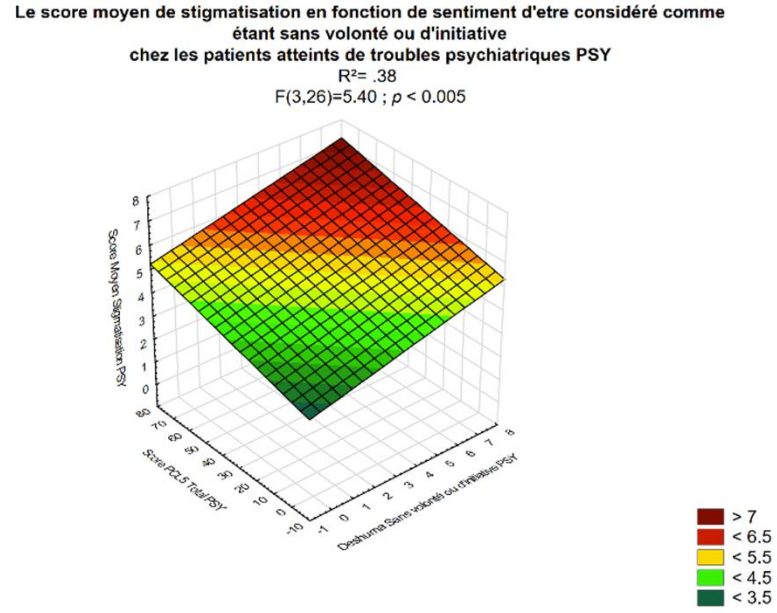




Deux modèles de régressions multiples peuvent être proposés afin d'évaluer les variables influençant le vécu émotionnel subjectif des 30 patients hospitalisés en psychiatrie (Groupe PSY). Le premier modèle montre qu'environ 56% de la variance du sentiment de déshumanisation totale pourrait être expliquée par les variations sur les scores obtenues à l'échelle PCL 5 (β = 0,75 ; p < 0.000).

Le deuxième modèle montre qu'environ 40% de la variance de la perception de stigmatisation pourrait être expliquée par les variations sur le sentiment de déshumanisation d'être une personne sans volonté ou qui manque d'initiative (β = 0,67, p = 0, 03) et les scores obtenus à l'échelle PCL 5 (β = 0,51, p = 0, 04).





4.0 Discussion

À notre connaissance, c'est la première étude ancillaire, contrôlée, randomisée qui compare à la fois les patients hospitalisés en psychiatrie et les patients hospitalisées en addictologie pour le sentiment de déshumanisation et la perception de stigmatisation que ces personnes hospitalisées pouvaient avoir. Les résultats obtenus, mêmes s'ils ne nous permettent pas de confirmer notre hypothèse principale qui était qu'il y avait une différence significative entre le sentiment de déshumanisation entre les patients hospitalisés pour sevrage alcoolique et les patients atteints troubles psychiatrique et soignés en psychiatrie, sont très intéressants.

En effet, il y avait une absence de différence significative entre ces deux types de prises en charge concernant le sentiment de déshumanisation et de perception de stigmatisation. L'addiction à l'alcool n'intervenait pas dans l'accentuation du sentiment de déshumanisation et la perception de stigmatisation chez les patients traités pour sevrage comparés aux patients traités en psychiatrie.

Les deux groupes qui comprenaient chacun 30 participants, étaient strictement appariés selon l'âge, le sexe, et le niveau d'étude et il n'y avait pas de différence significative entre elles pour nombre de variables testées (voir tableau 2). En outre, il a pu être observé que la moyenne du score de déshumanisation n'était pas très élevée et était comparable dans les deux groupes. La perception de stigmatisation était quant à elle plutôt élevée dans les deux populations mais elle restait cependant comparable.

Ces résultats obtenus ici peuvent être extrapolés avec des données de la littérature où plusieurs études retrouvaient déjà une stigmatisation importante chez des patients ayant une addiction à l'alcool et des patients ayant un diagnostic de trouble psychiatrique, mais du point de vue des soignants (Oliveira et al., 2020; Staton et al., 2018). A notre connaissance, il n'y a aucune étude qui corrobore nos résultats en utilisant la même méthodologie.

Il existe une étude qui évaluait les attitudes des personnels soignants qui prenaient en charge les patients qui cette fois, présentaient un double diagnostic de pathologie psychiatrique avec une comorbidité addictive. Elle retrouvait une stigmatisation majorée lorsque ce double diagnostic était présent (Anandan et al., 2020). Ainsi, les personnes ayant un diagnostic de pathologie psychiatrique, se perçoivent comme étant plus stigmatisées lorsqu'elles présentaient en plus une comorbidité addictive.

Ici, nous retrouvons aussi cette tendance car les patients du groupe TUA avaient un score moyen de stigmatisation élevé. D'ailleurs, il en fut de même pour les patients du groupe PSY alors que dans ces deux groupes, le score moyen de déshumanisation restait assez modéré.

Il est intéressant de noter que ces deux groupes de patients, hospitalisés pour les uns devant un TUA et pour les autres devant une symptomatologie psychiatrique (la majorité pour dépression), présentaient également des moyennes de scores à l'inventaire de dépression de Beck et à l'échelle d'anxiété état qui n'étaient pas significativement différents.

Ainsi cela tend à confirmer la présence d'une symptomatologie anxieuse et dépressive chez les patients hospitalisés pour un TUA et cela va dans le sens des différentes études qui retrouvent une cooccurrence fréquente entre TUA, troubles anxieux, et épisode dépressif (Boden & Fergusson, 2011; Kessler et al., 1997; Onaemo et al., 2020; Schuckit et al., 1997).

Cependant le recrutement des patients du groupe PSY s'effectuait sur le seul critère d'être hospitalisé en psychiatrie sans plus de précision sur le diagnostic retenu pour l'hospitalisation (même si la plupart étaient hospitalisés dans des services spécialisés pour trouble de l'humeur). On ne recherchait pas non plus, pour les patients hospitalisés pour un trouble de l'usage de l'alcool si nous étions en présence d'une cooccurrence avec un autre trouble psychiatrique entrainant un biais de classement, car il n'y avait pas d'entretien médical structuré afin d'éliminer strictement toutes les autres pathologies pouvant interférer dans la prise de décision et le ressenti des patients.

Ce qui pourrait être une autre limite de notre étude, et pouvant entrainer un biais de confusion est la modalité de passation des questionnaires. En effet, les patients complétaient eux-mêmes, seuls, leurs questionnaires dans une période de détresse psychique. Cette limite peut aussi être une force pour cette étude étant donné que pour la plupart des patients, ces sentiments évaluées sont souvent prépondérants lors de l'entrée dans un service hospitalier, que ce soit pour l'addictologie ou la psychiatrie, déjà marquées par une connotation très péjorative dans la société. Savoir saisir au plus près ces sentiments lors de ces types d'hospitalisations sont importants car les observations peuvent aider à sensibiliser les soignants et surtout l'opinion du public, qui à n'importe quel moment de la vie, peut se retrouver du coté patient.

De plus, le fait de ne pas pouvoir inclure des patients hospitalisés sans leur consentement est également une limite importante car il est fort possible que cette population présente un fort sentiment de déshumanisation et une forte perception de stigmatisation du fait déjà de la modalité des soins qu'ils reçoivent et plus encore des diagnostics qu'ils portent ou qu'ils refusent de porter.

À notre grand étonnement, les scores obtenus au questionnaire pour le dépistage d'un trouble de stress posttraumatique n'étaient pas plus importants dans le groupe TUA. Au contraire, ils étaient bien présents et prévalent dans les deux groupes étudiés et il n'y avait pas

de différence significative entre ces deux groupes concernant le sentiment de déshumanisation et la perception de stigmatisation.

Comme déjà mentionné précédemment, peu d'études concernant la stigmatisation des patients avec un diagnostic d'ESPT ont été réalisées et elles concernaient pour beaucoup une population particulière, celle des vétérans de guerre. Les résultats que nous avons obtenus corroborent les précédentes recherches qui retrouvaient également un niveau important d'auto-stigmatisation chez les anciens combattants atteints d'état de stress post traumatique (Bonfils et al., 2018). Dans cette population elle apparaissait comme un frein à la demande de soins de par la connotation négative associé à la maladie mentale (Mittal et al., 2013 ; Murphy & Busuttil, 2015). La perception de stigmatisation apparaissait même dans une étude sur des patients ayant contracté le VIH comme un facteur de risque de développer un ESPT (Gao et al., 2018).

Il apparait donc nécessaire de poursuivre ces recherches en incluant à la fois, des patients pour lesquels le diagnostic d'état de stress post traumatique a été posé. Il serait intéressant d'inclure de nouveaux patients hospitalisés en psychiatrie, mais en tenant compte du diagnostic posé et validé d'épisode dépressif caractérisé ou du moins, mettre en place un entretien structuré afin de répertorier le plus de comorbidités possibles et potentiellement influençant sur l'état émotionnel des patients.

Des études retrouvaient que le fait de se sentir stigmatisé éloigne le patient du soin et diminue son adhésion aux prises en charge (Livingston & Boyd, 2010), il serait donc également intéressant d'étudier le sentiment des soignants afin d'évaluer si eux même se considèrent déshumanisant et stigmatisant envers les patients qu'ils prennent en charge et cela afin de développer des interventions auprès d'eux.

Cela a déjà été fait auprès du grand public avec des campagnes comme « See me » en Ecosse et « Like Minds, Like Mine » en Nouvelle-Zélande. Ils avaient montré un bénéfice dans la réduction des stéréotypes et des attitudes négatives dans la maladie mentale (Dunion & Gordon, 2005; Thornicroft et al., 2014).

Une étude phénoménologique s'est intéressée à la stigmatisation rapportée par les infirmières travaillant dans une unité d'addictologie et qui prenait en charge des patients avec un trouble de l'usage de l'alcool et elle mettait en avant de la frustration chez les équipes soignantes, en lien avec leurs pratiques qu'elles jugeaient stigmatisantes (Lovi & Barr, 2009).

Ainsi, il est d'autant plus pertinent d'adapter les échelles de déshumanisation et de stigmatisation à une passation par les soignants pour corroborer les résultats de cette étude et l'élargir aux patients ayant des troubles mentaux.

Ce « contre-transfert » parait être un enjeu majeur de santé mentale et de santé publique car peut-être une cible de campagnes et de formations afin d'enlever les stigmates de l'alcool et de la maladie psychiatrique et de donner un caractère plus humain aux soins.

Il est aussi important de noter que les résultats des analyses de corrélations non-paramétriques et les régressions multivariées retrouvaient dans le fait d'être en couple un facteur protecteur par rapport au sentiment de déshumanisation et à la stigmatisation perçue tout comme un faible niveau d'étude, mais ici, l'intervention des soins semble être un peu plus compliqué car cette faculté à être en couple est multifactorielle et propre à chacun.

Mais l'effet inverse peut aussi se produire, le fait de dépister un vécu émotionnel difficile et l'adresser en mettant en œuvre des mesures en vue de l'endiguer, tel qu'un environnement enrichi, plus d'humanité, plus de considération d'autrui par ses semblables, pourrait aider les patients à aller vers les autres sans pour autant avoir peur de se sentir rejeté, stigmatisé ou encore de porter tout le poids de la pathologie psychiatrique et de ses connotations péjoratives surannées.

La perspective de la recherche présentée ici pourrait être un premier pas vers une compréhension fondamentale plus approfondie et une plus grande prise en compte de l'expérience de la déshumanisation et de la stigmatisation du point de vue des patients (en utilisant de nouvelles lignes de recherche via des questionnaires qui ont été utilisés dans des études belges et anglo-saxonnes) pouvant engendrer des changements au niveau clinique efficaces.

Au niveau clinique : les processus de déshumanisation et de stigmatisation sont très peu connus et les conclusions de notre étude peuvent être utilisées pour informer les patients, les soignants et les travailleurs hospitaliers de manière précise sur la présence de la déshumanisation et ses conséquences pour les patients, en particulier en ce qui concerne la stigmatisation.

Des mesures pourraient être prises pour réduire ou prévenir les causes identifiées de déshumanisation et de stigmatisation, ainsi que leurs conséquences observées. On peut s'attendre à ce que ces actions comprennent des interventions visant à réduire la pression émotionnelle sur les patients et les professionnels de la santé en mettant en œuvre des interventions de gestion du stress, en améliorant leur empathie, en promouvant des normes envers les patients dans les hôpitaux et en créant un contact de haute qualité avec et entre les patients.

En outre, ces résultats obtenus peuvent être utilisées pour réduire les expériences déshumanisantes et stigmatisantes des patients, par exemple : améliorer le confort physique,

l'autonomisation, la satisfaction et la dignité des besoins fondamentaux des patients grâce à des changements de pratiques.

De plus, le bénévolat pour des organismes de bienfaisance, la désinstitutionalisation et l'augmentation de l'individuation sont également des orientations prometteuses pour protéger les patients contre la déshumanisation ou pour les réhumaniser. Le but ultime étant l'amélioration des pratiques cliniques des personnes soignées pour un trouble de l'usage de l'alcool leur permettant une meilleure prise en charge et le maintien de l'abstinence sans oublier les patients suivis en psychiatrie.

5.0 Conclusion

Les résultats de cette étude n'ont pas permis de démontrer une différence significative pour le sentiment de déshumanisation et la perception de stigmatisation entre les patients présentant un TUA et ceux présentant une maladie psychiatrique. Il n'apparait pas non plus de différence en ce qui concerne l'anxiété état et la dépression dans ces deux populations. Pour les deux populations, le sentiment de déshumanisation est moyen alors que la perception de stigmatisation est relativement élevée. Le résultat le plus inattendu et le plus intéressant se retrouve dans les diverses corrélations positives entre un score élevé à la PCL 5, le sentiment de déshumanisation, et la perception de stigmatisation et cela de manière comparable dans les deux populations de patients. Il parait donc pertinent de poursuivre les recherches en incluant spécifiquement des patients pour lesquels le diagnostic d'état de stress post traumatique est avéré et de leur soumettre les mêmes questionnaires afin de corroborer ces résultats.

6.0 Bibliographie

American Psychiatric Association, American Psychiatric Association, & DSM-5 Task Force. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5*. http://dsm.psychiatryonline.org/book.aspx?bookid=556

American psychiatric association, Crocq, M.-A., Guelfi, J.-D., Boyer, P., Pull, C.-B., & Pull-Erpelding, M.-C. (2015). *DSM-5 : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. Elsevier Masson.

Anandan, R., Cross, W., & Olasoji, M. (2020). Mental Health Nurses' Attitudes towards Consumers with co-Existing Mental Health and Drug and Alcohol Problems: A Scoping Review. *Issues in Mental Health Nursing*, 1-12. https://doi.org/10.1080/01612840.2020.1806964

Aragonès, E., López-Muntaner, J., Ceruelo, S., & Basora, J. (2014). Reinforcing stigmatization: Coverage of mental illness in Spanish newspapers. *Journal of Health Communication*, *19*(11), 1248-1258. https://doi.org/10.1080/10810730.2013.872726

Ashbaugh, A. R., Houle-Johnson, S., Herbert, C., El-Hage, W., & Brunet, A. (2016). Psychometric Validation of the English and French Versions of the Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 (PCL-5). *PLOS ONE*, *11*(10), e0161645. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0161645

Bastian, B., & Haslam, N. (2011). Experiencing Dehumanization: Cognitive and Emotional Effects of Everyday Dehumanization. *Basic and Applied Social Psychology*, *33*(4), 295-303. https://doi.org/10.1080/01973533.2011.614132

Beck, A. T. (1961). An Inventory for Measuring Depression. *Archives of General Psychiatry*, *4*(6), 561. https://doi.org/10.1001/archpsyc.1961.01710120031004

Beck, A. T., Steer, R. A., Ball, R., & Ranieri, W. (1996). Comparison of Beck Depression Inventories -IA and -II in psychiatric outpatients. *Journal of Personality Assessment*, *67*(3), 588-597. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa6703_13

Blevins, C. A., Weathers, F. W., Davis, M. T., Witte, T. K., & Domino, J. L. (2015). The Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 (PCL-5) : Development and Initial Psychometric Evaluation. *Journal of Traumatic Stress*, *28*(6), 489-498. https://doi.org/10.1002/jts.22059

Boden, J. M., & Fergusson, D. M. (2011). Alcohol and depression. *Addiction (Abingdon, England)*, *106*(5), 906-914. https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2010.03351.x

Bonfils, K. A., Lysaker, P. H., Yanos, P. T., Siegel, A., Leonhardt, B. L., James, A. V., Brustuen, B., Luedtke, B., & Davis, L. W. (2018). Self-stigma in PTSD : Prevalence and correlates. *Psychiatry Research*, *265*, 7-12. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.04.004

Bottlender, M., Preuss, U. W., & Soyka, M. (2006). Association of personality disorders with Type A and Type B alcoholics. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, *256*(1), 55-61. https://doi.org/10.1007/s00406-005-0601-y

Bourdillon, (2019). *Alcool et réduction des risques*.

Boyd, J. E., Adler, E. P., Otilingam, P. G., & Peters, T. (2014). Internalized Stigma of Mental Illness (ISMI) scale: A multinational review. *Comprehensive Psychiatry*, *55*(1), 221-231. https://doi.org/10.1016/j.comppsych.2013.06.005

Brady, K. T., Killeen, T. K., Brewerton, T., & Lucerini, S. (2000). Comorbidity of psychiatric disorders and posttraumatic stress disorders. *The Journal of Clinical Psychiatry*, *61 Suppl 7*, 22-32.

Caesens, G., & Stinglhamber, F. (2019). The Relationship Between Organizational Dehumanization and Outcomes : The Mediating Role of Emotional Exhaustion. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, *61*(9), 699-703. https://doi.org/10.1097/JOM.0000000000001638

Caesens, G., Stinglhamber, F., Demoulin, S., & De Wilde, M. (2017). Perceived organizational support and employees' well-being : The mediating role of organizational dehumanization. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, *26*(4), 527-540. https://doi.org/10.1080/1359432X.2017.1319817

Clement, S., Schauman, O., Graham, T., Maggioni, F., Evans-Lacko, S., Bezborodovs, N., Morgan, C., Rüsch, N., Brown, J. S. L., & Thornicroft, G. (2015). What is the impact of mental health-related stigma on help-seeking? A systematic review of quantitative and qualitative studies. *Psychological Medicine*, *45*(1), 11-27. https://doi.org/10.1017/S0033291714000129

Cole, T. R., & Carlin, N. (2009). The suffering of physicians. *The Lancet*, *374*(9699), 1414-1415. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)61851-1

Corrigan, P. W., Morris, S. B., Michaels, P. J., Rafacz, J. D., & Rüsch, N. (2012). Challenging the public stigma of mental illness : A meta-analysis of outcome studies. *Psychiatric Services (Washington, D.C.)*, *63*(10), 963-973. https://doi.org/10.1176/appi.ps.201100529

Cour des comptes. (2016). *Les politiques de lutte contre les consommations nocives d'alcool*. https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/EzPublish/20160613-rapport-politique-lutte-consommations-nocives-alcool.pdf

Darcourt, G. (2007). La double stigmatisation des personnes atteintes de psychose et désocialisées. *L'information psychiatrique*, *83*(8), 671. https://doi.org/10.3917/inpsy.8308.0671

Dawson, D. A., Grant, B. F., Stinson, F. S., & Chou, P. S. (2005). Psychopathology associated with drinking and alcohol use disorders in the college and general adult populations. *Drug and Alcohol Dependence*, *77*(2), 139-150. https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2004.07.012

Dion, G., & Tessier, R. (1994). Validation de la traduction de l'Inventaire d'épuisement professionnel de Maslach et Jackson. *Canadian Journal of Behavioural Science / Revue Canadienne Des Sciences Du Comportement*, *26*(2), 210-227. https://doi.org/10.1037/0008-400X.26.2.210

Dunion, L., & Gordon, L. (2005). Tackling the attitude problem. The achievements to date of Scotland's « see me » anti-stigma campaign. *Mental Health Today (Brighton, England)*, 22-25.

Fenelon. (2004). Neurologie et Alcool. In *Neurologies* (Vol. 7, p. 107-128).

Fontesse, S., Demoulin, S., Stinglhamber, F., & Maurage, P. (2019). Dehumanization of psychiatric patients : Experimental and clinical implications in severe alcohol-use disorders. *Addictive Behaviors*, *89*, 216-223. https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2018.08.041

Fontesse, S., Stinglhamber, F., Demoulin, S., Chevallereau, T., de Timary, P., Cappeliez, B., Bon, F., Geus, C., Talent, J., Ayache, L., & Maurage, P. (2020). Metadehumanization in severe alcohol-use disorders: Links with fundamental needs and clinical outcomes. *Addictive Behaviors*, *107*, 106425. https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2020.106425

Gao, M., Xiao, C., Zhang, X., Li, S., & Yan, H. (2018). Social capital and PTSD among PLWHA in China : The mediating role of resilience and internalized stigma. *Psychology, Health & Medicine*, *23*(6), 698-706. https://doi.org/10.1080/13548506.2018.1426869

Gauthier, J., & Bouchard, S. (1993). Adaptation canadienne-française de la forme révisée du State–Trait Anxiety Inventory de Spielberger. *Canadian Journal of Behavioural Science / Revue Canadienne Des Sciences Du Comportement*, *25*(4), 559-578. https://doi.org/10.1037/h0078881

GBD 2017 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators. (2018). Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries and territories, 1990-2017: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet (London, England)*, *392*(10159), 1789-1858. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32279-7

Glass, J. E., Kristjansson, S. D., & Bucholz, K. K. (2013). Perceived Alcohol Stigma: Factor Structure and Construct Validation. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, *37*, E237-E246. https://doi.org/10.1111/j.1530-0277.2012.01887.x

Goffman & Kihm. (1975). *Stigmate : Les usages sociaux des handicaps*.

Goffman,E. (1963). *Stigma : Notes on the management of spoiled identy.*

Gordon-Smith, K., Lewis, K. J. S., Vallejo Auñón, F. M., Di Florio, A., Perry, A., Craddock, N., Jones, I., & Jones, L. (2020). Patterns and clinical correlates of lifetime alcohol consumption in women and men with bipolar disorder : Findings from the UK Bipolar Disorder Research Network. *Bipolar Disorders*, *22*(7), 731-738. https://doi.org/10.1111/bdi.12905

Grant, B. F., Goldstein, R. B., Saha, T. D., Chou, S. P., Jung, J., Zhang, H., Pickering, R. P., Ruan, W. J., Smith, S. M., Huang, B., & Hasin, D. S. (2015). Epidemiology of DSM-5 Alcohol Use Disorder : Results From the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions III. *JAMA Psychiatry*, *72*(8), 757-766. https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2015.0584

Groupe Baromètre de Santé publique France 2017 : Raphaël Andler, Chloé Cogordan, Romain Guignard, Christophe Léon, Viêt Nguyen-Thanh, Anne Pasquereau, Jean-Baptiste Richard, Maëlle Robert. (2018). *Nouveau repère de consommation d'alcool et usage : résultats du baromètre de santé publique FRANCE 2017*.

Guelfi, J.-D. (2017). *Manuel de psychiatrie*. Elssevier Masson.

Guérin, S., Laplanche, A., Dunant, A., & Hill, C. (2013). Alcohol-attributable mortality in France. *European Journal of Public Health*, *23*(4), 588-593. https://doi.org/10.1093/eurpub/ckt015

Hacker, E. A. (1972). Rationality Versus Dehumanization. *Philosophy and Phenomenological Research*, *33*(2), 259. https://doi.org/10.2307/2106465

Haque, O. S., & Waytz, A. (2012a). Dehumanization in Medicine: Causes, Solutions, and Functions. *Perspectives on Psychological Science*, *7*(2), 176-186. https://doi.org/10.1177/1745691611429706

Haque, O. S., & Waytz, A. (2012b). Dehumanization in Medicine: Causes, Solutions, and Functions. *Perspectives on Psychological Science*, *7*(2), 176-186. https://doi.org/10.1177/1745691611429706

Hasin, D. S., Stinson, F. S., Ogburn, E., & Grant, B. F. (2007). Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV alcohol abuse and dependence in the United States: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Archives of General Psychiatry*, *64*(7), 830-842. https://doi.org/10.1001/archpsyc.64.7.830

Haslam, N. (2006). Dehumanization: An Integrative Review. *Personality and Social Psychology Review, 10*(3), 252-264. https://doi.org/10.1207/s15327957pspr1003_4

Haute Autorité de Santé. (2007). *Affections psychiatriques de longue durée, Troubles anxieux graves.*

Holman, D. (2015). Exploring the relationship between social class, mental illness stigma and mental health literacy using British national survey data. *Health: An Interdisciplinary Journal for the Social Study of Health, Illness and Medicine*, *19*(4), 413-429. https://doi.org/10.1177/1363459314554316

INSEE. (2017). *Tableau de l'économie française*. https://www.insee.fr/fr/statistiques/2569364?sommaire=2587886#consulter

Kelman, H. G. (1973). Violence without Moral Restraint: Reflections on the Dehumanization of Victims and Victimizers. *Journal of Social Issues*, *29*(4), 25-61. https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.1973.tb00102.x

Kessler, R. C., Chiu, W. T., Demler, O., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, *62*(6), 617-627. https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.6.617

Kessler, R. C., Crum, R. M., Warner, L. A., Nelson, C. B., Schulenberg, J., & Anthony, J. C. (1997). Lifetime co-occurrence of DSM-III-R alcohol abuse and dependence with other psychiatric disorders in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry, 54*(4), 313-321. https://doi.org/10.1001/archpsyc.1997.01830160031005

King, M., Dinos, S., Shaw, J., Watson, R., Stevens, S., Passetti, F., Weich, S., & Serfaty, M. (2007). The Stigma Scale: Development of a standardised measure of the stigma of mental illness. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, *190*, 248-254. https://doi.org/10.1192/bjp.bp.106.024638

Koob, G. F., & Volkow, N. D. (2010). Neurocircuitry of addiction. *Neuropsychopharmacology: Official Publication of the American College of Neuropsychopharmacology*, *35*(1), 217-238. https://doi.org/10.1038/npp.2009.110

Lépine, J.-P., Gasquet, I., Kovess, V., Arbabzadeh-Bouchez, S., Nègre-Pagès, L., Nachbaur, G., & Gaudin, A.-F. (2005). [Prevalence and comorbidity of psychiatric disorders in the French general population]. *L'Encephale*, *31*(2), 182-194. https://doi.org/10.1016/s0013-7006(05)82385-1

Limosin, F. (2002). [Clinical and biological specificities of female alcoholism]. *L'Encephale*, *28*(6 Pt 1), 503-509.

Link, B. G., & Phelan, J. C. (2006). Stigma and its public health implications. *Lancet (London, England)*, *367*(9509), 528-529. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(06)68184-1

Livingston, J. D., & Boyd, J. E. (2010). Correlates and consequences of internalized stigma for people living with mental illness: A systematic review and meta-analysis. *Social Science & Medicine (1982)*, *71*(12), 2150-2161. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.09.030

Lovi, R., & Barr, J. (2009). Stigma reported by nurses related to those experiencing drug and alcohol dependency: A phenomenological Giorgi study. *Contemporary Nurse*, *33*(2), 166-178. https://doi.org/10.5172/conu.2009.33.2.166

Marques, C. (2020). *De nouveaux repères de consommation d'alcool pour limiter les risques sur sa santé*.

Maslach, C., Jackson, S. E., & Leiter, M. P. (1997). Maslach Burnout Inventory : Third edition. In *Evaluating stress: A book of resources.* (p. 191-218). Scarecrow Education.

McHugh, R. K., & Weiss, R. D. (2019). Alcohol Use Disorder and Depressive Disorders. *Alcohol Research: Current Reviews*, *40*(1), arcr. v40.1.01. https://doi.org/10.35946/arcr.v40.1.01

Mittal, D., Drummond, K. L., Blevins, D., Curran, G., Corrigan, P., & Sullivan, G. (2013). Stigma associated with PTSD: Perceptions of treatment seeking combat veterans. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, *36*(2), 86-92. https://doi.org/10.1037/h0094976

Murphy, D., & Busuttil, W. (2015). PTSD, stigma and barriers to help-seeking within the UK Armed Forces. *Journal of the Royal Army Medical Corps*, *161*(4), 322-326. https://doi.org/10.1136/jramc-2014-000344

Naimi, T. S., Xuan, Z., Cooper, S. E., Coleman, S. M., Hadland, S. E., Swahn, M. H., & Heeren, T. C. (2016). Alcohol Involvement in Homicide Victimization in the United

States. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, *40*(12), 2614-2621. https://doi.org/10.1111/acer.13230

O'Brien, C. (2011). Addiction and dependence in DSM-V. *Addiction (Abingdon, England)*, *106*(5), 866-867. https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2010.03144.x

Observatoire national interministériel & de la sécurité routière. (2018). *La sécurité routière en France Bilan de l'accidentalité de l'année 2018*.

OECD. (2021). *Alcohol consumption* [Data set]. OECD. https://doi.org/10.1787/e6895909-en

Oliveira, L. C. de, Menezes, H. F. de, Oliveira, R. L. de, Lima, D. M. de, Fernandes, S. F., & Silva, R. A. R. da. (2020). Mobile care service for psychiatric urgencies and emergencies: Perception of nursing workers. *Revista Brasileira de Enfermagem*, *73*(1), e20180214. https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0214

Onaemo, V. N., Fawehinmi, T. O., & D'Arcy, C. (2020). Alcohol use disorder and the persistence/recurrence of major depression : Le trouble de l'usage de l'alcool et la persistance/récurrence de la dépression majeure. *Canadian Journal of Psychiatry. Revue Canadienne De Psychiatrie*, *65*(9), 652-663. https://doi.org/10.1177/0706743720923065

Opotow, S. (1990). Moral Exclusion and Injustice: An Introduction. *Journal of Social Issues*, *46*(1), 1-20. https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.1990.tb00268.x

Osofsky, M. J., Bandura, A., & Zimbardo, P. G. (2005). The Role of Moral Disengagement in the Execution Process. *Law and Human Behavior*, *29*(4), 371-393. https://doi.org/10.1007/s10979-005-4930-1

Park, Y. O., & Park, S. H. (2015). Observing Social Exclusion Leads to Dehumanizing the Victim. *Frontiers in Psychology*, *6*. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.01815

Pavkovic, B., Zaric, M., Markovic, M., Klacar, M., Huljic, A., & Caricic, A. (2018). Double screening for dual disorder, alcoholism and depression. *Psychiatry Research*, *270*, 483-489. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.10.013

Pescosolido, B. A., Martin, J. K., Long, J. S., Medina, T. R., Phelan, J. C., & Link, B. G. (2010). « A disease like any other »? A decade of change in public reactions to schizophrenia, depression, and alcohol dependence. *The American Journal of Psychiatry*, *167*(11), 1321-1330. https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2010.09121743

Pinel, P. (1806). *A treatise on insanity*. Messers Cadell & Davies, Strand. https://doi.org/10.1037/10550-000

Reavley, N. J., Jorm, A. F., & Morgan, A. J. (2016). Beliefs about dangerousness of people with mental health problems: The role of media reports and personal exposure to

threat or harm. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *51*(9), 1257-1264. https://doi.org/10.1007/s00127-016-1215-6

Reich, L. H., Davies, R. K., & Himmelhoch, J. M. (1974). Excessive alcohol use in manic-depressive illness. *The American Journal of Psychiatry*, *131*(1), 83-86. https://doi.org/10.1176/ajp.131.1.83

Robbins, B. D. (2018). Dehumanization in Modern Medicine and Science. In B. D. Robbins, *The Medicalized Body and Anesthetic Culture* (p. 127-149). Palgrave Macmillan US. https://doi.org/10.1057/978-1-349-95356-1_7

Scheen, A. J. (2019). [Alcohol and car driving]. *Revue Medicale De Liege*, *74*(5-6), 258-264.

Schomerus, G., Holzinger, A., Matschinger, H., Lucht, M., & Angermeyer, M. C. (2010). [Public attitudes towards alcohol dependence]. *Psychiatrische Praxis*, *37*(3), 111-118. https://doi.org/10.1055/s-0029-1223438

Schuckit, M. A. (2009). Alcohol-use disorders. *Lancet (London, England)*, *373*(9662), 492-501. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)60009-X

Schuckit, M. A., Tipp, J. E., Bucholz, K. K., Nurnberger, J. I., Hesselbrock, V. M., Crowe, R. R., & Kramer, J. (1997). The life-time rates of three major mood disorders and four major anxiety disorders in alcoholics and controls. *Addiction (Abingdon, England)*, *92*(10), 1289-1304.

Shalka, T. R., & Leal, C. C. (2020). Sense of belonging for college students with PTSD: The role of safety, stigma, and campus climate. *Journal of American College Health: J of ACH*, 1-8. https://doi.org/10.1080/07448481.2020.1762608

Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., & Lushene, R. E. (1970). *Manual for the state-trait anxiety inventory.*

Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., Lushene, R., Vagg, P. R., & Jacobs, G. A. (1983). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.*

Staton, C. A., Vissoci, J. R. N., Wojcik, R., Hirshon, J. M., Mvungi, M., Mmbaga, B. T., & Swahn, M. (2018). Perceived barriers by health care providers for screening and management of excessive alcohol use in an emergency department of a low-income country. *Alcohol (Fayetteville, N.Y.)*, *71*, 65-73. https://doi.org/10.1016/j.alcohol.2018.01.003

Taylor, M., Petrakis, I., & Ralevski, E. (2017). Treatment of alcohol use disorder and co-occurring PTSD. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, *43*(4), 391-401. https://doi.org/10.1080/00952990.2016.1263641

Thomas. (2007). *Les Conséquences sanitaires de la consommation d'alcool*. http://hepatoweb.com/Alcoolisme-Consequences.php

Thornicroft, C., Wyllie, A., Thornicroft, G., & Mehta, N. (2014). Impact of the « Like Minds, Like Mine » anti-stigma and discrimination campaign in New Zealand on anticipated and experienced discrimination. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, *48*(4), 360-370. https://doi.org/10.1177/0004867413512687

Wang, K., Burton, C. L., & Pachankis, J. E. (2018). Depression and Substance Use : Towards the Development of an Emotion Regulation Model of Stigma Coping. *Substance Use & Misuse*, *53*(5), 859-866. https://doi.org/10.1080/10826084.2017.1391011

Watts, G. (2012). Critics attack DSM-5 for overmedicalizing normal human behaviour. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, *344*, e1020. https://doi.org/10.1136/bmj.e1020

Winthrop Henry. (1967). Contemporary Economic Dehumanization: Some Difficulties Surrounding Its Reduction. *Social Science*, *42*, 80-85.

World Health Organization. (2016). *mhGAP intervention guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings: Mental health Gap Action Programme (mhGAP)* (version 2.0). World Health Organization, WHO IRIS. https://apps.who.int/iris/handle/10665/250239

7.0 Annexes

Annexe 1 : Échelle de déshumanisation

Veuillez indiquer votre degré d'accord à l'aide de l'échelle allant de "Pas du tout d'accord" à "Tout à fait d'accord". Les différents niveaux de l'échelle peuvent être utilisés pour nuancer votre réponse.

	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Légèrement pas d'accord	Ni d'accord, ni pas d'accord	Légèrement d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord
En tant que patient(e) en psychiatrie, la société me traite de manière mécanique et froide, comme si j'étais un robot	○	○	○	○	○	○	○
En tant que patient(e) en psychiatrie, la société me traite comme si j'étais quelqu'un d'immature	○	○	○	○	○	○	○
En tant que patient(e) en psychiatrie, la société me traite comme si j'étais une personne dénuée d'empathie et de sensibilité	○	○	○	○	○	○	○
En tant que patient(e) en psychiatrie, la société me traite comme un objet	○	○	○	○	○	○	○
En tant que patient(e) en psychiatrie, la société me traite comme si j'étais quelqu'un qui n'a pas de volonté ou d'initiative	○	○	○	○	○	○	○
En tant que patient(e) en psychiatrie, la société me traite comme si j'étais un enfant	○	○	○	○	○	○	○
	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Légèrement pas d'accord	Ni d'accord, ni pas d'accord	Légèrement d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord

	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Légèrement pas d'accord	Ni d'accord, ni pas d'accord	Légèrement d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord
En tant que patient(e) en psychiatrie, la société me traite comme si j'étais un être dénué d'émotions	○	○	○	○	○	○	○
En tant que patient(e) en psychiatrie, la société me traite de manière superficielle	○	○	○	○	○	○	○
En tant que patient(e) en psychiatrie, la société ne me traite pas comme un individu doté d'une personnalité à part entière	○	○	○	○	○	○	○
En tant que patient(e) en psychiatrie, la société me traite comme si j'étais quelqu'un qui manque d'intelligence et de compétence	○	○	○	○	○	○	○
En tant que patient(e) en psychiatrie, la société me traite comme si j'étais un être sous-évolué	○	○	○	○	○	○	○
En tant que patient(e) en psychiatrie, la société me traite comme si j'étais un automate	○	○	○	○	○	○	○
En tant que patient(e) en psychiatrie, la société me traite comme si j'étais quelqu'un de simple et de sommaire	○	○	○	○	○	○	○
	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Légèrement pas d'accord	Ni d'accord, ni pas d'accord	Légèrement d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord

Annexe 2 : Échelle de stigmatisation

Veuillez indiquer votre degré d'accord avec les énoncés ci-dessous

	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Légèrement pas d'accord	Incertain	Légèrement d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord
Lorsque j'interagis avec des personnes qui connaissent ma situation, je sens qu'elles interprètent tous mes comportements par rapport au fait que je suis un.e patient.e en psychiatrie.	○	○	○	○	○	○	○
La plupart des gens ont tendance à juger négativement les patients en psychiatrie.	○	○	○	○	○	○	○
La plupart des gens ont beaucoup plus de pensées négatives envers les patients en psychiatrie que ce qu'ils expriment.	○	○	○	○	○	○	○
Les patients en psychiatrie sont discriminés dans la société.	○	○	○	○	○	○	○
La plupart des personnes ont du mal à voir les patients en psychiatrie comme des personnes égales aux autres.	○	○	○	○	○	○	○

Annexe 3 : STAI : Questionnaire d'anxiété-état de Spielberger, 1983

Un certain nombre de phrases que l'on utilise pour se décrire sont données ci-dessous. Lisez chaque phrase puis, indiquez, parmi les quatre points à droite, celui qui correspond le mieux à ce que vous ressentez A L'INSTANT, JUSTE EN CE MOMENT. Il n'y a ni bonnes ni mauvaises réponses. Ne passez pas trop de temps sur l'une ou l'autre de ces propositions, et indiquez la réponse qui décrit le mieux vos sentiments **actuels**.

	Non	Plutôt non	Plutôt oui	Oui
Je me sens calme	○	○	○	○
Je me sens en sécurité, sans inquiétude, en sûreté	○	○	○	○
Je suis tendu(e), crispé(e)	○	○	○	○
Je me sens surmené(e)	○	○	○	○
Je me sens tranquille, bien dans ma peau	○	○	○	○
	Non	Plutôt non	Plutôt oui	Oui
Je me sens ému(e), bouleversé(e), contrarié(e)	○	○	○	○
L'idée de malheurs éventuels me tracasse en ce moment	○	○	○	○
Je me sens content(e)	○	○	○	○
Je me sens effrayé(e)	○	○	○	○
Je me sens à mon aise (je me sens bien)	○	○	○	○
	Non	Plutôt non	Plutôt oui	Oui
Je sens que j'ai confiance en moi	○	○	○	○
Je me sens nerveux (nerveuse), irritable	○	○	○	○
J'ai la frousse, la trouille (j'ai peur)	○	○	○	○
Je me sens indécis(e)	○	○	○	○
Je suis décontracté(e), détendu(e)	○	○	○	○
	Non	Plutôt non	Plutôt oui	Oui
Je suis satisfait(e)	○	○	○	○
Je suis inquiet, soucieux (inquiète, soucieuse)	○	○	○	○
Je ne sais plus où j'en suis, je me sens déconcerté(e), dérouté(e)	○	○	○	○
Je me sens solide, posé(e), pondéré(e), réfléchi(e)	○	○	○	○
Je me sens de bonne humeur, aimable	○	○	○	○

Annexe 4: PCL-5 (Posttraumatic stress disorder checklist for DSM-5)

Consignes : Voici une liste de problèmes que les gens éprouvent parfois suite à une expérience vraiment stressante. Veuillez lire chaque énoncé attentivement et cocher la case pour indiquer dans quelle mesure ce problème vous a affecté **dans le dernier mois.**

Dans le dernier mois, dans quelle mesure avez-vous été affecté par :	*Pas du tout*	*Un peu*	*Modérément*	*Beaucoup*	*Extrêmement*
1. Des souvenirs répétés, pénibles et involontaires de l'expérience stressante ?					
2. Des rêves répétés et pénibles de l'expérience stressante ?					
3. Se sentir ou agir soudainement comme si vous viviez à nouveau l'expérience stressante ?					
4. Se sentir mal quand quelque chose vous rappelle l'événement ?					
5. Avoir de fortes réactions physiques lorsque quelque chose vous rappelle l'événement (accélération cardiaque, difficulté respiratoire, sudation) ?					
6. Essayer d'éviter les souvenirs, pensées, et sentiments liés à l'événement ?					
7. Essayer d'éviter les personnes et les choses qui vous rappellent l'expérience stressante (lieux, personnes, activités, objets) ?					
8. Des difficultés à vous rappeler des parties importantes de l'événement ?					
9. Des croyances négatives sur vous-même, les autres, le monde (des croyances comme : je suis mauvais, j'ai quelque chose qui cloche, je ne peux avoir confiance en personne, le monde est dangereux) ?					
10. Vous blâmer ou blâmer quelqu'un d'autre pour l'événement ou ce qui s'est produit ensuite ?					
11. Avoir des sentiments négatifs intenses tels que peur, horreur, colère, culpabilité, ou honte ?					
12. Perdre de l'intérêt pour des activités que vous aimiez auparavant ?					
13. Vous sentir distant ou coupé des autres ?					
14. Avoir du mal à éprouver des sentiments positifs (par exemple être incapable de ressentir de la joie ou de l'amour envers vos proches) ?					
15. Comportement irritable, explosions de colère, ou agir agressivement ?					
16. Prendre des risques inconsidérés ou encore avoir des conduites qui pourraient vous mettre en danger ?					
17. Être en état de « super-alerte », hyper vigilant ou sur vos gardes ?					
18. Sursauter facilement ?					
19. Avoir du mal à vous concentrer ?					
20. Avoir du mal à trouver le sommeil ou à rester endormi ?					

PCL-5 (8/14/2013) Weathers, Litz, Keane, Palmieri, Marx, & Schnurr – National Center for PTSD
Traduction française N. Desbiendras

Annexe 5 : Formulaire de consentement

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT
(Exemplaire pour l'expérimentateur)

Consentement éclairé du participant

Je soussigné.e,_____, déclare que j'ai été informé.e sur la nature de l'étude, son but, sa durée, les éventuels bénéfices et risques et ce que l'on attend de moi. J'ai pris connaissance du document d'information et des annexes à ce document. J'ai eu suffisamment de temps pour y réfléchir et en parler avec une personne de mon choix comme mon médecin généraliste ou un membre de ma famille. J'ai eu l'occasion de poser toutes les questions qui me sont venues à l'esprit et j'ai obtenu une réponse satisfaisante à mes questions. J'ai compris que ma participation à cette étude est volontaire et que je suis libre de mettre fin à ma participation à cette étude sans que cela ne modifie mes relations avec l'équipe thérapeutique en charge de ma santé. J'ai compris que des données me concernant seront récoltées pendant toute ma participation à cette étude et que le médecin investigateur se porte garant de la confidentialité de ces données. Je consens au traitement de mes données personnelles selon les modalités décrites dans la rubrique traitant de garanties de confidentialité. Je donne également mon accord au transfert et au traitement de ces données dans d'autres pays que la France. J'accepte que les données de recherche récoltées pour les objectifs de la présente étude puissent être traitées ultérieurement, pour autant que ce traitement soit limité au contexte de la présente étude pour une meilleure connaissance de la maladie et de son traitement. J'accepte que les médecins spécialistes et les psychologues en charge de ma santé soient informés de ma participation à cette étude clinique. J'ai reçu une copie de l'information au participant et du consentement éclairé.

Nom : _____

Prénom : _____

Date : _____

Signature du volontaire : _____

Engagement de l'expérimentateur

Je soussigné.e,_____, expérimentateur de recherche clinique confirme avoir fourni oralement les informations nécessaires sur l'étude et avoir fourni un exemplaire du document d'information au participant.
Je confirme qu'aucune pression n'a été exercée pour que le patient accepte de participer à l'étude et que je suis prêt.e 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 » et des « Bonnes Pratiques Cliniques ».
Nom, prénom, date et signature de l'expérimentateur

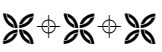
Nom : _____

Prénom : _____

Date : _____

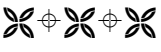
Signature de l'investigateur : _____

SERMENT



En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !



Abstract

Introduction: Many people hardly perceive hospitalization, and all the more so if it is carried out in an environment still qualified today as an asylum for fools or the insane. The pejorative connotation of these places of care is anchored in society. Finding oneself "under duress", as many patients perceive it, is challenging to experience emotionally. This subjectivity is studied here to assess the influence of alcohol (AUD) on dehumanization and the perception of stigmatization in patients hospitalized in addictology compared to those hospitalized in psychiatry and without alcoholic comorbidity (PSY).

Method: This comparative and multicenter study included 60 patients and was parted into two groups of 30, an AUD and a PSY arm. Patients were randomly matched and controlled for age, sex and educational level. Participants responded to a series of self-administered questionnaires, including their socio-demographic characteristics, scales assessing dehumanization, stigma, anxiety-state, depression, and post-traumatic stress disorder. Statistical analyses were carried out with the scores obtained.

Results: The subjective emotional experience was similar in the two groups studied, and neither depression, nor anxiety state, nor the duration of hospitalization or the amount of alcohol ingested significantly influenced it. However, the presence of post-traumatic stress disorder in both groups increased this subjectivity. Living in a couple humanizes (β = -0,33, p = 0, 05), destigmatizes (β = -0.42, p = 0, 002) and protects the alcoholic patient, compared to psychiatric patients whose emotional experiences are mainly influenced by psychotrauma (β = 0,75, p < 0.000) and a lack of willpower perception (β = 0,67, p = 0, 03).

Conclusion: These encouraging results place psychotruma at the centre of patient care because it is potentially curable. Further studies must corroborate these results.

Keywords: stigma; dehumanization; alcohol use disorder; psychiatry; hospitalization

Résumé

Introduction : L'hospitalisation est difficilement perçue par bon nombre de personnes et d'autant plus si elle est réalisée dans un milieu qualifié encore aujourd'hui d'asile pour aliénés ou de fous. La connotation péjorative de ces lieux de soins est ancrée dans la société et se retrouver « interné » comme le perçoivent bon nombre de patients, est difficilement vécu émotionnellement. Cette subjectivité est étudiée ici dans le but d'évaluer l'influence de l'alcool (TUA) dans le sentiment de déshumanisation et la perception de stigmatisation des patients hospitalisés en addictologie comparés à ceux hospitalisés en psychiatrie sans comorbidité alcoolique (PSY).

Méthode : Cette étude comparative et multicentrique comprenait 60 patients, inclus et répartis en deux groupes de 30, un bras TUA et un bras PSY. Les patients étaient appariés aléatoirement et contrôlés pour l'âge, le sexe et le niveau d'étude. Les participants ont répondu à une série d'auto-questionnaires comprenant leurs caractéristiques sociodémographiques, des échelles évaluant la déshumanisation, la stigmatisation, l'anxiété-état, la dépression et l'état de stress post-traumatique. Des analyses statistiques furent réalisées avec les scores obtenus.

Résultats : Le vécu émotionnel subjectif était similaire dans les deux groupes étudiés et ni la dépression, ni l'anxiété-état, ni la durée d'hospitalisation ou encore la quantité d'alcool ingéré ne l'influençait significativement. Cependant, la présence d'un trouble de stress posttraumatique dans les deux groupes augmentait cette subjectivité. Vivre en couple humanise (β = -0,33 ; p = 0, 05), déstigmatise (β = -0.42 ; p = 0, 002) et protège le malade alcoolique contrairement aux malades psychiatriques où le vécu émotionnel est largement influencé par le psycho-traumatisme (β = 0,75 ; $p < 0.000$) et le sentiment de manquer de volonté (β = 0,67 ; p = 0, 03).

Conclusion : Ces résultats encourageants place le psycho-trauma au centre de la prise en charge des patients car potentiellement remédiable. D'autres études doivent corroborer ces résultats.

Mots-clés : stigmatisation ; déshumanisation ; trouble de l'usage de l'alcool ; psychiatrie ; hospitalisation