



HAL
open science

Étude comparative de l'évolution des attitudes envers la psychiatrie et la pathologie psychiatrique chez des étudiants en médecine en stage en psychiatrie et en neurologie

Nadège Laure Simon

► To cite this version:

Nadège Laure Simon. Étude comparative de l'évolution des attitudes envers la psychiatrie et la pathologie psychiatrique chez des étudiants en médecine en stage en psychiatrie et en neurologie. Médecine humaine et pathologie. 2015. dumas-01206459

HAL Id: dumas-01206459

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01206459v1>

Submitted on 29 Sep 2015

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Université de Bordeaux
U.F.R. DES SCIENCES MEDICALES

Année 2015

Thèse n°3072

Thèse pour l'obtention du
DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement le lundi 14 septembre 2015 par

Nadège Laure SIMON

Née le 22 février 1987 à Mont de Marsan (Landes)

Etude comparative de l'évolution des attitudes
envers la psychiatrie et la pathologie psychiatrique
chez des étudiants en médecine en stage
en psychiatrie et en neurologie

Directeur de thèse : Madame le Professeur Hélène VERDOUX

Rapporteur : Monsieur le Docteur Charles-Henry MARTIN

Membres du jury :

Monsieur le Professeur Bruno AOUIZERATE

Président

Monsieur le Professeur Igor SIBON

Juge

Madame le Professeur Marie TOURNIER

Juge

REMERCIEMENTS

A ma famille

A mes parents,

Merci pour votre soutien sans faille, votre écoute, vos conseils avisés, votre grande ouverture d'esprit, votre amour et tout ce que vous m'apportez au quotidien.

A mon frère Christophe, Marie-Laure, mon neveu et filleul Hugo et celle à venir...

Malgré la distance qui nous sépare vous êtes avec moi chaque jour.

A la mémoire de mes grands-parents paternels et grand-mère maternelle.

A mon grand-père maternel.

A mes cousins Frédéric, Michel, Jérôme, Mahitou, Jacques avec lesquels je partage toujours de jolis moments.

A mes amis

A Sonia, mon amie de toujours,

A Marie-Aude avec qui nous avons vécu tant de choses...

A Inès et notre complicité évidente,

A Camille, Antoine, Max, Marie qui forment un groupe précieux,

A Delphine, Gabrielle, Laure pour tous les bons moments passés ensemble et ceux à venir.

A Jean Lahitète et Martine Enocq-Milon

A mes co-internes Marie Chivé, Marion Flavier, Jean-Baptiste Valiente-Moro, Mina Ait El Mahjoub, Alice Benacchio.

A tous ceux qui ont participé à ma formation avec une pensée particulière pour les Dr Fabien Gorse, Loïc Vergnolle, François Chevrier, Tiphaine Droulout, Laure Basuyau, Quiles.

Merci à Marie Brisebarre et Sophie Denard, aux équipes de Carreire 6 et des ECT.

A NOTRE RAPPORTEUR

Monsieur le Docteur Charles-Henry MARTIN

Je te remercie d'avoir gentiment accepté de t'intéresser à ce travail et d'être le rapporteur de cette thèse.

Sois assuré de ma profonde reconnaissance.

AUX MEMBRES DU JURY

Madame le Professeur Marie TOURNIER

Je te remercie d'avoir accepté de faire partie du jury.

J'ai eu la chance et le plaisir d'effectuer un stage dans ton service et ainsi pu bénéficier de tes grandes compétences cliniques et apprécier ta disponibilité, tes conseils et qualités humaines.

Sois assurée de mon admiration et de ma sincère gratitude.

Monsieur le Professeur Igor SIBON

Je vous remercie d'avoir accepté de faire partie de ce jury.

Vous avez accepté avec beaucoup de gentillesse de vous intéresser à notre travail dès le début ; celui-ci n'aurait pas pu aboutir sans votre aide précieuse.

Veillez trouver ici le témoignage de ma sincère et respectueuse reconnaissance.

A MA DIRECTRICE DE THESE

Madame le Professeur Hélène VERDOUX

Je vous remercie de la confiance que vous m'avez accordée en acceptant de diriger ce travail de thèse qui n'aurait pu aboutir sans votre aide, vos conseils avisés et votre disponibilité.

J'ai eu la chance de bénéficier depuis l'externat de la qualité, de la richesse et de la rigueur de votre enseignement et de votre grande expérience qui ont largement contribué à enrichir mes connaissances.

Je souhaite vous exprimer ma profonde reconnaissance, mon admiration et mon respect.

A NOTRE PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur Bruno AOUIZERATE

Je suis très honorée que vous ayez accepté de présider le jury de cette thèse.

Vous nous faites partager votre enseignement de qualité et votre expérience avec passion.

Veillez recevoir avec mes sincères remerciements l'expression de ma reconnaissance.

SOMMAIRE

1. INTRODUCTION	13
2. REVUE DE LA LITTÉRATURE	15
2.1 Origines du concept de stigmatisation : déviance, théorie de l'étiquetage et attribution causale.....	15
2.2 Evolution du concept de stigmatisation	17
2.2.1 Modèle de stigmatisation selon Link.....	17
2.2.1.1 Théorie de l'étiquetage modifiée.....	17
2.2.1.2 « Stigma power », le pouvoir de stigmatisation	20
2.2.2 Modèle de stigmatisation selon Corrigan	22
2.2.2.1 Modèle de Corrigan.....	22
2.2.2.2 Stigmatisation publique et auto-stigmatisation	22
2.3 Concept de stigmatisation : synthèse	24
2.4 Impacts de la stigmatisation	25
2.4.1 Stigmatisation internalisée, estime de soi et espoir	25
2.4.2 Stigmatisation internalisée et symptomatologie psychotique.....	26
2.4.3 Stigmatisation internalisée et symptomatologie dépressive	26
2.4.4 Stigmatisation internalisée et insight.....	26
2.4.5 Stigmatisation internalisée et risque suicidaire	27
2.4.6 Stigmatisation internalisée, rétablissement et autonomisation.....	27
2.4.7 Stigmatisation internalisée et fonctionnement social	28
2.4.8 Stigmatisation internalisée et réhabilitation	28
2.4.9 Stigmatisation et adhésion du patient à la prise en charge psychiatrique.....	29
2.4.10 Impacts de la stigmatisation : synthèse.....	29
2.5 Résistance à la stigmatisation.....	29

2.6 Outils de mesure de la stigmatisation.....	31
2.6.1 Mesures à destination de la population générale adulte	31
2.6.1.1 Evaluation des attitudes.....	31
2.6.1.1.1 Evaluation de la distance sociale.....	31
2.6.1.1.2 Evaluation des stéréotypes	32
2.6.1.1.3 « Opinion about Mental Illness scale (OMI) ».....	33
2.6.1.1.4 « The Community Mental Health Ideology (CMHI) »	34
2.6.1.1.5 « Community Attitudes toward the Mentally Ill (CAMI) »	34
2.6.1.1.6 « Attitude to Mental Illness Questionnaire » (AMIQ)	35
2.6.1.1.7 Key informant questionnaire	36
2.6.1.1.8 Echelle de mesure de la réaction émotionnelle à la pathologie mentale : « Emotional Reaction to Mental Illness Scale (ERMIS) »	36
2.6.1.1.9 Evaluation de la dévaluation et de la discrimination perçues.....	37
2.6.1.1.10 Evaluation de la perception de danger.....	37
2.6.1.2 Evaluation des connaissances en santé mentale.....	38
2.6.1.2.1 « Mental Health Knowledge Schedule » (MAKS)	38
2.6.1.2.2 « Knowledge Quiz »	38
2.6.1.3 Evaluation des comportements « Reported and Intended Behavior Scale ».....	39
2.6.1.4 Evaluation de l'empathie.....	39
2.6.1.5 Evaluation des attributions causales.....	40
2.6.1.6 Evaluation de la familiarité : « Level of Contact Report (LCR) »	40
2.6.2 Mesures à destination des professionnels de santé.....	41
2.6.2.1 « Mental Illness: Clinicians' Attitudes (MICA) medical students version »	41
2.6.2.2 Evaluation des attitudes envers la psychiatrie « Attitudes Towards Psychiatry-30 (ATP-30) »	42
2.6.2.3 Evaluation des attitudes envers la pathologie mentale « Attitudes Towards Mental Illness (AMI) »	42

2.6.2.4 « Specific Attitude to Psychiatry Questionnaire (SATP) »	42
2.6.2.5 « Opening Minds Stigma Scale for Health Care Providers (OMS-HC) »	42
2.6.2.6 « Balon Attitudes Towards Psychiatry »	43
2.6.2.7 Evaluation de l'empathie : « Jefferson Scale of Empathy (JSE) »	43
2.6.2.8 Evaluation des connaissances : « Social Contact Intended Learning Outcomes (SCILO) »	44
2.6.3 Mesures à destination des personnes atteintes de pathologie mentale	44
2.6.3.1 Consumers Experiences of Stigma Questionnaire (CESQ)	44
2.6.3.2 Evaluation des expériences de stigmatisation « Indiana Psychiatric Interview for Illness (IPII) »	45
2.6.3.3 « Discrimination and Stigma Scale (DISC) »	45
2.6.3.4 Mesures des concepts de théorie de l'étiquetage modifiée	46
2.6.3.4.1 Mesure du rejet et de la perception de rejet	46
2.6.3.4.2 Mesure des stratégies d'adaptation	46
2.6.3.4.3 Mesures des sentiments de stigmatisation	47
2.6.3.5 Mesure du soutien social « Social Support Rating Scale (SSRS) »	47
2.6.3.6 Mesure de la stigmatisation intériorisée « Internalized Stigma of Mental Illness scale (ISMI Scale) »	48
2.6.3.7 Evaluation de l'estime de soi : the Rosenberg Self-Esteem Scale	49
2.6.3.8 Evaluation de l'autonomisation	49
2.6.3.8.1 The Boston University Empowerment Scale	49
2.6.3.8.2 The Personal Empowerment Scale	49
2.6.3.9 Evaluation du rétablissement : « Recovery Scale »	49
2.6.4 Mesures destinées aux proches des personnes atteintes de pathologie mentale	50
2.7 Données de la littérature sur l'état de santé somatique des personnes atteintes de pathologies mentales	50

2.7.1 Etudes portant sur l'espérance de vie et les comorbidités somatiques des personnes souffrant de pathologie psychiatrique.....	50
2.7.2 Etudes portant sur les différences de soins entre les personnes souffrant de pathologie psychiatrique et la population générale	54
2.8 Stigmatisation de la psychiatrie par les étudiants en médecine.....	56
2.8.1 Etudes descriptives	58
2.8.1.1 Etudes descriptives des attitudes en fonction du niveau d'études médicales.....	58
2.8.1.2 Etudes descriptives des attitudes en fonction de la pathologie psychiatrique.....	61
2.8.2 Etudes évaluant l'impact de formations et d'interventions	61
2.8.2.1 Etudes de l'impact des stages cliniques sur la stigmatisation de la psychiatrie	61
2.8.2.1.1 Etudes sans suivi à distance.....	61
2.8.2.1.2 Etudes avec suivi à distance	67
2.8.2.1.3 Synthèse des études ne mettant pas en évidence d'impact des stages cliniques sur la stigmatisation de la psychiatrie.....	71
2.8.2.2 Etudes de l'impact de l'enseignement théorique sur la stigmatisation de la psychiatrie	74
2.8.2.3 Etudes de l'impact d'interventions sur la stigmatisation de la psychiatrie	77
2.8.2.3.1 Etudes sans suivi à distance.....	77
2.8.2.3.2 Etudes avec suivi à distance	77
2.8.3 Données de la littérature sur la stigmatisation de la psychiatrie par les étudiants en médecine : synthèse	80
3. ETUDE PERSONNELLE	83
3.1 Objectifs de l'étude	83
3.2 Méthodes	83
3.2.1 Population à l'étude	83
3.2.2 Outil de mesure.....	84
3.2.3 Recueil de données	84

3.2.4 Analyse statistique	85
3.3 Résultats	87
3.3.1 Analyse descriptive.....	87
3.3.1.1 Principales caractéristiques de la population en début de stage.....	88
3.3.1.2 Comparaison des groupes en début de stage.....	90
3.3.1.3 Comparaison des groupes en fin de stage	92
3.3.2 Statistiques analytiques.....	95
3.3.2.1 Scores moyens obtenus selon le lieu de stage.....	97
3.3.2.1.1 Scores moyens obtenus en début de stage.....	97
3.3.2.1.2 Scores moyens obtenus en fin de stage	97
3.3.2.2 Scores moyens obtenus selon la période d'évaluation.....	98
3.3.2.2.1 Scores moyens obtenus selon la période d'évaluation tous groupes confondus	98
3.3.2.2.2 Scores moyens obtenus selon la période d'évaluation dans le groupe « externes en psychiatrie »	98
3.3.2.2.3 Scores moyens obtenus selon la période d'évaluation dans le groupe « externes en neurologie »	99
3.3.2.3 Scores moyens obtenus selon le genre à l'inclusion	99
3.3.2.4 Scores moyens obtenus selon l'histoire personnelle de l'étudiant.....	100
3.3.2.4.1 Scores moyens obtenus selon la présence parmi les proches d'une pathologie psychiatrique.....	100
3.3.2.4.2 Scores moyens obtenus selon la confrontation à une tentative de suicide ou un suicide parmi les proches.....	100
3.3.2.4.3 Scores moyens obtenus selon l'antécédent d'hospitalisation parmi les proches.....	101
3.3.2.5 Analyses multivariées	101
3.4 Discussion des résultats.....	103

3.4.1 Synthèse des principaux résultats	103
3.4.1.1 Description des caractéristiques principales de la population.....	103
3.4.1.2 Caractéristiques associées aux scores à l'échelle MICA :	
analyses univariées.....	103
3.4.1.3 Caractéristiques associées aux scores à l'échelle MICA :	
analyses multivariées	104
3.4.2 Limites méthodologiques de notre étude.....	105
3.4.2.1 Biais de désirabilité sociale	105
3.4.2.2 Biais d'attrition.....	105
3.4.2.3 Biais d'auto sélection	105
3.4.2.4 Biais de sélection.....	106
3.4.2.5 Biais de mesure	106
3.4.3 Comparaison des résultats de notre étude avec les données de la littérature	107
3.4.3.1 Attitudes selon les caractéristiques des étudiants.....	107
3.4.3.1.1 Attitudes selon le genre	107
3.4.3.1.2 Attitudes selon l'histoire personnelle	107
3.4.3.2 Evolution des attitudes des externes à l'issue de leur stage	107
4. CONCLUSION.....	110
5. ANNEXES.....	111
6. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	114
7. RESUME	129

1. INTRODUCTION

Dans les sociétés occidentales, les personnes présentant une pathologie psychiatrique souffrent de stigmatisation : longtemps isolées de la communauté dans les asiles, elles continuent à subir des discriminations malgré la désinstitutionnalisation et leur intégration progressive dans la société à compter des années 1960.

La première partie de notre revue de la littérature présente l'origine du concept de stigmatisation, les principaux modèles sociologiques, les implications des stigmatisations publique et internalisée, la résistance à la stigmatisation et les différents outils de mesure de la stigmatisation.

Les sociologues ne sont pas unanimes sur la définition de la stigmatisation. Le concept de stigmatisation trouve ses fondements dans la notion de déviance selon laquelle les caractéristiques déviant des normes sociales sont « étiquetées » (Lemert, 1951 ; Becker, 1963). Selon Link et Phelan (2001), « l'étiquetage » des caractéristiques considérées indésirables d'un individu (stéréotypes) le sépare du groupe social, son statut social est dévalué et il expérimente des comportements de discrimination : c'est ce que Corrigan (2000) nomme « la stigmatisation publique ». Cette stigmatisation « par les autres » peut être internalisée par la personne présentant une pathologie mentale : on parle alors d'« auto-stigmatisation » (Corrigan et Watson, 2002).

La stigmatisation a de nombreuses conséquences en termes d'estime de soi, d'espoir, de risque suicidaire, de fonctionnement social, d'adhésion aux prises en charge. Cependant, tous les individus n'ont pas la même sensibilité à la stigmatisation ; certains y résistent.

La deuxième partie de notre revue de la littérature est consacrée à la stigmatisation publique par les professionnels de santé au premier rang desquels médecins et étudiants en médecine. Les personnes atteintes de pathologie mentale souffrent de nombreuses comorbidités somatiques réduisant leur espérance de vie. Leur stigmatisation par les médecins et étudiants constitue potentiellement un frein à leur accès aux soins. Les données de la littérature mettent en évidence des attitudes fréquemment négatives à leur égard (Furnham, 1986 ; Kassam *et al*, 2010 ; Stuart *et al.*, 2015).

De nombreux auteurs ont étudié l'impact chez des étudiants en médecine de la réalisation d'un stage en psychiatrie durant leur formation sur leurs attitudes vis-à-vis des patients

souffrant de trouble psychiatrique. Nous développerons les données sur l'impact d'interventions et formations sur l'évolution de leurs attitudes.

Cette revue de la littérature sera suivie de la présentation d'une étude personnelle conduite sur ce sujet. Nous avons comparé l'évolution des attitudes envers la psychiatrie et la pathologie mentale de deux groupes d'étudiants bénéficiant d'un même enseignement théorique psychiatrique mais de stages cliniques dans des spécialités différentes. Nous avons recruté au premier jour de leur stage hospitalier un groupe d'étudiants en stage en service de psychiatrie et un groupe d'étudiants en stage en service de neurologie.

Nos objectifs principaux étaient d'évaluer d'une part l'impact de l'enseignement théorique universitaire de la spécialité psychiatrique, d'autre part d'un stage hospitalier en psychiatrie. Nos objectifs secondaires étaient d'évaluer si le genre et l'histoire personnelle des étudiants étaient associés aux attitudes envers les patients dits psychiatriques.

Nous avons évalué les attitudes des étudiants via une échelle spécifiquement développée auprès d'étudiants en médecine : la Mental Illness : Clinicians' Attitudes (MICA). La première évaluation se déroulait à l'arrivée des étudiants sur leur lieu de stage hospitalier (période précédant la formation théorique). La seconde évaluation était réalisée à l'issue des deux mois à deux mois et demi de stage hospitalier (période postérieure à la formation théorique pour l'ensemble des étudiants et à l'association des formations théorique et pratique pour les externes en services de psychiatrie). Nous présenterons les résultats de notre étude personnelle, discuterons des limites de celle-ci et comparerons les résultats principaux avec les données de la littérature.

2. REVUE DE LA LITTÉRATURE

2.1 Origines du concept de stigmatisation : déviance, théorie de l'étiquetage et attribution causale

Le concept de stigmatisation trouve ses fondements dans l'interactionnisme symbolique, doctrine psychosociologique associée à l'École de Chicago créée en 1937 par Blumer, dont l'axe de recherche central porte sur le phénomène de déviance (Lacaze, 2008). L'approche interactionniste conçoit la déviance comme résultant d'un processus interactif séquentiel.

Lemert (1951) la définit comme une qualité conférée rétrospectivement à un individu à travers une réaction socialement organisée où une étiquette de déviant est posée. Il distingue d'une part, le fait de commettre un acte transgressif sans conséquence pour le statut du sujet (déviance dite primaire) et d'autre part, les conséquences de la réaction sociale de rejet face à un comportement atypique d'un individu qui retentissent sur son identité psychosociale (déviance dite secondaire). Selon lui, « l'attribution d'une caractéristique déviant des normes sociales au moyen d'une étiquette » déclenche le processus de « stigmatisation sociale formelle ». L'étiquette est la condition préalable à la déviance qui justifie la stigmatisation.

Les sociologues américains qui succèdent à Lemert édifient une nouvelle théorie sur la déviance et conceptualisent entre les années 1950 et 1960 la « théorie de l'étiquetage » (« labeling theory »), terme introduit par Becker dans son ouvrage « Outsiders » (1963).

Selon Becker, « le déviant est celui à qui l'étiquette de déviant a été appliquée avec succès, le comportement déviant est le comportement que les gens stigmatisent comme tel » (Becker, 1963).

En 1963, le sociologue américain Erving Goffman publie un essai sur le concept de stigmatisation qu'il définit comme liée à « un attribut qui discrédite profondément » et « réduit le porteur de l'attribut, personne à part entière, à un contaminé, un laissé pour compte ». La stigmatisation d'un individu affecte son identité et complique les interactions interpersonnelles avec ceux que Goffman appelle « les gens normaux ».

Scheff (1966) est le premier à appliquer la théorie de l'étiquetage à la pathologie mentale. Il élabore la notion que lorsque une déviance est étiquetée « maladie mentale », la pression sociale mène l'individu à se comporter conformément aux attentes des stéréotypes sociaux :

acceptant l'étiquette que la société lui appose, l'individu promulgue son rôle de « malade mental » (Lucas et Phelan, 2012).

Selon Wells (1978), « l'acte social d'étiqueter une personne comme déviante tend à altérer l'auto-conception de la personne stigmatisée par incorporation de cette identification ». Du fait d'un effet d'attente comportementale, la personne devient ce qu'on a supposé et dit qu'elle était. Le sujet intériorise l'image que les autres se font de lui et s'auto-définit déviant, façonnant tout un pan de son identité : cette identité déviante favorise à son tour la réalisation d'actes déviants favorisant encore la stigmatisation. L'acceptation par l'individu de l'attribution des caractéristiques (déviations, étiquettes) par l'environnement social est appelée le phénomène d'auto-attribution et contribue à modifier l'identité même du sujet. Cette notion a particulièrement été précisée par Corrigan (cf. infra).

La théorie de l'étiquetage, développée dans les années 1960 et 1970, est en phase avec son époque, qui voit apparaître la critique des institutions officielles.

L'attribution causale (Weiner, 1985) est un concept fondé en 1958 par Fritz Heider, psychologue autrichien, selon lequel « le résultat d'une action est estimé dépendre de deux ensembles de conditions, à savoir, les facteurs internes à la personne et les facteurs environnementaux ».

S'inspirant d'Heider, Bernard Weiner avance en 1985 la théorie d'attribution selon laquelle la pensée est structurée de manière causale : émotions et motivations (intentions de comportements) sont le fruit de causes dites internes et externes. Les expériences émotionnelles constituent le moteur des comportements (actions) motivés.

Selon Weiner trois dimensions causales déterminent la pensée :

Le lieu : notion référant à la dimension interne (traits de personnalité) ou externe (environnement) du facteur conditionnant la pensée

La stabilité : la pensée est caractérisée par des facteurs fluctuants dits « instables » (l'humeur, l'effort, etc.) et des facteurs constants dits « stables » (l'aptitude par exemple)

La contrôlabilité : les déterminants contrôlables (l'effort par exemple) s'opposent aux déterminants incontrôlables (la fatigue par exemple)

Selon ce modèle, la responsabilité perçue d'une condition stigmatisante prédit soit des actions dites « punitives » (si la condition -déficit mental par exemple- est jugée « contrôlable ») soit des actions dites d'« aide » (si la condition est jugée « incontrôlable »).

2.2 Evolution du concept de stigmatisation

2.2.1 Modèle de stigmatisation selon Link

2.2.1.1 Théorie de l'étiquetage modifiée

Dans les années 1980, la théorie de l'étiquetage se voit critiquée en ce sens qu'elle peut être interprétée à tort comme un modèle étiologique de la maladie mentale. Link (1987) s'attache alors à souligner que « l'étiquetage peut affecter la vie des personnes d'autres façons qu'en produisant directement le trouble mental ». S'appuyant sur la théorie de l'étiquetage, il suggère que les individus qui souffrent de trouble mental ont vraisemblablement intériorisé une image négative de la maladie mentale avant d'avoir été étiquetés. Il s'intéresse plus aux conséquences de la stigmatisation qu'à ses causes (Lacaze, 2008) et précise la manière dont les personnes étiquetées « cas psychiatriques » subissent des discriminations : ce sont les fondements de « la théorie de l'étiquetage modifiée ».

En 1984, Jones *et al.* utilisent le terme de « marque » (terme renvoyant à celui d'« attribut », d'« étiquette ») pour décrire une condition considérée déviante, reliant l'individu à des caractéristiques indésirables par la société (les stéréotypes) par un processus d'attribution qui engage à son tour le processus de stigmatisation.

Link ajoute à la définition de la stigmatisation de Jones *et al.* (1984) les composantes « discrimination » et « perte de statut ». Selon sa conception, la stigmatisation est composée de la convergence de plusieurs concepts interdépendants (Link et Phelan, 2001) : le concept d'étiquetage de Becker, les stéréotypes, la séparation, la perte de statut, les discriminations.

Le processus de stigmatisation est séquencé comme suit :

- Le concept d'étiquetage de Becker : Selon Link et Phelan (2001), la plupart des différences interhumaines n'ont pas de pertinence sociale (longueur des doigts, couleur des yeux, etc.) et ne sont pas sujettes à identification. A l'inverse, nombre de différences ont un degré élevé de saillance sociale qui, selon la théorie de l'étiquetage, sont étiquetées par les individus n'étant pas porteur de ces conditions.
- Les stéréotypes : la différence étiquetée est assimilée par la société à un ensemble de caractéristiques indésirables. Par exemple, l'étiquette de « personne ayant déjà été hospitalisée pour maladie mentale » est associée à des croyances stéréotypées

négatives : dangerosité, imprévisibilité, saleté, inutilité, faiblesse, ignorance (Link *et al.*, 1997)

- La séparation du groupe social étiqueté : les personnes étiquetées (c'est-à-dire le groupe « stigmatisé ») sont placées dans des catégories sociales distinctes du groupe « stigmatisant ». Lorsque l'exclusion est profondément marquée, les membres du groupe stigmatisé peuvent accepter les stéréotypes dont ils sont sujets et se considérer comme fondamentalement différents voire inférieurs aux autres.
- Le concept d'expérience de perte de statut social et de discrimination : l'étiquetage négatif, le stéréotype négatif conduisent à un raisonnement de dévaluation (perte de statut social, baisse dans la hiérarchie) et de rejet (discrimination, par exemple le refus d'embauche d'une personne atteinte de pathologie mentale, de location d'appartement, etc.). La personne ayant des caractéristiques considérées comme indésirables voit immédiatement son statut social réduit aux yeux de ceux qui la stigmatisent.

Pour résumer, selon Link et Phelan (2001), une personne (ou un groupe social) est stigmatisé(e) lorsqu'elle est étiquetée (par ses différences distinguées par la société, considérées comme des caractéristiques indésirables), mise à part, expérimentant de ce fait perte de statut social et discrimination. La discrimination conditionne un devenir inégalitaire vis-à-vis de la société, l'individu stigmatisé subit des désavantages multiples en termes de chances de vie : éducation, profession, logement, santé, etc.

Scharnitzky (2006) définit la discrimination comme « un acte comportemental ou verbal négatif envers un individu ou plusieurs membres d'un groupe social à propos duquel il existe un préjugé négatif ».

Link et Phelan (2001) rattachent les comportements de discrimination à « la théorie de l'action raisonnée » d'Ajzen et Fishbein (1980), modèle selon lequel le comportement serait déterminé par l'intention comportementale, elle-même conditionnée par les attitudes du sujet d'une part et les normes subjectives relatives au comportement d'autre part.

Les normes subjectives sont définies comme étant la perception de l'individu sur le fait que la plupart des personnes importantes à ses yeux seraient d'avis qu'il devrait ou ne devrait pas effectuer le comportement en question elles représentent les croyances normatives d'un individu et sa motivation à se plier aux normes.

Ils précisent en outre que la stigmatisation est entièrement dépendante de la puissance sociale, économique et politique en place : sans situation de pouvoir permettant aux composants de la stigmatisation de se déployer, le processus de stigmatisation ne peut s'engager.

Les attitudes sont définies comme des croyances envers les conséquences de ce comportement et l'évaluation de ces conséquences. Elles sont définies d'après Rosenberg et Hovland (1960) par « la théorie tri-composentielle » selon laquelle trois dimensions composent les attitudes :

- une composante affective définie par les émotions, positives ou négatives, qu'a l'individu à l'égard de l'objet ou du sujet soumis à attitude. Il s'agit de la prédisposition à appréhender cet objet comme bon, mauvais, intéressant, dangereux, etc.

- une composante cognitive référant aux connaissances et opinions de l'individu à propos de l'objet.

- une composante conative relative aux comportements passés, présents voire futurs (intentions) vis-à-vis de l'objet.

L'attitude peut être décrite comme une prédisposition mentale à agir d'une manière donnée.

En 2004, Link *et al.* introduisent la notion de réactions émotionnelles dans le processus de stigmatisation. Leur hypothèse est que du point de vue du « stigmatisant », l'ensemble des composants sus cités induisent des réactions émotionnelles (irritabilité, pitié, anxiété, colère, peur) qui participent à l'engagement de comportements envers la personne ou le groupe stigmatisé(e) par des processus identifiés par la théorie d'attribution.

Phelan *et al.* (2014) rappellent que dès leur socialisation, les membres d'une société partagent des croyances culturelles et lorsqu'une personne développe une pathologie mentale, ces croyances deviennent personnellement pertinentes. La personne est susceptible, du fait de sa pathologie, d'appréhender l'interaction sociale avec l'attente de dévaluation de son statut social, de rejet social et d'adopter en conséquence des comportements d'adaptation du type retrait social (éviter le contact social potentiellement menaçant) ou taire sa maladie. Ce phénomène dit d' « auto-stigmatisation » a particulièrement été décrit par Corrigan (cf. infra).

L'anticipation du rejet peut affecter les performances des interactions sociales. C'est une explication du manque d'estime de soi des personnes atteintes de pathologie mentale (Link *et al.*, 2001), de la limite de leurs réseaux sociaux (Link *et al.*, 1989). A l'inverse, les personnes stigmatisantes sont susceptibles d'appréhender les interactions sociales avec le stigmatisé en se plaçant à un statut social plus élevé leur donnant droit d'instaurer une distance sociale, terme proposé par le sociologue Bogardus (1925).

2.2.1.2 « *Stigma power* », le pouvoir de stigmatisation

Récemment, Link et Phelan (2014) ont introduit le concept de « stigma power » (« pouvoir de stigmatisation »), défini comme la capacité à maintenir par des processus de stigmatisation les individus dans le groupe social ou en dehors.

Selon Phelan *et al.* (2008), la stigmatisation est motivée par trois objectifs :

- Application des normes sociales (« keeping people in »)
- Evitement de la maladie (« keeping people away »)
- Exploitation et domination (« keeping people down ») permettant d'atteindre pouvoir, statut social élevé et richesse.

Selon Link et Phelan (2014), la réaction initiale d'un individu face à un autre individu présentant un symptôme de pathologie mentale est généralement un comportement « de bon sens » visant à modifier le comportement de rupture que présente la personne souffrant de pathologie (par exemple tenter de raisonner une idée délirante), ce que Phelan *et al.* (2008) nomment « keeping people in » : le comportement initial vise à garder l'individu différent inséré dans le groupe social.

Cependant, ces réactions visant à enrayer le symptôme échouent : les comportements du malade (bizarrerie de contact dans la schizophrénie, anhédonie dans l'épisode dépressif, etc.) ne sont pas normalisés. A ce stade, la mise à l'écart peut être une stratégie utilisée par l'individu stigmatisant pour éviter les comportements non normatifs, ce que Phelan *et al.* nomment « keeping people away ». La mise à l'écart est facilitée quand le statut de la personne stigmatisée est dénigré, rendant celle-ci impuissante, ce que Phelan *et al.* nomment « keeping people down ».

La motivation initiale serait donc de maintenir la personne souffrant de pathologie mentale dans le groupe social, mais les efforts de maintien ne supprimant pas les comportements en

lien avec les symptômes, la motivation suivant celle de maintien dans le groupe social devient une motivation d'évitement, lui-même facilité par le rabaissement de statut.

Le concept de Link et Phelan est inspiré de celui de « pouvoir symbolique » de Bourdieu (1987), défini comme « la capacité à imposer aux autres sa vision légitimée du monde social et les clivages au sein de ce monde ».

Selon Bourdieu (1987), les distinctions culturelles de valeur (donc la stigmatisation) constituent un mécanisme par lequel le pouvoir est exercé. Les personnes défavorisées par l'exercice du pouvoir symbolique acceptent malgré elles les évaluations culturelles de leur valeur (Corrigan et Watson (2002) nomment cela « la stigmatisation intériorisée » ou « auto-stigmatisation », cf. infra).

Selon le concept de « pouvoir de stigmatisation » de Link et Phelan (2014), les processus de stigmatisation les plus efficaces seraient indirects, dissimulés dans des croyances culturelles prises pour acquises et « méconnues » des personnes à l'origine de la stigmatisation et des personnes stigmatisées.

Link et Phelan (2014) discernent plusieurs types de discriminations :

La discrimination directe « face à face » basée sur des attitudes et stéréotypes ouvertement exprimés. Cette forme de discrimination, évidente, trop visible, n'est pas « socialement acceptable »

La discrimination « structurelle » déclinée sous la forme de lois, politiques sociales, pratiques institutionnelles : souvent très explicite, elle est pourtant socialement validée

La discrimination « interactionnelle » correspondant aux comportements spécifiques que présente un individu lorsqu'il interagit avec une personne qu'il stigmatise (comportement hésitant, condescendant ou a contrario trop chaleureux). L'individu répondra quant à lui en conséquence (avec moins d'assurance, moins chaleureusement, etc.). Malgré de fortes inégalités sociales dans ces interactions, ces actes de discrimination passent souvent inaperçus des acteurs et observateurs éventuels, permettant l'exercice du pouvoir de stigmatisation par des voies non repérées.

La discrimination opérant « à travers la personne stigmatisée » : selon Steele et Aronson (1995), les individus connaissent les stéréotypes négatifs desquels ils peuvent être sujets et se sentent menacés lorsqu'ils se trouvent en situation d'être confrontés à ces stéréotypes. Cette forme de stigmatisation opérant à travers la connaissance voire

l'acceptation potentielle des stéréotypes par les individus concernés, l'identification de l'auteur de discrimination reste méconnue, rendant cette forme de discrimination très puissante.

Les intérêts de pouvoir social du stigmatisant quand ils sont visibles sont contestables alors que méconnus ou jugés naturels, ils deviennent légitimes pour la société (Bourdieu, 1990). La socialisation développe chez un individu dès son plus jeune âge des conceptions ou croyances culturelles (Scheff, 1966) qui sont à la base du processus de stigmatisation.

2.2.2 Modèle de stigmatisation selon Corrigan

2.2.2.1 Modèle de Corrigan

S'appuyant sur les travaux de Weiner, Corrigan (2000) intègre le modèle d'émotion cognition-comportement de la théorie d'attribution dans l'appréhension du phénomène de stigmatisation des maladies mentales : stéréotypes, préjugés et discrimination sont les trois structures qui conceptualisent son modèle.

Selon lui, les stéréotypes sont des structures cognitives de connaissance, des croyances culturelles communes apprises avec la socialisation à propos d'un groupe social ciblé (par exemple « les personnes atteintes de maladie mentale sont dangereuses »).

L'adhésion aux croyances culturelles communes provoque des réactions émotionnelles : ce sont les préjugés, conséquences cognitives et émotionnelles du stéréotype (partant de l'exemple ci-dessus « c'est vrai, ces individus sont dangereux : ils me font peur »). La peur, la pitié et la colère sont les trois principales réactions émotionnelles.

Ces processus cognitifs entraînent des comportements dits de discrimination (toujours dans l'exemple cité, évitement, approbation de traitements coercitifs ou d'institutionnalisation).

2.2.2.2 Stigmatisation publique et auto-stigmatisation

Corrigan et Watson (2002) distinguent deux types de stigmatisation : la stigmatisation publique et l'auto-stigmatisation.

La stigmatisation publique est le phénomène de stigmatisation de grands groupes sociaux approuvant les stéréotypes à propos d'un groupe stigmatisé. L'auto-stigmatisation est l'internalisation de la stigmatisation publique par les personnes sujettes à stigmatisation.

Avant que leur maladie mentale se déclare, la plupart des gens ont conscience des stéréotypes approuvés culturellement à propos de la maladie mentale. Lors de l'apparition de la pathologie ou du diagnostic, la conscience de la stigmatisation affecte potentiellement l'individu : les idées de stigmatisation deviennent personnellement pertinentes, les individus se dévaluent eux-mêmes. L'anticipation du rejet peut mener l'individu à restreindre son réseau social (favorisant isolement, chômage), contribuant à diminuer estime de soi et auto-efficacité (travaux de Link, cf. supra).

La transition entre attribution de caractéristiques (stigmatisation) par l'environnement social à l'encontre d'un individu (ou groupe d'individus) et l'acceptation (auto-attribution, auto-stigmatisation) de telles caractéristiques vient modifier l'identité même du sujet.

Corrigan (2002) a par ailleurs mis en évidence qu'auto-stigmatisation et autonomisation étaient diamétralement opposées sur un continuum : selon Rüsç *et al.* (2005), les personnes ayant une condition sujette à stigmatisation qui ne s'identifient pas au groupe stigmatisé ne ressentent ni les préjugés ni la discrimination et restent indifférentes à la stigmatisation. A l'inverse, les personnes qui s'identifient au groupe stigmatisé s'auto-stigmatisent. S'ils considèrent la stigmatisation qu'ils subissent légitime, ils ont de manière générale une faible estime d'eux. S'ils la considèrent illégitime, ils ont généralement une réaction émotionnelle de colère : ces individus sont généralement plus autonomes, fournissant probablement plus « d'efforts » que les autres pour maintenir une qualité de vie satisfaisante.

L'auto-stigmatisation est liée à la conscience des troubles de l'individu souffrant de pathologie mentale : l'absence de conscience des troubles est associée à une faible auto-stigmatisation (Rüsç *et al.*, 2002). Elle est également fonction de la perception des messages de stigmatisation : cette cognition sociale est notamment altérée dans la schizophrénie (Rüsç *et al.*, 2005).

Rüsç *et al.* (2005) suggèrent que l'auto-stigmatisation peut être une des causes de non-investissement des soins pour certains individus souffrant de pathologie mentale (absence de recours aux soins, mauvaise observance médicamenteuse, etc.) : l'évitement de l'« étiquetage » diminue la menace de stigmatisation perçue pour l'individu qui a conscience des préjugés de la société envers les personnes souffrant de pathologie mentale. La stigmatisation limiterait ainsi les perspectives de rétablissement (Corrigan *et al.*, 2005).

Rüsç *et al.* (2005) soulignent deux conséquences délétères de la stigmatisation envers les personnes souffrant de pathologie mentale : discriminations de la vie quotidienne dans les

interactions interpersonnelles et discriminations émanant d'institutions privées et publiques qui restreignent intentionnellement ou pas des opportunités pour les personnes atteintes de maladie mentale (Corrigan *et al.*, 2004 ; Matschinger et Angermeyer, 2004).

Récemment, Rüş *et al.* (2014) ont émis l'hypothèse que les individus à risque de développer une pathologie psychotique sont également susceptibles d'être étiquetés « malades mentaux » et d'expérimenter de ce fait la stigmatisation, en raison des symptômes précoces qu'ils présentent. Ils ont identifié que leur « bien-être » (mesuré par la Manchester Short Assessment of Quality of Life) en était réduit, indépendamment de l'âge, du sexe, des symptômes, et de la comorbidité psychiatrique.

Les effets négatifs de la stigmatisation ont potentiellement un effet négatif sur la qualité de vie du stigmatisé déjà altérée par la symptomatologie psychiatrique (Smith, 2002 ; Corrigan, 1999). En ce sens, Corrigan (2004) suggère que la stigmatisation relative à la maladie mentale, constituant une barrière majeure aux soins, représente un enjeu majeur de santé publique.

Une des hypothèses de limite d'accès aux soins par les individus atteints de pathologie mentale sont les attitudes et comportements de stigmatisation potentiels des acteurs de soins psychiatriques, susceptibles d'aggraver les sentiments de rejet social. Ceux-ci freineraient l'accès aux soins, aux traitements médicamenteux (Oliver et Pearson, 2005), limiteraient le rétablissement et participeraient à la marginalisation sociale de la personne souffrant de pathologie mentale (Thornicroft, 2008).

2.3 Concept de stigmatisation : synthèse

Pour résumer, une réaction socialement organisée attribuée à une caractéristique individuelle ou groupale déviant des normes sociales une « étiquette » qui déclenche le processus de stigmatisation sociale (Lemert, 1951). La « théorie de l'étiquetage » (Becker, 1963) a été rapidement appliquée à la pathologie mentale dans une époque marquée par la désinstitutionnalisation et l'intégration des patients psychiatriques dans la communauté (Scheff, 1966).

La théorie de l'étiquetage subit de nombreuses critiques à partir des années 1980. Link élabore en 1987 « la théorie de l'étiquetage modifiée ». Les individus souffrant de trouble mental auraient selon cette théorie intériorisé une image négative de la maladie mentale avant d'avoir été étiquetés. En effet, les caractéristiques indésirables (stéréotypes) sont intégrées par

chaque membre de la société dès sa socialisation, à travers les croyances culturelles (Scheff, 1966).

S'appuyant sur les travaux d'attribution causale de Weiner (1985), Corrigan (2000) suggère que l'adhésion aux stéréotypes (structures cognitives) entraîne des préjugés (réactions émotionnelles) à l'origine de comportements de discrimination.

Corrigan et Watson (2002) distinguent stigmatisation publique et auto-stigmatisation. L'auto-stigmatisation (ou stigmatisation internalisée) est l'internalisation de la stigmatisation publique par les personnes sujettes à stigmatisation. Par définition liée à la conscience des troubles de l'individu, l'auto-stigmatisation constitue à son tour un frein à l'investissement de l'individu dans les soins psychiatriques : l'évitement de l'étiquetage diminue la menace de stigmatisation publique perçue pour l'individu. En outre, les acteurs de soins eux-mêmes sont susceptibles d'avoir des attitudes de stigmatisation (Thornicroft, 2008).

2.4 Impacts de la stigmatisation

2.4.1 Stigmatisation internalisée, estime de soi et espoir

L'espoir est défini par Snyder *et al.* (1991) comme la représentation générale d'un individu de son futur et les capacités (moyens) qu'il est susceptible de mobiliser pour atteindre ses attentes. Snyder distingue ces deux aspects : les attentes et les motivations.

Plusieurs études ont mis en évidence une association négative entre stigmatisation internalisée et estime de soi dans une population d'individus souffrant de trouble psychotique ou thymique (Ritsher et Phelan, 2004 ; Werner *et al.*, 2009 ; Lysaker *et al.*, 2007).

En 2008, Lysaker *et al.* ont centré leur étude sur les deux aspects de l'espoir et identifié une association négative entre l'aspect motivationnel de l'espoir et la stigmatisation internalisée.

Récemment, Lien *et al.* (2015) ont également mis en évidence dans une population d'individus souffrant de troubles psychotiques une corrélation négative entre stigmatisation internalisée et estime de soi, et stigmatisation internalisée et espoir. Selon Mashlach-Eizenberg *et al.* (2013), la stigmatisation internalisée affecterait l'estime de soi, qui à son tour aurait des répercussions négatives sur l'espoir, aboutissant à une diminution de la qualité de vie subjective.

2.4.2 *Stigmatisation internalisée et symptomatologie psychotique*

Lysaker *et al.* (2007, 2009) ont également observé dans leur population d'individus souffrant de schizophrénie ou de trouble schizo-affectif une association positive entre symptomatologie psychotique positive et négative et stigmatisation internalisée. Park *et al.* (2013) n'ont à l'inverse pas retrouvé cette association entre stigmatisation internalisée et symptomatologie négative dans une autre population d'individus souffrant de schizophrénie ou de trouble schizo-affectif.

Yanos *et al.* (2008) et Assefa *et al.* (2012) ont eux aussi identifié une association positive entre stigmatisation internalisée et symptomatologie psychotique dans des populations d'individus souffrant de schizophrénie ou de trouble schizo-affectif.

2.4.3 *Stigmatisation internalisée et symptomatologie dépressive*

Outre l'association négative entre stigmatisation internalisée et estime de soi, plusieurs études ont trouvé une association positive entre symptomatologie dépressive et stigmatisation internalisée dans cette même population d'individus souffrant de trouble psychotique ou thymique (Ritsher et Phelan, 2004 ; Lien *et al.*, 2015 ; Yanos *et al.*, 2008 ; Park *et al.*, 2013).

2.4.4 *Stigmatisation internalisée et insight*

Pruß *et al.* (2012) ont étudié la relation entre caractéristiques cliniques, sociodémographiques, fonctions neurocognitives, stigmatisation internalisée et insight dans une population d'individus souffrant de schizophrénie. Ils ont observé une association positive entre l'insight et la stigmatisation internalisée. Alors que l'étiquette « schizophrénie » stimule potentiellement un processus de stigmatisation publique, l'insight jouerait un rôle d'identification au procédé de stigmatisation internalisée.

Lysaker *et al.* (2007) ont étudié les relations entre stigmatisation internalisée, insight, estime de soi, espoir et fonctionnement social. Leurs analyses ont mis en évidence deux groupes de personnes ayant un insight élevé, chaque groupe étant lui-même divisé selon le niveau de stigmatisation internalisée. Ils ont comparé ces groupes en termes d'espoir, estime de soi et fonctionnement social. Le groupe d'individus internalisant modérément la stigmatisation a de plus bas niveaux d'estime de soi, d'espoir et un réseau social moins développé que le groupe d'individus ayant un faible niveau de stigmatisation internalisée.

L'association degré élevé d'insight / faible niveau de stigmatisation internalisée minimale est associée négativement au fonctionnement social.

2.4.5 Stigmatisation internalisée et risque suicidaire

Sharaf *et al.* (2012) ont évalué l'impact de la stigmatisation internalisée et de l'insight sur le risque suicidaire dans une population d'individus souffrant de schizophrénie. Dans leur population, le risque suicidaire est positivement associé à la stigmatisation internalisée et à la symptomatologie psychotique. Alors que l'insight n'est pas associé de manière indépendante des autres caractéristiques au risque suicidaire, la symptomatologie psychotique et la stigmatisation internalisée prédisent indépendamment le risque suicidaire.

Dans leur population d'individus souffrant de schizophrénie, Assefa *et al.* (2012) ont également trouvé une association positive entre stigmatisation internalisée et tentatives de suicide.

2.4.6 Stigmatisation internalisée, rétablissement et autonomisation

En 2008, Yanos *et al.* ont étudié les relations entre stigmatisation internalisée, conscience des troubles, symptômes psychiatriques, estime de soi, espoir et stratégies d'adaptation dans une population de personnes souffrant de schizophrénie ou de trouble schizo-affectif. Selon leur modèle, à travers son impact sur l'estime de soi et sur l'espoir, la stigmatisation internalisée entraîne des comportements d'évitement des situations perçues comme potentiellement menaçantes et favorise l'apparition d'une symptomatologie dépressive. En ce sens, la stigmatisation internalisée a des effets délétères sur le rétablissement : la perte d'espoir sur les possibilités de rétablissement est à l'origine d'un moindre engagement dans les prises en charge de réhabilitation et dans l'observance médicamenteuse, le « désengagement » renforçant par ailleurs le manque de support social et la symptomatologie psychotique (qui eux-mêmes favorisent l'évitement social).

Staring *et al.* (2009) ont étudié l'impact de la stigmatisation internalisée sur ces associations négatives dans une population d'individus souffrant de troubles du spectre de la schizophrénie. Ils ont constaté que l'insight est associé positivement à l'engagement dans le soin. Ces associations sont fortes quand la stigmatisation internalisée est forte et faibles quand la stigmatisation internalisée est faible.

En 2013, Park *et al.* ont étudié dans une population d'individus souffrant de schizophrénie ou de trouble schizo-affectif la relation de la stigmatisation internalisée avec les attitudes dysfonctionnelles. La stigmatisation internalisée est associée à des croyances de performance personnelle défaitistes, de faible probabilité de réussite, de ressources personnelles limitées. Ces croyances conditionnent des attitudes dysfonctionnelles : stigmatisation internalisée et attitudes dysfonctionnelles sont associées positivement. En 2007, Vauth *et al.* ont mis en évidence une association négative entre stigmatisation internalisée et auto-efficacité et autonomisation dans une population d'individus souffrant de schizophrénie. Plus récemment, d'autres études ont confirmé cette association dans une population d'individus souffrant de troubles psychotiques ou thymiques (Lien *et al.*, 2015 ; Brohan *et al.*, 2011).

2.4.7 Stigmatisation internalisée et fonctionnement social

Brohan *et al.* (2011) ont retrouvé outre l'association avec l'autonomisation une association négative de la stigmatisation internalisée avec le support social, la scolarité universitaire et l'emploi.

Dans l'étude de Park *et al.* (2013), la stigmatisation internalisée est associée négativement à la qualité de vie subjective en termes de satisfaction des relations familiales et sociales. A l'inverse, il n'y a pas d'association entre stigmatisation internalisée et qualité de vie objective (contacts sociaux et familiaux) : la stigmatisation internalisée n'affecte pas la quantité de contacts mais la qualité (c'est-à-dire la satisfaction des contacts).

Dans leur population d'individus souffrant de schizophrénie, Assefa *et al.* (2012) ont souligné une association positive entre stigmatisation internalisée et le statut de célibataire, et stigmatisation internalisée et mode de vie rural.

2.4.8 Stigmatisation internalisée et réhabilitation

Lysaker *et al.* (2012) ont étudié l'évolution du degré de stigmatisation internalisée, de l'estime de soi et des symptômes psychotiques positifs dans une population de personnes souffrant de schizophrénie intégrées dans un programme de réhabilitation. A l'issue du programme, la stigmatisation internalisée des individus avait diminué, l'estime de soi était augmentée (les symptômes psychotiques positifs étaient inchangés).

2.4.9 Stigmatisation et adhésion du patient à la prise en charge psychiatrique

Fung *et al.*, (2007) ont étudié une population d'individus souffrant de pathologies mentales diverses et mis en évidence une corrélation négative entre stigmatisation internalisée et adhésion à la prise en charge psychiatrique. En 2001, Sirey *et al.* observent chez les personnes âgées souffrant de dépression une association négative entre stigmatisation perçue et adhésion à la prise en charge.

Plus particulièrement, l'attitude envers les traitements médicamenteux conditionnerait l'adhésion thérapeutique : la crainte du rejet social constituerait une des causes de non adhésion au traitement médicamenteux (Freudenreich *et al.*, 2004). Hudson *et al.* (2004) ont observé dans une population d'individus souffrant de schizophrénie que l'une des principales barrières d'adhésion au traitement médicamenteux est la stigmatisation liée au fait de prendre un traitement psychotrope. Dans la population d'individus souffrant de schizophrénie d'Assefa *et al.* (2012), près de la moitié des individus ayant interrompu leur traitement l'expliquait par le fait de la stigmatisation internalisée induite par le fait de prendre un traitement psychiatrique.

2.4.10 Impacts de la stigmatisation : synthèse

L'auto-stigmatisation est associée négativement à l'estime de soi, l'espoir, l'auto-efficacité, l'autonomisation, la réhabilitation, la qualité de vie subjective, au rétablissement. Elle est à l'inverse associée positivement aux symptomatologies psychotique et dépressive et au risque suicidaire.

Déjà altérée par la symptomatologie psychiatrique, la stigmatisation a des effets délétères sur la qualité de vie de l'individu ciblé (Corrigan, 1999). Certains individus cependant résistent à la stigmatisation (Sibitz *et al.*, 2011 ; Nabors *et al.*, 2014).

2.5 Résistance à la stigmatisation

Thoits (2011) définit la résistance à la stigmatisation comme « l'opposition aux stéréotypes », elle serait « une confrontation active et / ou une déviation des croyances négatives associées à la maladie mentale ».

Sibitz *et al.* (2011) définissent la résistance à la stigmatisation par le fait de « ne pas être affecté par les attitudes stigmatisantes ». Une étude auprès de personnes souffrant de

schizophrénie et de troubles schizo-affectifs montre que la résistance à la stigmatisation est corrélée positivement avec l'estime de soi, l'autonomisation, la qualité de vie ; et négativement avec les mesures de stigmatisation perçue et de symptomatologie dépressive. Ils qualifient estime de soi et réseau social de « facteurs protecteurs de la stigmatisation ». Sibitz *et al.* (2011) décrivent la résistance à la stigmatisation comme un concept proche de la résilience, capacité à supporter le stress, l'adversité et à rebondir (Rutter, 2006 ; Van Zelst, 2009). La résistance rendrait l'individu moins vulnérable à l'internalisation des croyances de stigmatisation.

En 2014, Nabors *et al.* ont étudié le lien entre résistance à la stigmatisation et dépression, estime de soi, capacités métacognitives, symptômes psychotiques positifs et négatifs dans une population de patients atteints de schizophrénie. Dans leur population, la résistance à la stigmatisation est corrélée positivement avec les capacités métacognitives et l'estime de soi, et négativement avec l'acceptation des stéréotypes concernant les maladies mentales et la symptomatologie psychotique négative. A noter cependant que la corrélation entre résistance à la stigmatisation et symptomatologie psychotique négative n'est plus significative dans les analyses multivariées. Ils n'ont à l'inverse pas trouvé de corrélation entre symptomatologie psychotique positive et résistance à la stigmatisation.

Nabors *et al.* (2014) ont conforté les résultats de Sibitz *et al.* (2011) sur l'association entre résistance à la stigmatisation et forte estime de soi et faible stigmatisation internalisée. Contrairement à Sibitz *et al.* (2011), Nabors *et al.* (2014) n'ont pas trouvé de corrélation entre affects dépressifs et résistance à la stigmatisation.

La capacité à identifier les processus mentaux d'autrui (théorie de l'esprit) contribuerait à résister à la stigmatisation. Les auteurs expliquent cette association par une hypothèse selon laquelle en reconnaissant les processus mentaux de stigmatisation d'autrui comme subjectifs et faillibles, la personne ayant de bonnes capacités en théorie de l'esprit pourrait mieux gérer les schémas d'attribution dont elle est sujette.

Les auteurs différencient rejet (ou résistance) de la stigmatisation et évitement de la stigmatisation internalisée. La résistance à la stigmatisation serait la capacité à créer et modifier des représentations cognitives complexes d'eux-mêmes et des autres une fois la stigmatisation expérimentée.

Campellone *et al.* (2014) ont étudié les liens entre stigmatisation internalisée, résistance à la stigmatisation, symptômes psychotiques négatifs et pouvoir social (défini par Anderson *et*

al., 2012 comme la perception de sa capacité à contrôler et influencer une autre personne ou un groupe de personnes). Dans leur population de patients souffrant de schizophrénie, le pouvoir social est associé à une moindre stigmatisation internalisée et à une résistance à la stigmatisation plus importante.

Lien *et al.* (2015) ont réalisé une étude dans une population de patients suivis en ambulatoire atteints de schizophrénie, trouble schizo-affectif, troubles de l'humeur, troubles anxieux. Dans leur population, la résistance à la stigmatisation est corrélée négativement à la stigmatisation internalisée, la symptomatologie dépressive, le désespoir ; et positivement à l'estime de soi, l'auto-efficacité. Selon eux, résistance à la stigmatisation et stigmatisation internalisée sont diamétralement opposées et ils émettent l'hypothèse qu'une forte résistance à la stigmatisation aiderait à combattre les croyances de stigmatisation.

Les études réalisées jusqu'à ce jour n'ont pas mis en évidence de corrélation entre expériences de discrimination et résistance à la stigmatisation. Lien *et al.* (2015) suggèrent que les expériences de discrimination sont essentiellement le fait de facteurs environnementaux.

2.6 Outils de mesure de la stigmatisation

2.6.1 Mesures à destination de la population générale adulte

2.6.1.1 Evaluation des attitudes

2.6.1.1.1 Evaluation de la distance sociale

Le concept de « distance sociale » défini par Robert Park de l'école de Chicago en 1924 comme « le degré de compréhension et d'intimité qui caractérise les relations présociales et sociales » est l'un des premiers composants de la stigmatisation étudiés. Les mesures de distance sociale cherchent à évaluer la volonté à interagir avec une personne cible dans différents types de relations.

D'après Link *et al.* (2004), la première échelle a été développée par Bogardus en 1925 en Californie (Bogardus, 1925) : la *Bogardus social distance scale* visait à décrire la distance sociale par race / ethnie. Le principe étant pour le participant de classer une liste de groupes de races et de langues en trois catégories selon « leur sentiment », de la sympathie à l'antipathie. Il s'agit d'une mesure empirique de la distance sociale.

L'apparition du concept de distance sociale dans le domaine de la maladie mentale voit le jour avec les époux Cumming en 1957 (Smith, 2013) à Saskatchewan (Canada) qui sont à l'origine du premier programme d'éducation visant à changer les attitudes de la population générale à l'égard des personnes atteintes de pathologie mentale. Depuis, de nombreuses déclinaisons de cette échelle ont été utilisées, montrant de bonnes voire d'excellentes fiabilités (coefficients alpha de 0,75 à 0,90, Link *et al.*, 2004).

2.6.1.1.2 Evaluation des stéréotypes

Le différenciateur sémantique est une technique de mesure permettant l'évaluation des stéréotypes - tendance à rattacher un concept à des attributs négatifs – développée par Osgood en 1957. Nunnally et plus tardivement Olmsted, Durham et Crisp ont appliqué cette technique au concept de « maladie mentale » et évalué les stéréotypes par la population générale et les professionnels (Link *et al.*, 2004).

Les participants associent des caractéristiques à un concept d'intérêt (en l'occurrence le concept cible de « personne atteinte de maladie mentale ») selon une échelle à sept degrés dont les deux extrémités opposent deux qualificatifs (exemple malhonnête versus sincère). Le participant attribue parallèlement des caractéristiques à d'autres concepts que le concept cible (par exemple les concepts "quelqu'un d'autre" ou "moi") selon la même échelle de qualificatifs. Les stéréotypes sont évalués par la comparaison des caractéristiques associées au concept d'intérêt à celles attribuées aux autres concepts : par exemple, caractéristiques « personne atteinte de maladie mentale » versus caractéristiques « personne non atteinte de maladie mentale ».

Olmsted et Durham ont réalisé une étude chez des étudiants universitaires entre 1962 et 1971 ; évaluant des coefficients de fiabilité très élevés (de 0,95 à 0,99). La validité de construit des questionnaires est suggérée par le fait que les concepts « personne atteinte de maladie mentale » ont été associées par les participants à des caractéristiques plus péjoratives que les concepts de comparaison.

La Beliefs towards Mental Illness scale (BMI) est un auto-questionnaire développé par Hirai et Clum (2000), composé de 21 items mesurant les stéréotypes négatifs de la pathologie mentale. Il se divise en trois sous-échelles mesurant la dangerosité (et le sentiment de honte et le manque de confiance suscités), la pauvreté des compétences sociales et interpersonnelles et l'incurabilité. Les items sont cotés selon une échelle de Likert à six degrés. Le coefficient alpha de Cronbach est de l'ordre de 0,9.

2.6.1.1.3 « Opinion about Mental Illness scale (OMI) »

Cette échelle multidimensionnelle à destination des professionnels de santé a été développée par Struening et Cohen en 1963 (Link *et al.*, 2004) pour évaluer les attitudes vis-à-vis des causes et traitements des maladies mentales (contrairement à la plupart des échelles qui évoquent directement la personne, cette échelle évoque la maladie). Il s'agit d'un auto-questionnaire de 51 items auxquels le participant répond selon une échelle de Likert à six degrés. Cinq dimensions sont identifiées :

- « l'autoritarisme » (onze items), opinion selon laquelle les personnes atteintes de maladie mentale en tant que « classe inférieure » sont irresponsables de leurs actes et doivent être contrôlées par l'autorité sociale.
- « la bienveillance » (quatorze items), attitude selon laquelle les personnes atteintes de maladie mentale sont vues selon des idéaux plus humanistes voire religieux que scientifiques (« attitude entre la tolérance et la compassion »).
- « la restriction sociale » (dix items), opinion selon laquelle les activités de personnes atteintes de maladies mentales doivent être limitées dans certains domaines tels le mariage, le vote, la maternité, les emplois, et la parentalité.
- « l'étiologie-interpersonnelle » (neuf items), opinion selon laquelle les maladies mentales sont le fruit d'expériences interpersonnelles, en particulier l'absence d'environnement familial bienveillant.
- « l'idéologie d'hygiène mentale » (neuf items), opinion selon laquelle la pathologie mentale doit être considérée comme une pathologie quelconque et de ce fait appréhendée comme telle avec une approche rationnelle scientifique.

Les cohérences internes sont satisfaisantes pour l'autoritarisme (0,77-0,80), la bienveillance (0,70-0,73), la restriction sociale (0,71-0,77) et l'étiologie interpersonnelle (0,65-0,66). A l'inverse la cohérence interne pour l'idéologie d'hygiène mentale est faible (0,29-0,39).

Le contenu des items de l'OMI est formulé de manière à stimuler les affects du participant et induire des réactions émotionnelles, par exemple "All patients in mental hospitals should be prevented from having children by a painless operation.". En outre, les domaines explorés sont vastes.

Cette échelle est probablement l'échelle la plus utilisée depuis son développement.

2.6.1.1.4 « The Community Mental Health Ideology (CMHI) »

Baker et Schulberg (1967) ont développé cette échelle en vue de mesurer le degré d'adhésion d'un individu à l'idéologie communautaire de la santé mentale. Elle contient 38 items (19 orientés positivement, 19 négativement) divisés en cinq catégories :

Un focus sur la population, l'idée étant que les soins psychiatriques concerneraient non seulement les patients identifiés comme ayant une pathologie psychiatrique mais également les personnes non identifiées

La prévention primaire

Les objectifs sociaux : aider le patient à se réadapter socialement avec les contraintes de sa maladie

La continuité globale des soins

L'implication totale de la communauté à travailler avec une variété de ressources communautaires pour aider les patients.

Le participant répond aux items selon une échelle de Likert à six degrés de 1 à 7 avec un score de 4 quand aucune réponse n'est donnée.

Le coefficient alpha de Cronbach de fiabilité global de l'échelle est de 0,94. La fiabilité test-retest est de 0,92.

2.6.1.1.5 « Community Attitudes toward the Mentally Ill (CAMI) »

A l'époque de la désinstitutionnalisation, développement majeur dans la prise en charge des personnes souffrant de troubles mentaux, Taylor et Dear (1981) se sont basés sur l'OMI, la CMHI et la Custodial Mental Illness ideology scale (créée par Gilbert et Levinson, 1956) pour développer cette échelle dans deux objectifs :

- discriminer les personnes qui acceptent des personnes qui rejettent la maladie mentale dans leur communauté
- prévoir et expliquer les réactions de la communauté face aux installations locales desservant les besoins des personnes atteintes de maladie mentale.

L'échelle est constituée de 40 items classés en quatre sous-échelles : la dimension « autoritarisme » (basée sur l'OMI et la CMI), les dimensions « bienveillance » et « restriction sociale » (issues d'items de l'OMI) et la dimension « CMHI ». Le participant répond aux items selon une échelle de Likert à cinq degrés.

Les coefficients de fiabilité alpha sont satisfaisants : « CMHI » alpha = 0,88, « restriction sociale » alpha = 0,80, « bienveillance » alpha = 0,76, « autoritarisme » alpha = 0,68.

La CAMI explore les attitudes qui prévoient et expliquent les réponses individuelles et communautaires envers les personnes atteintes de maladie mentale et les installations desservant leurs besoins.

2.6.1.1.6 « Attitude to Mental Illness Questionnaire » (AMIQ)

Luty *et al.* (2006) ont développé ce bref auto-questionnaire (destiné à la population générale) de cinq items auxquels le participant répond après lecture d'une courte vignette clinique selon une échelle de Likert à cinq degrés. Chaque vignette décrit très brièvement (en une à deux phrase[s]) la situation d'un individu imaginaire.

Il s'agit par exemple de l'énoncé suivant : « John s'est injecté de l'héroïne quotidiennement depuis un an ». Dans ce cas précis, les questions posées au participant concernent son avis sur l'impact du comportement de John sur sa carrière professionnelle, la probabilité que sa femme le quitte, la probabilité qu'il ait des ennuis avec la loi, l'aisance que le participant aurait à être son collègue, à l'inviter à un dîner.

Les autres vignettes sont les suivantes :

« Tim est dépressif et s'est intoxiqué au paracétamol le mois dernier pour tenter de se faire du mal »

« Steve s'est alcoolisé fortement pendant cinq ans. Il est désormais traité et assiste à des réunions d'alcooliques anonymes »

« Robert est un criminel condamné. Il a été incarcéré à plusieurs reprises pour vol et vol à l'étalage et actuellement a été libéré sous caution pour fraude et vol »

« Peter est atteint de diabète. Il nécessite des injections d'insuline quotidiennes et a un régime alimentaire particulier »

« Michael est atteint de schizophrénie. Il nécessite une injection médicamenteuse toutes les deux semaines. Il a été hospitalisé plusieurs semaines il y a deux ans parce qu'il entendait des voix provenant du Diable et pensait avoir le pouvoir de provoquer des tremblements de terre. Il a été sous le régime du Mental Health Act 1983 par le passé »

« Steve est un chrétien pratiquant. Il va à l'église tous les dimanches et tente de mener une vie chrétienne ».

Le score total pour chaque vignette de l'AMIQ varie entre -10 et +10. Cet instrument a été noté de sorte qu'un score plus élevé (plus positif) correspond à une attitude favorable ou moins stigmatisante. La stabilité test-retest est modérée (coefficient 0,702).

2.6.1.1.7 Key informant questionnaire

Wig *et al* créent en 1980 le « key informant questionnaire » (Link *et al*, 2004) pour évaluer la perception des maladies mentales dans la communauté en Inde, au Soudan et aux Philippines à partir d'informateurs clés (ou témoins privilégiés : personnes qui, par leur position, action, leurs responsabilités, ont une bonne connaissance du problème ; ils peuvent appartenir au public sur lequel porte l'étude ou en être extérieurs mais largement concernés par ce public).

Le questionnaire se compose de vignettes cliniques décrivant retard mental, épilepsie, épisode psychotique aigu, état maniaque, épisode dépressif avec caractéristiques psychotiques, schizophrénie, épisode dépressif majeur et épisode dépressif d'intensité mineure ou modérée. Le participant évalue selon une échelle à trois points l'impact des conditions ci-dessus en termes de gravité, pronostic, diminution des chances de mariage, capacité à vivre seul, à travailler, à étudier.

Cet instrument, peu utilisé dans la littérature a néanmoins été étudié dans deux études, mettant en évidence une validité de construit satisfaisante. La faiblesse de cet outil réside dans l'absence de données de fiabilité.

2.6.1.1.8 Echelle de mesure de la réaction émotionnelle à la pathologie mentale : « Emotional Reaction to Mental Illness Scale (ERMIS) »

Angermeyer et Matschinger (1996) proposent une échelle de mesure des réactions émotionnelles envers les personnes atteintes de pathologie mentale : « Emotional reaction to mental illness scale ». L'échelle s'appuie sur deux vignettes cliniques descriptives (l'une portant sur la schizophrénie, l'autre sur la dépression) et permet d'analyser trois facteurs : les émotions agressives (colère, irritabilité), les réactions prosociales (désir d'aide, sympathie) et les sentiments d'anxiété (malaise, inquiétude, peur). Elle est constituée de quatre items dont les réponses sont graduées selon une échelle de Likert à cinq points. Fiabilité validité sont mises en évidence.

2.6.1.1.9 Evaluation de la dévaluation et de la discrimination

Selon la théorie de l'étiquetage modifiée (Link *et al.*, 2004), la dévaluation et la discrimination perçues n'auraient aucun impact sur le fonctionnement social ou psychologique d'un individu qui n'a jamais été officiellement « étiqueté » comme souffrant de maladie mentale : en l'absence d'étiquette de pathologie mentale, l'individu peut croire que les autres rejettent les sujets souffrant de pathologie psychiatrique mais cette croyance n'a pas de pertinence personnelle. Conformément à cette prédiction, lorsque l'échelle est administrée aux personnes qui n'ont jamais été officiellement étiquetées, il n'y a pas d'association significative entre le score obtenu à l'échelle et le salaire, le chômage, l'intégration dans les réseaux sociaux ou l'abattement psychologique.

En 1987, afin de tester les hypothèses associées à la théorie d'étiquetage modifiée Link propose une mesure de la dévaluation/discrimination perçues, c'est-à-dire la perception du participant de « ce que la majorité des autres personnes croit » - élément clé de la théorie de l'étiquetage modifiée.

L'évaluation de la dévaluation repose sur douze items mesurant le degré d'accord du participant avec des assertions du type que la plupart des personnes dévaluent les patients atteints de pathologie psychiatrique, les considèrent comme « des ratés », « moins intelligents que les autres » ou comme des « individus dont les opinions ne doivent pas être prises au sérieux ».

L'évaluation de la discrimination concerne les relations professionnelles, amicales et sentimentales selon une échelle de Likert à six degrés.

L'échelle est applicable à la population générale afin de tester la théorie d'étiquetage modifiée et par ailleurs, elle a principalement été utilisée avec des patients atteints de pathologie mentale pour mesurer la dévaluation et la discrimination perçues.

2.6.1.1.10 Evaluation de la perception de danger

L'échelle de dangerosité perçue, développée par Link *et al.* (1987), est un auto-questionnaire constitué de huit items évaluant la perception de danger pour les autres du participant vis-à-vis d'un individu souffrant de pathologie mentale, cet individu étant décrit dans une vignette clinique au début de l'échelle. Chaque item est coté selon une échelle de degré d'accord de Likert à sept degrés, un score élevé signifiant une attitude négative. Cet outil a mis en évidence une consistance interne de 0,8.

2.6.1.2 Evaluation des connaissances en santé mentale

2.6.1.2.1 « Mental Health Knowledge Schedule » (MAKS)

Cet instrument psychométrique évalue la stigmatisation liée aux connaissances en santé mentale de la population générale. Il a été développé par Evans-Lacko *et al.* (2010) et comprend douze items : six items explorant la connaissance en maladie mentale (demande d'aide, identification, soutien, emploi, traitement, récupération) et six items concernant la classification des maladies mentales. Les items sont formulés sous forme d'affirmations auxquelles le participant donne son degré d'accord (il a également la possibilité de répondre « je ne sais pas »).

Le score est noté comme pour une échelle ordinale. Les items pour lesquels le participant est fortement d'accord avec une affirmation correcte obtiennent un score de cinq, 1 reflétant une réponse selon laquelle le participant est fortement en désaccord avec une affirmation correcte. Le score total est calculé par l'addition de l'ensemble des valeurs obtenues pour chaque item, la réponse « je ne sais pas » étant cotée comme neutre (soit 3). Les items 6, 8 et 12 sont cotés de manière inverse. Les items 7 à 12 sont conçus afin d'établir les niveaux d'identification et de familiarité de classifications des maladies mentales et aide par ailleurs à contextualiser les réponses aux six premiers items.

Ce questionnaire n'a pas de cohérence interne élevée, le but étant justement de sonder les connaissances sur des pathologies variées. La stabilité test-retest est modérée (0,71) au test de concordance de Lin.

2.6.1.2.2 « Knowledge Quiz »

Il s'agit d'un questionnaire développé par Kassam *et al.* (2011) de dix items type vrai/faux basés sur la littérature actuelle et la législation dans les domaines de prévalence, violence, mode de vie, media, emploi, minorités ethniques, accès aux soins de santé, coût de la santé mentale, importance des réseaux sociaux pour les personnes atteintes de pathologie mentale.

Ce questionnaire, dont les items ont été revus par plusieurs chercheurs dans le domaine de la stigmatisation et de la maladie mentale, n'est pas validé mais son contenu est dérivé de sources valides.

Ce questionnaire est noté de sorte qu'un score élevé représente de bonnes connaissances à propos des personnes atteintes de maladie mentale, de la stigmatisation et de la discrimination.

2.6.1.3 Evaluation des comportements : « *Reported and Intended Behaviour Scale (RIBS)* »

Evans-Lacko *et al.* (2011) sont à l'origine du développement de ce questionnaire à destination de la population générale basé sur la *Star Social Distance Scale* (échelle développée par Shirley Star en 1952) qui évalue les comportements de discrimination rapportés (passés et actuels, items 1 à 4) et intentionnels (futurs, items 5 à 8).

Les comportements sont évalués dans quatre contextes différents : la cohabitation, le travail, le voisinage et les relations sentimentales avec une personne atteinte de maladie mentale. Les auteurs spécifient dans les instructions que la formulation « personne atteinte de maladie mentale » renvoie à la définition par les professionnels de santé.

Parce que les participants peuvent ne pas avoir eu l'opportunité de s'engager dans les comportements énumérés dans les items 1 à 4, ces données sont utilisées uniquement pour évaluer la prévalence et ne sont pas incluses dans le score final.

Les items 5 à 8 sont notés selon une échelle ordinale de 1 à 5. Les items pour lesquels le participant est fortement d'accord avec l'engagement dans le comportement indiqué obtiennent un score de 5 ; 1 reflétant une réponse selon laquelle le participant est fortement en désaccord avec l'engagement d'un tel comportement. Le score total est calculé par l'addition de l'ensemble des valeurs obtenues pour les items 5 à 8, la réponse « je ne sais pas » étant cotée comme neutre (soit 3).

La cohérence interne et la stabilité test-retest sont modérées. La stabilité test-retest est de 0,75 selon le test de concordance de Lin et la validité interne de 0,85 selon le coefficient alpha de Cronbach.

2.6.1.4 Evaluation de l'empathie

Les échelles de mesure de l'empathie destinées à la population générale (Hojat *et al.*, 2002) sont l'Interpersonal Reactivity Index, l'Hogan Empathy Scale et l'Emotional Empathy.

2.6.1.5 Evaluation des attributions causales

Partant de la théorie d'attribution, Weiner a cherché à mesurer les réactions émotionnelles, les intentions de comportement, la contrôlabilité perçue d'une condition (ou état) stigmatisant(e).

En 1988, Weiner *et al.* créent un questionnaire (Weiner *et al.*, 1988) constitué de huit questions explorant dix pathologies (cinq maladies d'expressions mentales ou comportementales et cinq maladies d'expression somatique) : trois items portant sur la responsabilité du malade (attribution de causes internes ou externes) et la stabilité de chaque maladie, cinq items évaluant les émotions de sympathie, pitié et comportements positifs (dons de bienfaisance et aide éventuelle) du participant pour chaque pathologie.

En 1992, Mac Auley *et al.* (Mac Auley *et al.*, 1992) mettent à jour la Causal Dimension Scale (CDS), conçue par Russel dix ans auparavant, dont l'objectif est de déterminer la dimension interne ou externe d'une condition et le caractère stable ou instable de cette condition.

En 2003, Corrigan développe le Questionnaire d'Attribution (Corrigan, 2003) à partir du questionnaire de mesure d'attribution de Weiner *et al.* (1988) et de travaux de Reisenzein (lui-même inspiré de Weiner) sur la contrôlabilité, la sympathie, la colère, les comportements d'aide. Le questionnaire d'attribution de Corrigan est constitué de 21 items faisant suite à une vignette clinique évaluant les concepts de responsabilité, pitié, colère, peur, comportements d'aide ou d'évitement et de coercition-ségrégation.

2.6.1.6 Evaluation de la familiarité : « Level of Contact Report (LCR) »

Holmes *et al.* (1999) définissent la familiarité comme l'ensemble des connaissances et des expériences. Le manque de familiarité avec la pathologie mentale est associé aux attitudes négatives (Holmes *et al.*, 1999 ; Link *et al.*, 1986, Penn *et al.*, 1994).

Les attitudes envers les personnes atteintes de pathologie mentale, en particulier la perception de la dangerosité, sont influencées par la familiarité des individus avec la pathologie mentale.

La « Level of Contact Report (LCR) », développée par Holmes *et al.* (1999) décrit douze situations dans lesquelles l'intimité des contacts avec la pathologie mentale sévère varie. De

l'absence de familiarité ("je ne crois pas avoir déjà vu une personne atteinte de maladie mentale") à un niveau de familiarité élevé ("je suis atteint de maladie mentale").

2.6.2 Mesures à destination des professionnels de santé

2.6.2.1 « *Mental Illness: Clinicians' Attitudes (MICA) medical students version* »(cf. annexe)

Il s'agit d'un questionnaire développé par Kassam *et al.* (2010) spécifiquement pour les étudiants en médecine mesurant les attitudes des professionnels de santé envers les personnes atteintes de pathologie mentale, conçu à partir de groupes de concertation de patients, soignants, étudiants médicaux et internes en psychiatrie.

Il contient seize items dont émergent plusieurs thèmes :

- la perception de la psychiatrie par les médecins et par le grand public
- la place de la psychiatrie dans les études médicales
- l'attribution de symptômes somatiques à la pathologie mentale
- l'avis général sur les personnes atteintes de maladie mentale
- le « rétablissement » (*recovery*) des personnes atteintes de pathologie mentale

La réponse aux items est une échelle de jugement de Likert à six degrés. La passation est rapide, en moyenne 5 à 10 minutes, l'échelle étant simple d'utilisation et plus courte que des échelles de stigmatisation autres comme l'Opinion about Mental Illness (OMI) et la Community Attitudes towards Mental Illness (CAMI).

L'échelle MICA a été validée comme ayant une validité interne, une validité de construit et une stabilité (test-retest) satisfaisantes. Elle est cotée de 16 à 96, de manière à ce qu'un faible score représente de moindres attitudes stigmatisantes à l'égard de la maladie mentale et de la psychiatrie. A noter que les items 1, 2, 4, 5, 6, 7, 8, 13, 14 et 15 nécessitent une cotation inverse pour le calcul du score.

Il existe outre la version spécifique développée pour les étudiants en médecine d'autres versions destinées aux professionnels de santé.

2.6.2.2 *Evaluation des attitudes envers la psychiatrie « Attitudes Towards Psychiatry-30 (ATP-30) »*

L'Attitudes Towards Psychiatry-30 (ATP-30) est un questionnaire développé par Burra *et al.* (1982) à destination des étudiants en médecine évaluant leurs attitudes vis-à-vis de la psychiatrie, de son enseignement, des psychiatres et de la pathologie psychiatrique. Il est composé de 30 items auxquels le participant répond à travers une échelle de Likert à cinq degrés, soit une cotation de 30 à 150 ; un score élevé correspondant à des attitudes positives. Le score 90 correspond à des attitudes neutres. Ce questionnaire a une bonne fiabilité test-retest.

2.6.2.3 *Evaluation des attitudes envers la pathologie mentale « Attitudes Towards Mental Illness (AMI) »*

L'Attitudes Towards Mental Illness (AMI), développée par Weller *et al.* (1988), évalue les attitudes portant sur les causes, le traitement, le pronostic des maladies mentales et leur impact sur l'individu et la société. Le questionnaire est composé de 20 items cotés selon une échelle de Likert à cinq degrés, soit un score de 20 à 100, un score élevé correspondant à des attitudes positives. Le score soixante correspond à des attitudes neutres.

2.6.2.4 *« Specific Attitude to Psychiatry Questionnaire (SATP) »*

Il s'agit d'un questionnaire développé par Wilkinson *et al.* (1983) constitué de 18 items relatifs à la psychiatrie, aux psychiatres et aux traitements psychiatriques cotés selon une échelle de Likert à quatre degrés. La moitié des items proposent une vision négative, la moitié une vision positive. Le score moyen est de 45.

2.6.2.5 *« Opening Minds Stigma Scale for Health Care Providers (OMS-HC) »*

Développée par Kassam *et al.* (2012) dans le but d'évaluer les interventions anti stigmatisation sur le personnel soignant, l'OMS HC est un auto-questionnaire mesurant les attitudes et intentions de comportement envers les personnes souffrant de pathologie mentale.

Elle a été appliquée à des populations de médecins, infirmiers, étudiants en médecine, travailleurs sociaux, psychologues, pharmaciens. Elle est cotée de 20 à 100 (un score élevé indiquant des attitudes et intentions stigmatisantes et inversement) via une échelle de Likert à

cinq degrés d'accord (Modgill *et al.*, 2014). La cohérence interne, évaluée par le coefficient alpha de Cronbach, varie de 0,74 à 0,82 selon les échantillons.

2.6.2.6 « *Balon Attitudes Towards Psychiatry* »

Basé sur les travaux de Nielsen *et al.* (1981), le questionnaire d'attitudes de Balon *et al.* (1999) est constitué de 29 items cotés selon une échelle de Likert à quatre degrés explorant six domaines principaux : le bien-fondé général de la discipline, l'efficacité, la définition du rôle et du métier de psychiatre, les abus possibles de la spécialité, la reconnaissance de la psychiatrie, l'avis de l'étudiant sur les psychiatres avec lesquels il a été en rapport.

2.6.2.7 *Evaluation de l'empathie : « Jefferson Scale of Empathy (JSE) »*

L'empathie est définie comme un attribut cognitif qui implique une capacité à comprendre les expériences et les perspectives internes du patient et une capacité à communiquer cette compréhension (Hojat *et al.*, 2002). Elle est à différencier de la sympathie, définie comme une entité affective (Hojat *et al.*, 2009).

La Jefferson Scale of Empathy a été développée par Hojat *et al.* (2001) pour mesurer l'empathie. Trois versions sont disponibles : une pour les médecins et professionnels de santé (JSPE), une seconde pour les étudiants en médecine et une dernière pour les étudiants en professions de santé autres que la médecine.

La version pour les médecins (Jefferson Scale of Physician Empathy JSPE) est un auto-questionnaire composé de 20 items auxquels le participant répond selon une échelle de Likert à sept degrés. Dix items sont formulés positivement et directement notés selon la graduation de réponse à l'échelle de Likert. Les dix autres items sont formulés négativement (en vue de diminuer le biais d'acquiescement selon lequel le participant tend à répondre systématiquement par l'affirmative aux items) donc notés de manière inverse. Le score minimal est de 20, le score maximal de 140, un score élevé indiquant une empathie plus importante.

Le coefficient alpha de fiabilité de la JSPE varie de 0,80 à 0,89 selon les études sur les étudiants en médecine et internes. La stabilité test-retest chez les médecins à trois voire quatre mois est de 0,65.

2.6.2.8 Evaluation des connaissances : « Social Contact Intended Learning Outcomes (SCILO) »

Clement *et al.* (2012) développent à destination des étudiants une échelle de mesure des connaissances composée de cinq déclarations auxquelles le participant par « vrai » ou « faux ». Le coefficient de Cronbach alpha de mesure de la cohérence interne est très faible (0,38).

2.6.3 Mesures à destination des personnes atteintes de pathologie mentale

2.6.3.1 Consumers Experiences of Stigma Questionnaire (CESQ)

Wahl développe en 1999 (Wahl, 1999) un auto-questionnaire valide de mesure des expériences de stigmatisation et de discrimination à destination des « consommateurs » (« consumers »), autrement dit les usagers des services de psychiatrie.

L'auto-questionnaire est constitué outre une partie renseignant les caractéristiques sociodémographiques et cliniques du participant de deux parties :

Une partie évaluant les expériences interpersonnelles de stigmatisation (neuf items notés selon une échelle de fréquence d'occurrence à cinq degrés de « jamais » à « très souvent ») autour du vécu de considération (éviter, rejet des autres), de points négatifs vus ou entendus sur la pathologie mentale (y compris dans les médias), leurs comportements et craintes liés à la divulgation de leur statut de personne « consommateurs ».

Une partie évaluant les expériences de discrimination (douze items notés selon une échelle de fréquence d'occurrence à cinq degrés de « jamais » à « très souvent ») dans des activités telles la location d'un appartement, la recherche d'emploi, le bénévolat, l'obtention d'une autorisation, le traitement dans des contextes juridiques et d'application de la loi et l'évitement de la divulgation du statut de « consommateur » dans les papiers administratifs.

En 2002, Dickerson *et al.* (2002) remplacent le terme de « consommateur » du questionnaire de Wahl par celui de « personne atteinte de pathologie mentale », « personne atteinte de trouble psychiatrique » et de « personne faisant usage de services psychiatriques », nombre de participants n'étant pas familiers du terme « consommateurs » comme faisant référence aux usagers de services de soins psychiatriques.

2.6.3.2 *Evaluation des expériences de stigmatisation « Indiana Psychiatric Interview for Illness (IPII) »*

L'Indiana Psychiatric Interview for Illness (IPII) est un entretien semi-structuré d'évaluation des expériences de stigmatisation, développé par Lysaker *et al.* (2002). L'entretien se divise en cinq parties. Il demande une durée d'une demi-heure à une heure. Dans un premier temps, le participant doit retracer sa biographie. Ensuite, l'examineur lui demande s'il pense être atteint d'une pathologie, si oui laquelle et en quoi elle a pu affecter son quotidien. En troisième lieu, le participant doit dire si selon lui sa maladie contrôle sa vie, si oui en quoi et dans quelle mesure lui la contrôle. La quatrième partie évalue en quoi la pathologie affecte son entourage et inversement. Enfin, le participant est interrogé sur ses attentes futures.

A noter que cet entretien demandant une certaine spontanéité du participant, il permet dans une certaine mesure d'analyser les capacités métacognitives du participant, notamment la capacité à construire des représentations complexes de soi et des autres. Il a été utilisé en ce sens pour étudier les associations entre capacités métacognitives et résistance à la stigmatisation.

2.6.3.3 « *Discrimination and Stigma Scale (DISC) »*

L'échelle de Discrimination et de Stigmatisation est un outil de mesure de la stigmatisation et de la discrimination expérimentées développé par Brohan *et al.* (2013), basé sur la définition de Thornicroft *et al.* (2007). Selon cet auteur, la stigmatisation est un terme global regroupant trois éléments problématiques fondamentaux : connaissances (ignorance ou désinformation), attitudes (se manifestant par des préjugés) et comportements (se manifestant par la discrimination). La DISC mesure l'aspect discriminant de la stigmatisation.

Il s'agit d'un entretien basé sur 22 items évaluant dans quelle mesure la discrimination a été expérimentée dans divers domaines de la vie quotidienne du fait de la maladie mentale : les données sont à la fois quantitatives et qualitatives. Le participant qualifie les domaines dans lesquels il a expérimenté de la discrimination et quantifie selon une échelle de Likert quel était le degré de discrimination.

L'échelle est cotée de manière à ce qu'un score élevé signifie un manque de traitements (ou comportements) positifs de la part des autres. La DISC a démontré de bonnes propriétés psychométriques en termes de fiabilité, validité et faisabilité.

2.6.3.4 Mesures des concepts de théorie de l'étiquetage modifiée

Selon la théorie de l'étiquetage modifiée (Link *et al.*, 2004), la perception de la manière dont la plupart des gens traitent une personne officiellement étiquetée comme atteinte de maladie mentale concerne un sujet personnellement lorsque celui-ci est officiellement lui-même étiqueté comme souffrant de pathologie mentale.

Par ailleurs, anticipant la perte de statut social et la discrimination engendrées par l'étiquette, la personne souffrant de pathologie peut chercher à les éviter en adoptant des stratégies d'adaptation (taire la prise de traitement, éduquer autrui afin d'éviter le stéréotype, se retirer d'un groupe social déjà étiqueté ou au contraire restreindre les interactions à un groupe de confiance par exemple).

L'équipe de Link développent entre 1989 et 2002 des mesures des stratégies d'adaptation de confidentialité, éducation, retrait, évitement, distanciation, contestation et une mesure des sentiments de stigmatisation, d'être incompris par les autres, différent des autres, honteux.

2.6.3.4.1 Mesure du rejet et de la perception de rejet

L'évaluation de la dévaluation et de la discrimination perçues de Link est décrite dans la section portant sur les outils de mesure destinés à la population générale.

Les mesures de fiabilité chez les consommateurs de services de santé mentale varient de 0,82 à 0,86 (Link *et al.*, 2004). L'attestation de la validité provient principalement de la validité de construit. Dans leur revue de la littérature, Link *et al.* (2004) recommandent d'utiliser préférentiellement l'outil de Wahl pour mesurer les expériences de rejet et de discrimination.

2.6.3.4.2 Mesure des stratégies d'adaptation

La mesure « Secrecy » (confidentialité, dissimulation, secret) évalue le degré d'approbation de la dissimulation comme moyen d'éviter le rejet (Link *et al.*, 2004). Il s'agit d'une échelle de neuf items ($\alpha = 0,84$) avec items du type "vous encouragez les membres de votre famille à garder votre pathologie mentale secrète."

La mesure « Withdrawal » (retrait, repli) évalue le degré d'approbation du retrait ou de l'évitement comme moyen d'autoprotection contre le rejet potentiel. L'échelle est constituée de neuf items ($\alpha = 0,70$) (Link *et al.*, 2004).

La mesure « Educating » (éduquer) évalue la tendance du participant à éduquer l'autre dans le sens de réduire la possibilité de rejet à travers trois items (alpha = 0,67 ; Link *et al.*, 2004).

La mesure « Challenging » (défi) évalue la tendance du participant à affronter les préjugés et la discrimination. L'outil est composé de cinq items (alpha = 0,72) qui évaluent dans quelle mesure les participants sont susceptibles de signaler des comportements de stigmatisation quand ils se produisent, d'exprimer leur désaccord avec les personnes qui affirment des déclarations stigmatisantes (Link *et al.*, 2004).

La mesure « Distancing » (distanciation) évalue dans quelle mesure le participant fait face à la stigmatisation par la distanciation cognitive du groupe stigmatisé, indiquant que leurs problèmes sont très différents de ceux des personnes souffrant de pathologie mentale et qu'ils ont peu en commun avec ces dernières (Link *et al.*, 2004). Cet outil est constitué de trois items (alpha = 0,63).

Les validités des échelles de stratégies d'adaptation varient d'une échelle à l'autre. La validité est évidente pour la plupart.

2.6.3.4.3 Mesures des sentiments de stigmatisation

L'échelle de mesure du sentiment d'incompréhension de la souffrance liée à la pathologie mentale (alpha = 0,62) est en corrélation avec d'autres échelles créées par Link de façon prévisible : 0,34 avec la dévaluation-discrimination perçue ; 0,38 avec des expériences de rejet et 0,24 avec le repli.

L'échelle de mesure de l'importance du sentiment d'être différent, à part et honteux est basée sur quatre items (alpha 0,70). Link *et al.* (2004) ont mesuré les corrélations de cette échelle aux échelles de dévaluation-discrimination (0,48), de rejet (0,28) et de repli (0,48). Le sentiment d'être différent et honteux est plus particulièrement corrélé à l'estime de soi (0,50) et aux symptômes dépressifs (0,51).

2.6.3.5 Mesure du soutien social « Social Support Rating Scale (SSRS) »

Xiao crée en 1994 (Xiao, 1994) une échelle d'évaluation de soutien social : la « Social support rating scale (SSRS) » composée de dix items mesurant les soutiens subjectif et objectif et l'utilisation de différents degrés de soutien. Le score maximal, signifiant un soutien social élevé, est de 66. Le coefficient alpha de Cronbach est de 0,724.

2.6.3.6 *Mesure de la stigmatisation intériorisée « Internalized Stigma of Mental Illness Scale (ISMI Scale) »*

Boyd Ritsher *et al.* (2003) ont développé une échelle de mesure du vécu d'expérience subjective de la stigmatisation, composée de 29 items cotés selon une échelle de Likert à quatre degrés.

L'ISMI Scale est subdivisée en cinq sous-échelles :

- la sous-échelle « Aliénation », notion décrite par Goffman, mesure l'expérience subjective de ne pas se sentir comme membre à part entière de la société ou d'avoir une « identité altérée »
- la sous-échelle « Endossement des stéréotypes » évalue dans quelle mesure le participant approuve des stéréotypes communs sur les personnes souffrant de pathologie mentale via des items du type « les malades mentaux ont tendance à être violents » ou « je ne peux en rien contribuer à la société parce que je souffre de maladie mentale »
- la sous-échelle « Discrimination perçue » mesure la perception du traitement par autrui du participant via des items du type « les gens m'ignorent ou me prennent moins au sérieux parce que j'ai une maladie mentale »
- la sous-échelle « Repli social » est composée de six items tels que « je ne parle pas beaucoup de moi parce que je ne veux pas être un fardeau pour les autres à cause de ma maladie mentale » ou « j'évite de côtoyer des gens qui n'ont pas de maladie mentale pour éviter le rejet »
- la sous-échelle « Résistance à la stigmatisation » évalue la capacité de résistance à la stigmatisation, de ne pas être affecté par la stigmatisation, par des items tels « je peux mener une vie agréable malgré ma pathologie mentale », « je me sens à l'aise d'être vu en public avec une personne visiblement malade mentale ». Ces items de résistance à la stigmatisation sont cotés de façon inverse.

Sa cohérence interne (coefficient alpha de Cronbach 0,90) et sa fiabilité test-retest ($r = 0,92$) sont élevées. L'ISMI a une corrélation positive avec les mesures de stigmatisation perçue (Perceived devaluation-discrimination de Link) et de symptômes dépressifs et une corrélation négative avec l'échelle d'estime de soi de Rosenberg (cf. infra), les échelles d'autonomisation et de récupération (cf. infra).

2.6.3.7 Evaluation de l'estime de soi : *the Rosenberg Self-Esteem scale*

L'échelle d'estime de soi de Rosenberg est constituée de dix items du type « je pense être une personne de valeur, au moins égale aux autres », cotée selon une échelle de Likert à quatre degrés. Le coefficient de Cronbach alpha est l'échelle d'estime de soi de Rosenberg est de 0,87 Ritscher *et al.* (2003).

2.6.3.8 Evaluation de l'autonomisation

L'autonomisation (« empowerment ») défini par Rappaport (1987) comme « le lien entre un sentiment de compétence personnelle, un désir et une volonté d'opérer dans le domaine public », renvoie au concept social d'attitude positive d'optimisme, d'efficacité et s'oppose en ce sens au concept de stigmatisation internalisée Ritscher *et al.* (2003).

2.6.3.8.1 The Boston University Empowerment Scale

En 1997, Rogers *et al.* (1997) développent cette échelle compose de 28 items (auxquels le participant répond selon une échelle de Likert à quatre degrés) qui évaluent les concepts d'auto-efficacité-estime de soi, d'impuissance, d'activisme communautaire, de juste colère et d'optimisme. Le coefficient alpha de Cronbach atteste d'une cohérence interne de qualité (0,86).

2.6.3.8.2 The Personal Empowerment Scale

Segal *et al.* (1995) ont créé cette échelle mesurant le degré de contrôle que les individus peuvent exercer dans leur vie quotidienne. Elle est composée de dix items auxquels le participant répond selon une échelle de Likert à quatre degrés d'accord, la cohérence interne est de qualité (coefficient de Cronbach alpha 0,84).

2.6.3.9 Evaluation du rétablissement : « *Recovery assessment scale* »

Selon le concept de rétablissement, avec un soutien approprié, la plupart des personnes atteintes de pathologie mentale peuvent éventuellement atteindre la rémission des symptômes, l'intégration communautaire, un niveau normal de l'estime de soi et de moral (Harding et Zahniser, 1994 ; Corrigan *et al.*, 1999).

La « *Recovery assessment scale* », conçue par Giffort *et al.* (1995) est une échelle spécifiquement conçue pour les personnes atteintes de pathologie mentale. Elle est composée de 41 items (du type « j'ai le désir de réussir »), cotés selon une échelle de Likert à cinq

degrés d'accord, évaluant la qualité de vie, le support social, l'estime de soi, l'autonomisation, les symptômes psychiatriques, les besoins et ressources, le fonctionnement global, l'intelligence verbale.

Un score élevé correspondant à une tendance élevée à la récupération. La cohérence interne (coefficient de Cronbach alpha 0,93) et la fiabilité test-retest ($r = 0,88$) sont élevées.

2.6.4 Mesures destinées aux proches des personnes atteintes de pathologie mentale

Greenberg *et al.* (1993) développent un outil évaluant dans quelle mesure les membres de la famille évitent de recevoir famille ou amis ou évitent de dire aux autres ce dont leur proche souffre de peur de ce que les autres pourraient penser d'eux.

En 1996, Szmukler *et al.* créent l'« Expérience Caregiving Inventory », auto-mesure évaluant l'expérience de prendre soin d'un proche atteint de pathologie mentale sévère. Les items explorent la dissimulation de la maladie du proche, le fait de ne pas se sentir capable d'en parler à quelqu'un, de ne pas recevoir de visite au domicile, le sentiment de stigmatisation et le souci de devoir expliquer la maladie aux autres.

En 2001, Struening *et al.* conçoivent une échelle mesurant à quel point les proches estiment leur famille dévaluée par la plupart des gens du fait de leur proche atteint de pathologie mentale sévère.

2.7 Données sur l'état de santé somatique des personnes souffrant de pathologies mentales

2.7.1 Etudes portant sur l'espérance de vie et les comorbidités somatiques des personnes souffrant de pathologie psychiatrique

Les individus atteints de pathologie mentale quelle qu'elle soit ont un risque considérablement accru de mort prématurée, de causes naturelles et non naturelles (suicide et autres morts violentes).

La méta-analyse de Harris *et al.* (1998) a quantifié cet accroissement de risque. Leur recherche s'appuie sur 152 publications de 1966 à juin 1996 à partir des bases de données *Index medicus* et *Medline*. Les données quantitatives issues de ces articles ont été utilisées

pour calculer les ratios standardisés de mortalité (*Standardized Mortality Ratio*, SMR - intervalles de confiance de 95 %) i.e. le rapport entre le nombre de décès effectivement observés sur une période donnée et le nombre de décès qui seraient survenus au cours de cette même période si ce groupe avait été soumis à la mortalité par âge de l'ensemble de la population.

Tableau 1. Les ratios standardisés de mortalité en fonction du diagnostic psychiatrique

<i>Diagnostic</i>	<i>SMR* toutes causes</i>	<i>SMR causes naturelles (pathologies les plus fréquentes)</i>	<i>SMR causes non naturelles (suicides et autres morts violentes)</i>
Retard mental	6	infectieuses respiratoires circulatoires	NS*
TCA*	5	4	13 (suicide)
TUS* / alcool	2	1,7 (sauf causes infectieuses)	SMR suicide 5.5 SMR autres 3.9
TUS* / opioïdes	6	4	12
Schizophrénie	1,6	1.4 (causes infectieuses, respiratoires, digestives)	4,3
Episode psychotique bref	2	1,5	8
Episode dépressif majeur	NS	NS	7

*SMR : standardised mortality ratio

*TCA : trouble du comportement alimentaire (anorexie et boulimie)

*TUS : trouble lié à l'usage de substance

*NS : non significatif, risque de mortalité dans la population atteinte de pathologie mentale égal au risque dans la population générale

Les auteurs ont par ailleurs estimé les ratios standardisés selon le statut du patient.

Tableau 2. Les ratios standardisés de mortalité en fonction du statut du patient

<i>Statut du patient</i>	<i>SMR toutes causes</i>	<i>SMR causes naturelles (pathologies les plus fréquentes)</i>	<i>SMR causes non naturelles (suicides et autres morts violentes)</i>
Unité de psychiatrie pénitentiaire	3,4	2,6	4,5
Hospitalisation	2,8	2,6 (causes infectieuses et respiratoires)	5
Hospitalisation long-séjour	1,8	1,8 (causes infectieuses et respiratoires)*	1,4
Hospitalisation en géro-psycho-geriatrie	1,9	1,9	NS

*Les auteurs précisent que le risque de mortalité par néoplasie est significativement statistiquement plus bas que dans la population générale chez les patients hospitalisés en long-séjour.

SMR : standardised mortality ratio

NS : non significatif

Les SMR toutes causes confondues sont significativement élevés pour toutes les pathologies mentales hormis la dysthymie, l'anxiété, le trouble de l'adaptation et le trouble somatisation. Les valeurs les plus élevées concernent les troubles liés à l'usage de substances, les antécédents de tentative de suicide et les troubles du comportement alimentaire.

Concernant les décès de causes non naturelles, les SMR sont significativement élevés pour toutes les catégories à l'exception du retard mental, du trouble somatisation et des patients de géro-psycho-geriatrie. En particulier, les troubles liés à l'usage de substances, les antécédents de tentative de suicide et les troubles du comportement alimentaire présentent les risques les plus élevés. Les pathologies aux symptômes fonctionnels les plus sévères sont associées à des augmentations de risque modérées pour les décès de causes non naturelles.

S'agissant des décès de causes naturelles, les SMR sont significativement élevés pour toutes les pathologies psychiatriques et tous les statuts (à l'exclusion du trouble conversif, de l'abus de psychotropes, de l'épisode dépressif majeur et du statut de patient ambulatoire).

Le risque de décès par suicide est significativement plus élevé que dans la population générale pour toutes les catégories étudiées, en particulier dans le trouble lié à l'usage de substance, les troubles du comportement alimentaire et chez les patients aux antécédents de

tentative de suicide. On ne note pas d'augmentation de risque pour le retard mental, les troubles mentaux d'origine organique, le trouble somatisation et les troubles de la personnalité dans cette étude (à noter que les différents types de troubles de la personnalité ne sont pas étudiés, les auteurs ont étudié les troubles de la personnalité au sens large). Outre le suicide, les autres morts violentes ont également des SMR élevés excepté dans les troubles du comportement alimentaire, les troubles psychotiques non spécifiés, le trouble somatisation, le trouble panique, les troubles de la personnalité et le retard mental.

En 2010, Lawrence *et al.* confirmaient à l'issue d'une revue de la littérature sur l'excès de mortalité dans la population de personnes souffrant de pathologie mentale (toutes pathologies confondues) les taux particulièrement élevés de pathologies cardio-vasculaires et respiratoires imputables à l'excès de mortalité. Les auteurs suggéraient en outre que l'espérance de vie s'accroissant dans la population générale, l'écart avec la population psychiatrique augmenterait.

En 2011, Chang *et al.* ont estimé l'espérance de vie à divers âges des individus souffrant de maladie mentale sévère (trouble bipolaire de l'humeur, schizophrénie, trouble schizo-affectif), trouble lié à l'usage de substance, épisode dépressif, trouble dépressif récurrent. Ils ont utilisé les données de la base de l'étude South London and Maudsley NHS Foundation Trust (SLAM) et inclus les personnes diagnostiquées avant 2009 faisant partie de l'étude SLAM entre 2007 et 2009 soit 31719 personnes âgées de quinze ans et plus. Mille-trois-cent-soixante-dix sont décédées durant l'étude. Tous les diagnostics psychiatriques sont associés à des espérances de vie significativement plus basses que la population générale : entre 8 et 14,6 ans de moins pour les hommes ; entre 9,8 et 17,5 ans de moins pour les femmes. Pour les hommes, c'est le diagnostic de schizophrénie qui est associé à la perte d'espérance de vie la plus importante. Pour les femmes, il s'agit du trouble schizo-affectif.

Selon Parks *et al.* (2006), les personnes atteintes de pathologie mentale sévère décèdent en moyenne 25 ans plus tôt que la population générale. Tiihonen *et al.* (2009) ont comparé la mortalité des patients atteints de schizophrénie à la mortalité de la population générale finlandaise entre 1996 et 2006 dans l'objectif de lier ces données à l'utilisation des antipsychotiques, en particulier dans antipsychotiques de seconde génération apparus dans le courant des années 1990. D'après eux, en 1996, l'espérance de vie à 20 ans était de 32,5 ans pour les patients atteints de schizophrénie contre 57,5 ans pour la population générale, soit un écart de 25 ans. En 2006, cette différence était de 22,5 ans (37,4 ans pour la population atteinte de schizophrénie contre 59,9 ans pour la population générale). Pour les patients âgés

de 40 ans, l'écart d'espérance de vie entre les groupes passe de 18,5 ans en 1996 à 17 ans en 2006. Ainsi, l'écart de l'espérance de vie des patients atteints de schizophrénie par rapport à la population générale n'a pour ainsi dire pas diminué entre 1996 et 2006. L'espérance de vie à 20 ans a augmenté de 2,4 ans dans la population générale finlandaise et de 4,9 ans dans la population de patients souffrant de schizophrénie (alors que la proportion d'utilisation des antipsychotiques de génération a augmenté de 13 à 64% entre 1996 et 2006). Cet écart d'espérance de vie entre la population générale et la population de patients souffrant de schizophrénie est plus important qu'à l'âge de 40 ans, ce qui implique que l'écart de mortalité est largement attribuable aux décès prématurés.

Leucht *et al.* (2007) ont mené une revue de la littérature afin de déterminer les comorbidités somatiques fréquemment associées à la schizophrénie. Ils ont recueilli plus de 44000 études publiées entre 1966 et mai 2006 et comparé les prévalences de pathologies somatiques dans la population générale et dans la population d'individus souffrant de schizophrénie. Leurs résultats mettent en évidence que les personnes souffrant de schizophrénie ont des prévalences significativement plus élevées d'infection VIH, hépatites, ostéoporose, dysfonctions sexuelles, complications obstétricales, pathologies cardiovasculaires, surpoids / obésité, diabète, pathologies dentaires (et d'altération de la nociception et de polydipsie).

2.7.2 Etudes portant sur les différences de soins entre les personnes souffrant de pathologie psychiatrique et la population générale

Druss *et al.* (2000) ont mené une étude rétrospective dans les services de soins de courte durée dans les hôpitaux non gouvernementaux des Etats-Unis d'Amérique. Les données sont issues de la cohorte nationale du *Cooperative Cardiovascular Project* qui regroupe les données des dossiers médicaux de 113653 patients de 65 ans et plus hospitalisés pour infarctus myocardique aigu confirmé entre février 1994 et juillet 1995. Ils ont relevé pour chaque patient les cathétérismes cardiaques, angioplasties coronaires transluminales percutanées (PTCA) et chirurgies de pontage coronarien (CABG) durant l'hospitalisation de chaque patient d'une part et d'autre part les antécédents de trouble mental du type trouble de l'humeur, schizophrénie, trouble lié à l'usage des substances et autres troubles mentaux non spécifiés. Cinq mille trois-cent-soixante-cinq patients (soit 4,7 %) avaient un antécédent psychiatrique dans la cohorte. Les auteurs ont comparé les probabilités d'indication de cathétérisme cardiaque ou de revascularisation en fonction de l'antécédent de pathologie

mentale comorbide de l'infarctus. Les patients ayant un antécédent psychiatrique bénéficiaient significativement de moins de PTCA que les patients ne souffrant pas de trouble psychiatrique (11,8 % versus 16,8 % ; $p < 0,001$). Ils bénéficiaient également de moins de CABG (8,2 % versus 12,6 % ; $p < 0,001$). De même, après ajustement des variables démographiques, cliniques, hospitalières et régionales, ils bénéficiaient de 41 % (pour la schizophrénie) à 78 % (pour les troubles liés à l'usage de substances) fois moins de cathétérismes cardiaques que les personnes sans antécédent psychiatrique ($p < 0,001$ pour chacun des antécédents psychiatriques). Parmi les patients bénéficiant de cathétérisme, les pourcentages de PTCA et CABG ne différaient pas de ceux des patients n'ayant pas d'antécédent psychiatrique.

Sullivan *et al.* (2006) ont comparé le nombre d'hospitalisations pour diabète à l'issue de consultations aux urgences entre les personnes souffrant de comorbidité diabète-pathologie psychiatrique et celles souffrant seulement de diabète. Les auteurs ont mené une étude rétrospective de quatre ans et demi auprès d'un service d'urgences somatiques. Ils ont relevé 4275 consultations pour diabète durant cette période dont 268 patients souffrant de comorbidité psychiatrique. Les comorbidités psychiatriques incluses étaient les diagnostics d'anxiété, dépression, trouble bipolaire de l'humeur et schizophrénie. Les personnes souffrant de comorbidité diabète-pathologie psychiatrique bénéficiaient moins d'hospitalisations à l'issue des consultations que les personnes n'ayant pas de comorbidité (OR ajusté 0,65), en particulier les personnes souffrant de dépression ou d'anxiété (OR ajusté 0,55).

Roberts *et al.* (2007) ont mené une étude rétrospective auprès de 22 médecins généralistes dans le secteur de Birmingham afin de déterminer si les patients souffrant de schizophrénie bénéficient des mêmes soins physiques primaires que les autres patients. Les auteurs ont inclus 195 patients souffrant de schizophrénie, 390 personnes souffrant d'asthme et 390 patients témoins. Sur une période de trois ans, les patients atteints de schizophrénie sont deux fois moins susceptibles de bénéficier de contrôles de la pression sanguine ou de la cholestérolémie. Leur statut tabagique est significativement moins souvent relevé. Les différences significatives observées se maintenaient après ajustement des facteurs de confusion à l'exception de la différence de contrôle de cholestérolémie entre le groupe de patients souffrant d'asthme et celui de patients souffrant de schizophrénie.

Koroukian *et al.* (2012) ont mené une étude pour déterminer les disparités de réalisation de mammographies annuelles de dépistage chez les femmes entre 50 et 64 ans incluses dans le

programme *Medicaid* - programme économique ayant pour but de fournir une assurance-santé aux personnes aux individus à faibles ressources – dans l’Ohio entre 2002 et 2008. Sur la cohorte de femmes concernées par *Medicaid*, composée de 130428 femmes, plus de 61000 étaient identifiées comme souffrant de trouble psychiatrique. Les patients souffrant de pathologie mentale avaient deux fois moins de chances de bénéficier d’une mammographie annuelle. A noter cependant que chaque année passée dans le programme *Medicaid* augmentait de près de 50 % la probabilité de bénéficier d’une mammographie.

Face aux données de santé somatiques des personnes souffrant de pathologie mentale, plusieurs hypothèses ont été avancées (Corrigan *et al.*, 2014) :

- L’absence de services de soins adaptés (Lutterman, 2010)
- Les difficultés d’accès aux soins médicaux (Druss et Rosenheck, 1998)
- Une assurance-santé insuffisante (Druss et Mauer, 2010)
- Des décisions non adaptées des professionnels de santé.

En effet, Jones *et al.* (2008) émettent l’hypothèse selon laquelle les professionnels de santé seraient susceptibles d’attribuer à tort les symptômes physiques rapportés par les patients à leur maladie mentale elle-même. Ce phénomène est nommé « le masque diagnostique » (« diagnostic overshadowing ») : les pathologies somatiques seraient en fait sous-diagnostiquées par les médecins.

Jones *et al.* (2008) et Thornicroft (2007) font l’hypothèse que la stigmatisation par les professionnels de santé des personnes atteintes de pathologie mentale peut être une cause expliquant ces disparités de prises en charge somatiques.

2.8 Stigmatisation de la psychiatrie par les étudiants en médecine

Constatant que la population de patients atteints de pathologie mentale décède prématurément et ne bénéficie pas toujours des mêmes procédures de soins que la population générale, de nombreux auteurs ont émis l’hypothèse que les personnes atteintes de maladie mentale souffrent de discrimination par les professionnels de santé à l’origine d’une prise en charge de qualité moindre que la population générale.

Dès 1986, Furnham menait une étude interrogeant les attitudes de 449 étudiants en médecine dans trois universités londonniennes à propos de neuf spécialités médicales différentes. Les participants, étudiants en médecine entre la deuxième et la cinquième année,

complétaient un questionnaire de 50 items ciblé sur une spécialité médicale. Les analyses statistiques comparant les moyennes obtenues pour chaque item par spécialité mettent en évidence des attitudes particulièrement négatives envers la psychiatrie par rapport aux autres spécialités médicales.

Plusieurs études portant sur les professionnels de santé ont observé des attitudes négatives envers les personnes atteintes de pathologie mentale : Mirabi *et al.* (1985), Uçok (2007), Uçok *et al.* (2004), Lauber *et al.* (2004, 2006), Rowe (2012).

Stuart *et al.* (2015) ont mené une étude de grande ampleur auprès de 1057 enseignants universitaires de médecine non psychiatres dans 23 centres académiques dans quinze pays en Europe et en Asie. Ils ont évalué leurs attitudes envers la psychiatrie et les psychiatres à travers un questionnaire. Les auteurs ont développé un auto-questionnaire de 37 items (à partir des travaux de Balon *et al.*, 1999 et Burra *et al.*, 1982) mesurant la perception de la psychiatrie comme discipline médicale, comme spécialité, la perception de l'efficacité des traitements psychiatriques, la perception des psychiatres eux-mêmes, la perception des patients souffrant de maladie mentale, la perception de la qualité de l'enseignement de la psychiatrie. Les items sont cotés selon une échelle de Likert à quatre degrés. A noter que parmi les 23 sites, seuls trois ne prévoyaient pas de stage en service de psychiatrie obligatoire pour ses étudiants ; les autres en moyenne prévoyaient un stage de quatre à huit semaines en service de psychiatrie.

Soixante-cinq pour cent des enseignants ont complété le questionnaire. Quatre-vingt-dix pour cent des participants considèrent que les psychiatres ne constituent pas de bons modèles pour les étudiants en médecine. Quatre-vingt-quatre pour cent pensent que les patients dits « psychiatriques » ne peuvent pas être traités en dehors d'établissements spécialisés. Soixante-treize pour cent considèrent les patients dits « psychiatriques » comme « émotionnellement épuisants ». Vingt pour cent considèrent que les psychiatres ont trop de « pouvoir » sur leurs patients. Vingt pour cent pensent que les étudiants s'orientant vers la psychiatrie comme spécialité le font parce qu'ils ont eux-mêmes des problèmes ou qu'ils n'ont pas pu choisir une autre spécialité. Dix pour cent estiment qu'il leur est difficile de communiquer avec des psychiatres car ceux-ci ne sont « pas clairs ou pas logiques » et qu'ils ont des compétences médicales « de faible qualité ». Il n'y a pas de différence significative entre les pays, les genres, l'ancienneté ni la spécialité médicale. Les enseignants étant en charge de l'éducation médicale des étudiants en médecine, leurs attitudes vis-à-vis de la pathologie mentale et de la psychiatrie au sens large conditionnent en partie les attitudes des étudiants.

2.8.1 Etudes descriptives

2.8.1.1 Etudes descriptives des attitudes en fonction du niveau d'études médicales

La méthode des études et leurs principaux résultats sont présentés dans le tableau 3.

Mas et Hatim (2002) ont étudié l'impact du contact avec une personne souffrant de pathologie mentale et des connaissances sur ces pathologies sur les attitudes d'étudiants en médecine envers les patients. Le contact avec une personne souffrant de pathologie mentale était défini par les auteurs comme la connaissance d'un individu dans le cercle familial, amical voire professionnel (y compris avec les patients). Les auteurs ont comparé des étudiants en première année à des étudiants en dernière année de médecine. Les étudiants en première année n'avaient pas encore bénéficié de cours de psychiatrie et n'avaient donc pas de connaissance médicale de cette spécialité. En dernière année, les étudiants bénéficiaient d'un stage de huit semaines dans un service hospitalier de psychiatrie et de la dispensation de cours de psychiatrie sous la forme de huit semaines de conférences, séminaires et cas cliniques. Les attitudes ont été évaluées à travers les échelles de distance sociale et de dangerosité complétées après lecture d'une vignette clinique. Cent-huit étudiants en première année (70%) et 85 étudiants en sixième année (52,5%) ont participé. Les étudiants en dernière année présentaient des attitudes moins stigmatisantes que les étudiants en première année sur les échelles de distance sociale et de dangerosité. Il n'y avait par ailleurs pas de différence significative entre les étudiants de première année ne rapportant pas de contact antérieur avec des personnes souffrant de pathologie mentale et ceux en rapportant. Ainsi, le contact seul ne suffit pas à modifier les attitudes alors que les connaissances les améliorent.

En 2005, Ay *et al.* comparaient les attitudes de 452 étudiants en deuxième et sixième années de médecine à Istanbul vis-à-vis de personnes souffrant de trouble mental, à travers un questionnaire complété après lecture de vignettes cliniques décrivant dépression et schizophrénie. Les attitudes des étudiants en sixième année étaient plus favorables que celles des étudiants en seconde année, sans différence de genre.

Hojat *et al.* (2009) ont étudié l'évolution de l'empathie envers les personnes souffrant de pathologie mentale dans une population de 121 étudiants de Philadelphie recrutés en première année de médecine et suivis jusqu'à leur quatrième année. L'empathie était évaluée à l'entrée en faculté, en fin de première année puis à la fin de chaque année scolaire jusqu'en quatrième année. Il n'y avait pas de différence significative des scores JSPE entre l'entrée en faculté et

la fin de la deuxième année. Les scores diminuaient significativement à compter de la fin de la troisième année et ce déclin d'empathie persistait jusqu'à la fin de la quatrième année. Les auteurs suggèrent qu'actuellement, l'éducation médicale a tendance à promouvoir la prise de distance dans la relation avec le patient et que cela pourrait expliquer ce déclin d'empathie.

En 2012, Yadav *et al.* ont également comparé les attitudes de 452 étudiants selon leur année d'étude, de la première à la sixième année de médecine, vis-à-vis de la pathologie mentale et des personnes en souffrant. A l'inverse d'Hojat *et al.* (2009), les étudiants en quatrième année ont des attitudes significativement favorables, plus positives que les étudiants de première, deuxième et troisième années : il y a une corrélation négative entre les attitudes de stigmatisation et le niveau d'études médicales ; les attitudes s'améliorent progressivement au fur et à mesure des années dans cette population.

Tableau 3. Etudes descriptives des attitudes en fonction du niveau d'études médicales.

<i>Auteurs (année)</i>	<i>Population (lieu)</i>	<i>Déroulement de l'étude</i>	<i>Critères de jugement</i>	<i>Evolution des attitudes au fur et à mesure des années, significativité « p »</i>
<i>Mas et Hatim (2002)</i>	108 étudiants en première année versus 85 étudiants en sixième année (Kuala Lumpur, Malaisie)	Lecture d'une vignette clinique puis passation des échelles	Echelle de distance sociale	Evolution positive, p=0,032
			Echelle d'angorité perçue	Evolution positive, p<0,05
<i>Ay et al. (2005)</i>	230 étudiants en seconde année versus 222 étudiants en sixième année (Istanbul, Turquie)	Lecture de vignettes cliniques puis passation du questionnaire	Questionnaire d'attitudes non renseigné	Evolution positive, p<0,005
<i>Hojat et al. (2009)</i>	121 étudiants suivis de leur première à leur quatrième année (Philadelphie, Pennsylvanie)	Echelle complétée à la fin de chaque année scolaire	JSPE*	Evolution négative en troisième année, maintien en quatrième année, p<0,001
<i>Yadav et al. (2012)</i>	452 étudiants de la première à la sixième année (New Delhi, Inde)	Echelles complétées une seule fois	BMI*	Evolution positive en quatrième année, p<0,05
			AMIQ*	Evolution positive en quatrième année, p<0,05

* JSPE : Jefferson scale of Physicians' attitudes

* BMI : Beliefs towards Mental Illness

* AMIQ : Attitudes to Mental Illness Questionnaire

2.8.1.2 Etudes descriptives des attitudes en fonction de la pathologie psychiatrique

James *et al.* (2012) ont mené une étude transversale descriptive auprès de 205 étudiants en médecine de cinquième et sixième année et 49 internes en première année ayant validé un stage de quatre à huit semaines en psychiatrie dans deux universités du Sud Niger. Ils ont comparé leurs attitudes envers la schizophrénie, la dépression, une maladie somatique chronique (le VIH et le diabète sucré) et les troubles liés à l'usage de substances. Leur objectif secondaire était de mettre en évidence que la familiarité avec la maladie mentale était associée à des attitudes plus positives. Les auteurs ont utilisé la Level Contact of Report (LCR) et l'Attitude to Mental Illness Questionnaire (AMIQ). L'énoncé de l'AMIQ a été adapté à la population du Nigéria du Sud pour meilleure mise en situation.

Les attitudes des participants envers la schizophrénie sont plus négatives (score AMIQ moyen -2,97 ; écart-type [SD] 3,85) qu'envers la dépression (-0,52 ; SD 3,54). Concernant les troubles liés à l'usage de substances, les attitudes envers le cannabis sont plus négatives (score moyen AMIQ -4,20 ; SD 3,10) qu'envers l'alcool (-1,63 ; SD 0,24). A noter que les attitudes envers les pathologies chroniques VIH et diabète sucré sont positives. Il n'a pas été retrouvé d'association entre genre et attitudes envers la dépression ou la schizophrénie ni corrélation entre familiarité avec la maladie mentale et attitudes.

En 2003, Filipcic *et al.* émettaient l'hypothèse que les attitudes de stigmatisation des étudiants envers les personnes souffrant de schizophrénie sont le plus souvent basées sur la peur ou le manque de connaissance de la pathologie.

2.8.2 Etudes évaluant l'impact de formations et d'interventions

2.8.2.1 Etudes de l'impact des stages cliniques sur la stigmatisation de la psychiatrie

2.8.2.1.1 Etudes sans suivi à distance

La méthode des études et leurs principaux résultats sont présentés dans les tableaux 4 et 5.

Sloan *et al.* (1996) ont évalué les attitudes d'étudiants en sixième année de médecine immédiatement après une intervention de neuf semaines visant à réduire la stigmatisation des personnes souffrant de pathologie psychiatrique (dont huit semaines de stage pratique). La première semaine, les étudiants suivaient des conférences d'introduction à la psychiatrie. Les cinq semaines suivantes, les étudiants suivaient un stage clinique en service hospitalier de psychiatrie adulte (durant lequel ils devaient -outre investir les prises en charge des patients-

présenter des cas cliniques et articles et bénéficiaient de cours théoriques trois fois par semaine). La sixième semaine de stage pratique, les étudiants étaient dans un service de pédopsychiatrie. La septième semaine de stage, les étudiants visitaient un service d'addictologie, un service de psychiatrie en milieu carcéral et un centre pour difficultés d'apprentissage. La huitième semaine de stage consistait en une semaine de révision et se concluait par un examen écrit et un examen clinique. Les attitudes des étudiants vis-à-vis des personnes souffrant de pathologie psychiatrique ont été améliorées à l'issue d'un stage en psychiatrie de huit semaines. Il n'y a pas de différence significative entre les genres.

Tan *et al.* (2005), Mc Parland *et al.* (2003) et Shen *et al.* (2014) ont mené des études semblables auprès d'étudiants en quatrième année de médecine et ont constaté des résultats similaires à ceux de Sloan *et al.* (1996) en termes d'évolution favorable des attitudes. A l'inverse, Reddy *et al.* (2005) ont observé (avec les mêmes outils et les mêmes caractéristiques de population) une augmentation significative des scores moyens des deux échelles uniquement chez les femmes : alors que les attitudes des hommes restaient inchangées vis-à-vis de la pathologie psychiatrique, celles des femmes s'amélioraient à l'issue du stage.

Bulbena *et al.* (2005) ont étudié outre l'impact du stage sur les attitudes d'étudiants, l'effet sur un hypothétique choix de carrière en psychiatrie. Dans cette université, les étudiants bénéficient en quatrième année de l'enseignement de psychiatrie théorique (35 heures) et pratique (65 heures de stage se répartissant entre les urgences psychiatriques, les consultations ambulatoires, les services hospitaliers de soins aigus et chroniques). A l'issue du module, les attitudes et opinions des étudiants évoluent favorablement et une proportion significativement plus importante d'étudiants considère la psychiatrie comme sa potentielle future spécialité.

De même, Lyons et Janca (2015) ont analysé auprès d'étudiants en quatrième année l'impact d'un stage obligatoire sur le choix de la psychiatrie comme carrière, l'intérêt porté à la psychiatrie, les connaissances, les attitudes envers la psychiatrie, les perceptions de stigmatisation envers la maladie mentale. Le stage débutait par deux jours de conférences auxquels faisaient suite huit semaines de stage pratique durant lesquelles les étudiants bénéficiaient de trois heures de cours hebdomadaires. A l'issue du stage, les étudiants étaient soumis à évaluation sous la forme d'un entretien psychiatrique et de présentation de cas clinique. Les connaissances en psychiatrie et la considération de la psychiatrie en termes de carrière étaient significativement améliorées (sans différence de genre) à l'issue du stage à l'instar de l'étude de Bulbena *et al.* (2005). L'intérêt porté à la psychiatrie était inchangé.

Confirmant les études sus citées, les attitudes envers la psychiatrie et la maladie mentale étaient également plus favorables, sans différence de genre. A noter cependant que les items 10 et 11 de la MICA interrogeant l'aisance à communiquer avec une personne atteinte de maladie mentale et l'importance d'une prise en charge à la fois psychiatrique et somatique étaient significativement améliorés. A l'inverse, les items 2, 3 et 12 évaluant les capacités de rétablissement des patients, le caractère scientifique de la psychiatrie et le besoin de protection de la population contre les personnes souffrant de pathologie mentale sévère évoluaient défavorablement. De même, seulement trois items de l'échelle « Balon Attitudes Towards Psychiatry » évoluaient favorablement : « je ne me sens pas à l'aise avec les patients souffrant de pathologie mentale », « l'enseignement de mon université est intéressant et de bonne qualité » et « même si j'étais intéressé par la psychiatrie, mon université ne m'encourage nullement à devenir psychiatre ». Selon les auteurs, le stage pratique n'a qu'un effet modeste sur les attitudes des étudiants.

Adebowale *et al.* (2012) ont conduit une étude auprès d'étudiants en cinquième année bénéficiant d'un stage plus court que les étudiants des études précédentes : l'intervention comprenait deux semaines de conférences didactiques suivies de quatre semaines de stage clinique en service de psychiatrie. Les questionnaires complétés avant le stage pratique (immédiatement à l'issue de la dispensation des deux semaines de cours magistraux) reflétaient des attitudes envers la pathologie mentale globalement favorables. Le score moyen - genres et tranches d'âge confondus - augmentait immédiatement après le stage, attestant d'une amélioration des attitudes, comme dans les études précédentes. Cependant, l'amélioration n'était significative que pour les femmes (à l'image des résultats de Reddy *et al.*, 2005) et les étudiants de 25 ans et moins. Ainsi, cette étude suggère que plus l'intervention a lieu précocement, plus elle est efficace sur les attitudes de stigmatisation. Les auteurs ont eux aussi analysé l'évolution des intentions de carrière professionnelle des étudiants. Contrairement aux études de Bulbena *et al.* (2005) et Lyons et Janca (2015), celles-ci étaient inchangées à l'issue du stage ; cependant les étudiants indiquant une préférence de spécialité autre que la psychiatrie montraient une amélioration des attitudes plus forte envers la psychiatrie à l'issue du stage.

A l'égal d'Adebowale *et al.* (2012), Shen *et al.* (2014) ont eux aussi constaté un pourcentage modeste d'étudiants considérant la psychiatrie comme leur future spécialité médicale à l'issue du stage. Dans leur population, les étudiants ne considérant pas la psychiatrie comme leur potentielle future spécialité répondaient négativement aux items

évaluant les attitudes envers les psychiatres, les patients psychiatriques et les traitements psychiatriques. Les auteurs expliquent la faible proportion d'étudiants se projetant dans la psychiatrie comme future spécialité potentielle à travers les résultats d'une étude conduite par Williams *et al.* (2014). Selon ces derniers, la stigmatisation de la maladie mentale par les étudiants serait à l'origine d'attitudes négatives envers la psychiatrie de manière générale (voire un relatif irrespect des psychiatres eux-mêmes).

Bobo *et al.* (2009) ont comparé l'évolution des attitudes d'étudiants en troisième année de médecine en fonction du lieu de stage en psychiatrie (un service hospitalier de soins de courte durée, un service de consultations et de liaison et un service de soins ambulatoires). Ils n'ont pas retrouvé de différence significative des attitudes en fonction du type de stage, tous les lieux de stage ayant un impact similaire sur l'évolution des attitudes envers la psychiatrie.

Tableau 4. Etudes de l'impact des stages cliniques sur la stigmatisation de la psychiatrie sans suivi à distance (1).

<i>Auteurs (année)</i>	<i>Critère(s) de jugement</i>	<i>Année d'études de la population (lieu)</i>	<i>Effectif à l'inclusion</i>	<i>Scores moyens à l'inclusion</i>	<i>Durée du stage pratique</i>	<i>Effectif à l'issue du stage</i>	<i>Scores moyens à l'issue du stage</i>	<i>Evolution des attitudes Significativité « p »</i>
<i>Sloan et al. (1996)</i>	ATP-30*	Sixième (Dublin, Irlande)	110 (sur 116 étudiants potentiels)	98,4 (DS*=3,5)	8 semaines	98	107,3 (DS*=2,3)	Evolution positive p<0,001
	SATP*			49,5 (DS*=3,3)		105	53,9 (DS*=1,4)	Evolution positive p<0,001
<i>Mc Parland et al. (2003)</i>	ATP-30*	Quatrième (Londres, Grande-Bretagne)	379 (sur 448 étudiants potentiels)	102,6 (DS*=10,1)	8 semaines	379	107,7 (DS*=11,9)	Evolution positive p<0,001
<i>Reddy et al. (2005)</i>	AMI*	Quatrième (Bangi, Malaisie)	122 (sur 175 étudiants potentiels)	68,24 (DS*=5,69)	8 semaines	122	70,78 (DS*=5,61)	Evolution positive pour les femmes uniquement p<0,0005
	ATP-30*			108,34 (DS*=8,05)			110,39 (DS*=10,9)	Evolution positive pour les femmes uniquement, p=0,003
<i>Tan et al. (2005)</i>	ATP-30*	Quatrième (Kebangsaan, Malaisie)	48 (sur 160 étudiants potentiels)	104,8 (DS*=8)	8 semaines	48	114,4 (DS*=11,4)	Evolution positive p<0,005
	AMI*			63,4 (DS*=5)			68,1 (DS*=7,1)	Evolution positive p<0,005

* ATP-30 : Attitudes Towards Psychiatry-30 ; * SATP : Specific Attitude to Psychiatry Questionnaire ; * AMI : Attitudes towards Mental Illness ; *DS : Deviation Standard

Tableau 5. Etudes de l'impact des stages cliniques sur la stigmatisation de la psychiatrie sans suivi à distance (2).

<i>Auteurs (année)</i>	<i>Critère(s) de jugement</i>	<i>Année d'études de la population (lieu)</i>	<i>Effectif à l'inclusion</i>	<i>Scores moyens à l'inclusion</i>	<i>Durée du stage pratique</i>	<i>Effectif à l'issue du stage</i>	<i>Scores moyens à l'issue du stage</i>	<i>Evolution des attitudes, significativité « p »</i>	
<i>Bulbena et al. (2005)</i>	Balon Attitudes Towards Psychiatry	Quatrième (Barcelone, Espagne)	48 (100% des étudiants potentiels)	Pas de score moyen	65 heures	48	Pas de score moyen	Item 2, positive p=0,033	
								Item 14, positive p=0,008	
								Item 18, positive p=0,032	
								Item 22, positive p=0,033	
<i>Adebowale et al. (2012)</i>	ATP-30*	Cinquième (Abeokuta, Nigeria)	81 (sur 121 étudiants potentiels)	107,96 (DS*=11,27)	4 semaines	106	113,25 (DS*=12,14)	Femmes, p=0,009 ≤ 25 ans, p=0,017	Evolution positive échantillon, p=0.003
<i>Shen et al. (2014)</i>	ATP-30*	Quatrième (Xiangya, Chine)	325 (sur 368 étudiants potentiels)	103,4 (DS*=8,6)	8 semaines	325	111,8 (DS*=9,6)	Positive, p<0,001	
	AMI*			58,9 (DS*=6,3)			64,1 (DS*=6,6)	Positive, p<0,001	
<i>Lyons et Janca (2015)</i>	Balon Attitudes Towards Psychiatry	Quatrième (Perth, Australie)	151 (sur 238 étudiants potentiels)	Pas de score moyen	8 semaines	161 (sur 230 étudiants potentiels)	Pas de score moyen	Item 23, positive, p=0,001	
	MICA*			48,2 (DS*=8,3)				43,5 (DS*=7,5)	Item 24, positive, p=0,001 Item 29, positive, p=0,001
								Positive, p=0,0001	

* ATP-30 : Attitudes towards Psychiatry-30 / * AMI : Attitudes towards Mental Illness / * MICA : Mental Illness Clinicians Attitudes / * DS: Deviation Standard

2.8.2.1.2 Etudes avec suivi à distance

La méthode des études et leurs principaux résultats sont présentés dans le tableau 6.

Creed et Goldberg (1987) ont inclus des étudiants en quatrième année qu'ils ont suivis pendant deux ans. En quatrième année, les étudiants bénéficiaient d'un stage en psychiatrie de huit semaines : les attitudes vis-à-vis de la psychiatrie évoluaient favorablement à l'issue du stage. Ceux dont les attitudes évoluaient le plus sont les étudiants dont les scores initiaux étaient les plus faibles. Les items évaluant le statut de psychiatre, les hôpitaux psychiatriques, le choix de carrière psychiatrique potentiel, les traitements et les patients évoluaient favorablement. Les items évaluant le caractère scientifique de la psychiatrie ne changeaient pas significativement et un item évoluait défavorablement (item formulant le respect de la psychiatrie en tant que spécialité médicale). A deux ans (en fin de sixième année), le score moyen avait significativement diminué, témoignant d'une évolution défavorable des attitudes envers la psychiatrie entre la fin du stage en psychiatrie et la fin de l'externat deux ans plus tard.

Araya *et al.* (1992) ont eux aussi constaté l'absence de maintien de l'évolution favorable des attitudes à l'issue d'un stage en psychiatrie après deux ans. Ils ont inclus trois groupes : un groupe n'ayant pas réalisé de stage (étudiants en troisième année), un groupe réalisant un stage de deux mois (étudiants en cinquième année) et un groupe ayant réalisé un stage de deux mois deux ans auparavant (étudiants en septième année). Chaque groupe a complété le questionnaire à deux reprises (à deux mois d'intervalle) mais cet intervalle ne correspondait à une période de stage que pour les étudiants en cinquième année. Le score moyen augmentait significativement à deux mois uniquement pour le groupe ayant bénéficié du stage. A noter que les scores des filles étaient significativement meilleurs que ceux des garçons. A l'inverse, il n'y avait pas de changement pour les deux autres groupes ni de différence significative de la moyenne des scores entre les étudiants en troisième et ceux en septième année, confirmant les résultats de Creed et Goldberg (1987).

Aker *et al.* (2007) ont quant à eux suivi durant trois mois des étudiants en sixième année ayant bénéficié d'un stage d'une durée d'un mois en service hospitalier de psychiatrie. En Turquie, les cours théoriques de psychiatrie sont dispensés en troisième et cinquième années et les étudiants bénéficient d'un stage obligatoire d'un mois en fin de sixième année. Les scores moyens obtenus à l'inclusion, immédiatement à l'issue du stage et à trois mois ne présentent pas de différence significative. Cela suggère que pour qu'un stage pratique soit

bénéfique, il doit être couplé aux cours théoriques (dans cette étude, les cours théoriques précédaient d'un an le stage, ce qui n'est pas le cas des autres études citées précédemment).

Tableau 6. Etudes de l'impact des stages cliniques sur la stigmatisation de la psychiatrie avec suivi à distance (1).

<i>Auteurs (année) ; Lieu</i>	Creed et Goldberg (1987) ; Manchester, Royaume-Uni	Araya <i>et al.</i> (1992) ; Santiago de Chile		Aker <i>et al.</i> (2007) ; Samsun, Turquie				
<i>Critère(s) de jugement</i>	« Attitudes Towards Psychiatry (ATP-30) »	« Specific Attitude to Psychiatry Questionnaire (SATP) »		« Opinion about Mental Illness Ideology Scale (OMI) »				
<i>Effectif et Année d'études de la population à l'inclusion (lieu)</i>	261 étudiants en quatrième année	75 (94%) étudiants en troisième année (groupe témoin)		172 étudiants en sixième année (sur 189 étudiants potentiels)				
		48 (80%) étudiants en cinquième année (bénéficiant du stage)						
		56 (85%) étudiants en septième année ayant réalisé un stage deux ans auparavant						
<i>Effectif à l'issue du suivi</i>	226	80 (100%) étudiants en troisième année		103				
		54 (90%) étudiants en cinquième année						
		49 (74%) étudiants en septième année						
<i>Scores moyens à l'inclusion</i>	Population totale : 98,1 (DS=9,7)	73,15 (troisième année)	36,84 (cinquième année)	I	II	III	IV	V
	Echantillon suivi : 98,47	51,42 (septième année)		27,50	51,38	31,07	24,13	20,66

<i>Durée du stage pratique</i>	8 semaines	8 semaines pour les étudiants en cinquième année uniquement		1 mois				
<i>Scores moyens immédiats à l'issue du stage</i>	Population totale : 108,1 (DS=11,3)	54,81 (cinquième année uniquement)		I	II	III	IV	V
	Echantillon suivi : 109,1			27,56	51,22	31,66	23,68	20,23
<i>Evolution immédiate des attitudes (p)</i>	Population totale : Favorable (p<0,0001)	Favorable p=0,001 (cinquième année)		NS* p>0,05				
	Echantillon suivi : Favorable (p<0,0005)							
<i>Durée du suivi</i>	2 ans	Pas de réel suivi : étudiants en septième année ayant bénéficié du stage deux ans avant		3 mois				
<i>Scores moyens au suivi</i>	106,7	A deux mois : 74,73 (troisième année, pas de stage)	A deux mois : 54,81 (cinquième année immédiatement après stage)	I	II	III	IV	V
		A deux mois : 59,97 (septième année, stage deux ans avant)		26,33	51,48	31,88	23,69	19,83
<i>Evolution des attitudes à l'issue du suivi (p)</i>	Défavorable (p<0,022)	NS* p=0,823 (troisième année)	Favorable p=0,001 (cinquième année)	NS* p>0,05				
		NS* p=0,5689 (septième année)						

* NS : Non Significatif.

2.8.2.1.3 Etudes ne mettant pas en évidence d'impact des stages cliniques sur la stigmatisation de la psychiatrie

La méthode des études et leurs principaux résultats sont présentés dans les tableaux 7 et 8.

Lyons (2014) a mené une revue de la littérature des études portant sur l'impact des stages pratiques hospitaliers en psychiatrie sur les attitudes des étudiants en médecine. Il a identifié 26 études menées dans 19 pays soit 3747 étudiants. Seize études concluaient à une amélioration des attitudes envers la psychiatrie à l'issue du stage alors que 10 ne trouvaient pas de différence. Néanmoins, la littérature décrivant l'impact des stages en service de psychiatrie sur les attitudes des étudiants en médecine envers la psychiatrie et les usagers de psychiatrie est largement en faveur d'un effet positif, tant sur la psychiatrie que sur les psychiatres, patients, pathologies et traitements.

Tableau 7. Etudes ne mettant pas en évidence d'impact des stages cliniques sur la stigmatisation de la psychiatrie (1).

<i>Auteurs (année)</i>	<i>Critère(s) de jugement</i>	<i>Année d'études (lieu)</i>	<i>Effectif à l'inclusion (% de la totalité des étudiants potentiels)</i>	<i>Durée du stage pratique</i>	<i>Effectif à l'issue du stage (% de la totalité des étudiants potentiels)</i>	<i>Evolution immédiate des attitudes</i>
Rodrigo <i>et al.</i> (2012)	ATP-30*	Sixième (Sri Lanka)	91 (91%)	8 semaines	93 (93%)	NS*
Aghukwa <i>et al.</i> (2010)	Questionnaire développé par les auteurs	Sixième (Nigeria)	35 (NR*)	4 semaines	35 (NR*)	NS*
Issa <i>et al.</i> (2009)	ATP-30*	Sixième (Nigeria)	126	4 semaines	135 (100%)	NS*
Ramamurthy <i>et al.</i> (2008)	« Balon Attitudes Towards Psychiatry »	NR* (Malaisie)	91 (78%)	6 semaines	89 (76%)	NS*
Fischel (2008)	« Balon Attitudes Towards Psychiatry »	NR* (Israël)	29 étudiants israéliens et 28 étudiants américains du nord (100%)	5 semaines	29 étudiants israéliens et 28 étudiants américains du nord	NS*

* NS : Non Significatif.

* NR : Non Renseigné.

* ATP-30 : Attitudes Towards Psychiatry-30.

Tableau 8. Etudes ne mettant pas en évidence d'impact des stages cliniques sur la stigmatisation de la psychiatrie (2).

<i>Auteurs (année)</i>	<i>Critère(s) de jugement</i>	<i>Année d'études (lieu)</i>	<i>Effectif à l'inclusion (% de la totalité des étudiants potentiels)</i>	<i>Durée du stage pratique</i>	<i>Effectif à l'issue du stage (% de la totalité des étudiants potentiels)</i>	<i>Evolution immédiate des attitudes (p)</i>
Kuhnigk <i>et al.</i> (2007)	ATP-30*	Cinquième (Allemagne)	136 (NR*)	NR*	127	NS*
Oluto et Osahon (2001)	Questionnaire développé par les auteurs	Cinquième (Nigeria)	105 (NR*)	8 semaines	105 (NR*)	NS*
Arkar et Eker (1997)	Questionnaire développé par les auteurs	Cinquième (Turquie)	75 (100%) étudiants en stage en service de psychiatrie versus 60 (97%) étudiants en stage en service d'ophtalmologie	3 semaines	75	NS*
Guttmann <i>et al.</i> (1996)	Questionnaire développé par les auteurs	Cinquième (Israël)	53 (88%)	5 semaines	43 (72%)	NS*
Galletly <i>et al.</i> (1995)	SATP*	Sixième (Australie)	153 (NR*)	4 semaines	153 (NR*)	NS*

* NS : Non Significatif.

* NR : Non Renseigné.

* ATP-30 : Attitudes Towards Psychiatry-30.

* SATP : Specific Attitudes Towards Psychiatry

2.8.2.2 Etude de l'impact de l'enseignement théorique sur la stigmatisation de la psychiatrie

La méthode des études et leurs principaux résultats sont présentés dans les tableaux 9 et 10.

Singh *et al.* (1998) ont comparé l'effet de deux méthodes de cours théoriques de psychiatrie sur les attitudes envers la psychiatrie et la pathologie mentale d'étudiants en quatrième année de médecine à Nottingham. La première méthode d'enseignement (dite ancienne) est basée sur des conférences didactiques ; la seconde (dite nouvelle) - plus courte en termes de durée - est interactive : des ateliers d'apprentissage remplacent les conférences. Au premier jour de l'enseignement du module psychiatrique, les étudiants étaient divisés en deux groupes : les uns bénéficiaient de la méthode classique « ancienne », les autres de la « nouvelle » méthode. Les intervenants étaient les mêmes dans les deux types de méthodes. Les attitudes étaient globalement favorables avant le début de l'enseignement et évoluaient favorablement dans les deux groupes à l'issue de l'enseignement, sans différence significative entre les groupes ni entre les genres.

Soixante-dix étudiants ayant participé en quatrième année ont de nouveau complété les questionnaires un an après l'enseignement théorique (Baxter *et al.*, 2001). Il n'y avait pas de différence significative entre les scores des étudiants de quatrième année n'ayant pas complété les questionnaires en cinquième année et ceux les ayant complétés. Les scores à un an sont significativement plus bas que les scores obtenus en quatrième année, avant et après enseignement sans différence entre les deux méthodes d'enseignement : le changement positif d'attitudes qui apparaît durant l'enseignement de psychiatrie en quatrième année ne se maintient pas à un an, sans différence de genres.

Tableau 9. Synthèse des résultats des études de Singh *et al.* (1998) et Baxter *et al.* (2001) : ATP-30.

	Ancienne Méthode	Nouvelle méthode
Effectif	45	65
Scores moyens à l'inclusion groupes confondus ATP-30	109,14 (DS=8,84)	
Scores moyens à l'inclusion ATP-30	112,02 (DS=9,88)	107,08 (DS=7,44)
Scores moyens à l'issue des cours ATP-30	116,72 (DS=7,63)	113,35 (DS=9,8)
Evolution immédiatement à l'issue des cours par groupe (p)	Evolution favorable p<0,001	Evolution favorable p<0,001
Evolution immédiatement à l'issue des cours ATP-30 (p)	Pas de différence entre les groupes p=0,184	
Scores moyens à un an ATP-30	(N=29) 82,1 (DS=7,94)	(N=41) 79,71 (DS=10,35)
Evolution à un an par groupe (p)	Evolution défavorable p < 0,01	Evolution défavorable p < 0,01
Evolution à un an groupes confondus (p)	Evolution défavorable Pas de différence entre les groupes	

Tableau 10. Synthèse des résultats des études de Singh *et al.* (1998) et Baxter *et al.* (2001) : AMI.

	Ancienne Méthode	Nouvelle méthode
Effectif	45	65
Scores moyens à l'inclusion AMI	73,77 (DS=5,47)	
Scores moyens à l'inclusion AMI	75,05 (DS=6,47)	72,21 (DS=4,34)
Scores moyens à l'issue des cours AMI	78,07 (DS=6,29)	76,42 (DS=4,79)
Evolution immédiatement à l'issue des cours (p)	Evolution favorable p<0,001	Evolution favorable p<0,001
Evolution immédiatement à l'issue des cours AMI (p)	Pas de différence entre les groupes p=0,773	
Scores moyens à un an AMI	(N=29) 67,79 (DS=4,06)	(N=41) 67,2(DS=4,77)
Evolution à un an (p)	Evolution défavorable p < 0,01	Evolution défavorable p < 0,01
Evolution à un an groupes confondus (p)	Evolution défavorable Pas de différence entre les groupes	

Papish *et al.* (2013) ont comparé l'impact d'une intervention éducative basée sur un contact unique à l'impact de l'enseignement obligatoire sur la stigmatisation de la maladie mentale. Ils ont mené un essai contrôlé randomisé auprès d'une population de 90 étudiants en médecine en troisième année. Tous les étudiants bénéficiaient de l'enseignement obligatoire et de l'intervention. Seul le moment de dispensation de l'intervention variait. L'enseignement obligatoire se déroulait sur une durée de quatre semaines et incluait des cours didactiques, des groupes de discussion basés sur des cas cliniques et une soirée optionnelle cinématographique portant sur la pathologie mentale. Il prévoyait en outre un contact avec des personnes souffrant de maladie mentale à l'issue duquel l'étudiant présentait des cas cliniques. L'intervention basée sur un contact unique consistait en une heure de présentation orale de patients partageant leur histoire, modérée par des professeurs, durant laquelle les étudiants étaient invités à interagir. Les étudiants ont été divisés en deux groupes : le groupe d'intervention bénéficiait de l'échange avec les patients précocement en début de module psychiatrique (avant dispensation des cours obligatoires) ; le groupe témoin bénéficiait de cette même intervention tardivement en fin de dispensation du module psychiatrique. L'impact de l'intervention a été évalué par la mesure des attitudes et intentions de comportements par l'Opening Minds Scale for Health Care Providers (OMS-HC). Les attitudes des étudiants envers la maladie mentale ont été comparées aux attitudes envers le diabète de type 2, pathologie stigmatisée mais d'étiologie non psychiatrique. Les données ont été recueillies à quatre temps : à l'inclusion (T1) ; après randomisation, au premier jour des cours (T2) ; après les quatre semaines de dispensation du module obligatoire (T3) et trois mois après la fin des cours obligatoires (T4). Le score moyen de l'OMS-HC à T2 (i.e. au début de module - un seul groupe a bénéficié de l'intervention, aucun n'a bénéficié des cours) est significativement plus bas dans le groupe intervention, suggérant un effet positif de l'intervention éducative basée sur le contact lorsque celle-ci est menée précocement en début de module. Entre T1 et T3 (i.e. à la fin du module - les deux groupes ont bénéficié de l'intervention et des cours -), les scores moyens OMS-HC diminuent significativement dans les deux groupes, rendant compte d'une baisse de stigmatisation à l'issue du cursus. Entre T2 et T3, les scores moyens OMS-HC diminuent significativement dans les deux groupes (sans différence entre les groupes). A trois mois (T4), la différence significative avec les scores à T1 est maintenue, sans différence significative avec les scores à T3 : les attitudes favorables se maintiennent. La stigmatisation de la maladie mentale est supérieure à celle du diabète de type 2 à tous les temps des analyses sans différence entre les deux groupes. Ainsi, le contact unique ne suffit pas à diminuer les attitudes de stigmatisation des étudiants en médecine à

l'égard des personnes atteintes de pathologie mentale ; les connaissances sont essentielles au processus de déstigmatisation. L'amélioration des attitudes à trois mois est maintenue dans cette population.

2.8.2.3 Etudes de l'impact d'interventions sur la stigmatisation de la psychiatrie

2.8.2.3.1 Etudes sans suivi à distance

Galletly et Burton (2011) ont développé une intervention en vue de réduire la stigmatisation de la schizophrénie par les étudiants en médecine. Ils ont ciblé leur action sur un groupe de 87 étudiants en dernière année en module de psychiatrie. Les étudiants complétaient l'AMIQ à l'inclusion puis visualisaient un film de 40 minutes présentant le témoignage d'un jeune étudiant souffrant de schizophrénie suivi d'un segment d'émission télévisée de dix minutes montrant un présentateur célèbre participant à une simulation d'hallucinations lors d'une conférence de santé mentale. Dans la deuxième partie de l'intervention, l'étudiant se voyait délivrer pendant 45 minutes via un appareil mp3 une simulation d'hallucinations acoustico-verbales à volume conversationnel pendant qu'il réalisait avec un autre étudiant non soumis à la simulation un éventail de tâches. En fin d'atelier, après une période d'échange, les participants remplissaient à nouveau l'échelle AMIQ et rédigeaient un paragraphe de réflexion sur leur expérience vécue durant l'action. Les résultats montrent une amélioration significative des attitudes des étudiants à l'issue de l'atelier, l'augmentation des scores moyens étant essentiellement due aux étudiants aux scores de base les plus bas. Le genre n'apparaissait pas associé aux résultats. Les retours des étudiants montrent une bonne acceptabilité de l'intervention.

2.8.2.3.2 Etudes avec suivi à distance : interventions sous forme de témoignages et jeux de rôle

Roberts *et al.* (2008) ont évalué l'effet de l'exposition à un jeu de rôle sur les attitudes d'étudiants envers la pathologie mentale à travers un essai contrôlé randomisé comparant les scores d'attitudes entre un groupe témoin et un groupe exposé au jeu de rôle. Les auteurs ont inclus 332 étudiants en deuxième année de médecine à Birmingham. Les attitudes étaient mesurées par le participant lui-même (via l'échelle de distance sociale) et par les autres (via le questionnaire de stigmatisation perçue de Link *et al.*, 1987). Un score global d'attitudes était calculé à partir des échelles de stigmatisation personnelle et perçue. Le scénario du jeu de rôle mettait en scène un individu montrant des signes précoces de trouble psychotique (isolement social, croyances étranges). L'étudiant devait jouer le rôle d'un médecin généraliste qui

rencontre ce patient pour la première fois. A l'issue du jeu de rôle qui durait entre 5 et 10 minutes, l'étudiant échangeait avec les intervenants environ une demie-heure. Les analyses statistiques ne montrent pas de différence significative des attitudes entre le groupe témoin et le groupe d'intervention.

En 2011, Kassam *et al.* ont comparé l'impact de trois interventions sur les connaissances, les attitudes et comportements des étudiants en médecine envers les personnes atteintes de pathologie mentale. Ils ont inclus trois groupes :

un groupe témoin (Control Condition CC) ne bénéficiant d'aucun entraînement

un premier groupe expérimental (Experimental Condition 1 EC1) bénéficiant d'une présentation d'une heure relative à la stigmatisation de la maladie mentale et les impacts sociaux et personnels sous la forme de témoignages d'un patient souffrant de trouble schizo-affectif et d'un soignant.

un second groupe expérimental (Experimental Condition 2 EC2) bénéficiant en plus de la présentation décrite ci-dessus de deux jeux de rôle de dix minutes animés par un patient et un soignant.

Ils ont recruté 110 étudiants volontaires à leur entrée en troisième année, l'année commençant par deux semaines de cours durant lesquelles de brèves notions de psychiatrie sont abordées, avant que le module en lui-même ne commence. A ce stade, les étudiants n'ont encore jamais eu de pratique clinique. L'évaluation à l'inclusion des composantes connaissances et attitudes des étudiants était réalisée par e-mail deux semaines avant l'intervention par le Knowledge Quiz et la MICA. La deuxième évaluation des connaissances et attitudes était réalisée une semaine après l'intervention. Les auteurs ont défini arbitrairement une variation significative des connaissances et des attitudes comme supérieure ou égale à 10%. A ce même temps était évaluée la composante « comportements » à travers les compétences de communication au cours d'un jeu de rôle co-animé par un patient et un soignant. L'évaluation consistait en une liste de quinze items (cotés de 0 à 2) de comportements verbaux et non-verbaux pouvant être interprétés comme discriminants par le patient ou le soignant, un score élevé indiquant un comportement positif.

Quasiment la moitié des participants (essentiellement représentée par des filles) connaissait personnellement quelqu'un souffrant de pathologie mentale. Bien que ne sachant pour la plupart pas à quelle spécialité médicale ils se destinaient, les étudiants avaient des notes aux examens de psychiatrie supérieures aux étudiants ne participant pas à l'étude. Les évaluations

de suivi montrent un effet favorable de l'entraînement sur la composante « connaissances » de la stigmatisation des personnes souffrant de pathologie mentale dans les deux groupes d'intervention par rapport au groupe témoin, sans différence entre les deux types d'intervention. Concernant la composante « attitudes de stigmatisation », les auteurs ont retrouvé une tendance favorable des deux types d'intervention sans distinction. Les jeux de rôle de suivi ont mis en évidence que les comportements de stigmatisation ont tendance à être plus positifs dans les deux groupes d'intervention que dans le groupe témoin, sans différence entre les deux types d'intervention.

Ainsi dans cette étude, seules les connaissances des étudiants vis-à-vis de la stigmatisation des personnes souffrant de pathologie mentale sont significativement améliorées (à une semaine) par le témoignage des patients et des soignants ; l'effet sur les attitudes et les comportements n'est pas significatif. Le jeu de rôle n'a dans cette population pas d'impact ce qui confirme les résultats de Roberts *et al.* (2008). Les auteurs suggèrent donc que les différentes composantes de la stigmatisation ne peuvent être ciblées par une même intervention.

Friedrich *et al.* (2013) ont mené une étude similaire. L'association « *Rethink mental illness* » a créé le programme « *Time to change* » (Time to change, stigma shout survey, 2008) dont le projet « *Education Not Discrimination (END)* » cible les populations qui ont un impact significatif sur la vie des personnes atteintes de pathologie mentale. Friedrich *et al.* (2013) ont évalué les effets de l'entraînement « END » chez une population d'étudiants en médecine immédiatement et à six mois sur les connaissances, les attitudes, le comportement, l'empathie. Ils ont comparé ce groupe à un groupe témoin. Leur intervention, menée de 2008 à 2011 sur des étudiants volontaires en troisième année dans quatre facultés de médecine de différentes régions du Royaume-Uni, consistait en une courte conférence de points clés et données sur la stigmatisation et la discrimination, la visualisation de vidéos de témoignages d'expériences de discrimination vécues personnellement ou en tant que proche puis de jeux de rôles.

Les connaissances relatives à la maladie mentale étaient évaluées par la Mental Health Knowledge Schedule (MAKS). Les comportements vis-à-vis des personnes atteintes de pathologie mentale étaient évalués par la Reported and Intended Behaviour Scale (RIBS). Les attitudes relatives à la maladie mentale étaient évaluées par trois items issus de la Community attitudes toward the Mentally Ill (CAMI) : « l'une des premières causes de maladie mentale est un manque d'autodiscipline et de volonté », « il est aisé de distinguer les

personnes atteintes de maladie mentale des personnes normales », « il est effrayant de penser que nos voisins peuvent avoir des problèmes mentaux ». L'empathie était évaluée par quatre items issus de la Jefferson Scale of Physician Empathy (JSPE): la conscience de l'importance du vécu émotionnel des patients et de leurs proches, l'impact des facteurs émotionnels sur le processus thérapeutique, la capacité à dévoiler des problèmes de santé mentale par peur d'être traité différemment, l'aisance à communiquer avec une personne atteinte de pathologie mentale. Les quatre critères d'évaluation (les connaissances, les attitudes, le comportement, l'empathie) étaient mesurés à trois temps différents : l'inclusion, immédiatement après le programme d'éducation et à six mois. Les scores obtenus à la MAKS, la RIBS et la JSPE étaient additionnés, un score élevé signifiant un faible nombre de réponses « stigmatisantes ». Les scores de la CAMI étaient analysés séparément, la cotation différant. Tous les critères d'évaluation étaient significativement améliorés dans le suivi immédiat. A six mois, l'amélioration ne se maintenait pas à l'exception d'un item d'évaluation des attitudes. Là encore, les scores les plus bas à l'inclusion étaient associés à la plus forte amélioration après l'intervention : les individus aux jugements les plus stigmatisants bénéficiaient le plus de l'intervention. L'efficacité de cette intervention repose a priori sur les conférences et témoignages et non sur les jeux de rôle. En effet, Stubbs (2014) a mené une revue de la littérature portant sur l'efficacité des interventions visant à réduire la stigmatisation de la maladie mentale auprès des étudiants et professionnels de santé. Les essais contrôlés randomisés observent que les interventions basées sur le contact direct ou sur le visionnage de films réduisent la stigmatisation à court terme. A l'inverse, il n'y a pas de preuve suggérant que le bénéfice de l'intervention se maintienne à distance. Stubbs n'a pas retrouvé d'effet des interventions du type « jeu de rôle » sur les attitudes des étudiants.

2.8.3 Données de la littérature sur la stigmatisation de la psychiatrie par les étudiants en médecine : synthèse

De nombreux auteurs ont mis en évidence l'impact positif d'un stage en service de psychiatrie sur les attitudes des étudiants en médecine à l'égard de la psychiatrie et de la pathologie psychiatrique sans différence de genre (Sloan *et al.*, 1996 ; Mc Parland *et al.*, 2003 ; Tan *et al.*, 2005 ; Shen *et al.*, 2014 ; Lyons et Janca, 2015). A l'inverse, certains n'ont observé d'amélioration des attitudes que chez les femmes (Araya *et al.*, 1992 ; Reddy *et al.*, 2005 ; Adebawale *et al.*, 2012). Bien que certaines études ne retrouvent pas d'effet des stages

sur les attitudes des étudiants, la revue de la littérature est largement en faveur d'un effet positif des stages sur les attitudes (Lyons, 2014).

Tous les lieux de stage semblent avoir un impact similaire sur l'évolution des attitudes envers la psychiatrie (Bobo *et al.*, 2009). Il semblerait cependant que plus une intervention a lieu précocement au cours des études, plus elle est efficace sur les attitudes de stigmatisation (Adebowale *et al.*, 2012). Les étudiants dont les attitudes évoluent le plus sont ceux ayant les attitudes les moins favorables en début de stage (Creed et Goldberg, 1987). L'impact des stages sur les considérations de choix de spécialité future des étudiants est controversé (Bulbena *et al.*, 2005 ; Adebowale *et al.*, 2012 ; Shen *et al.*, 2014 ; Lyons et Janca, 2015). Néanmoins, Adebowale *et al.* (2012) ont constaté que les étudiants ne se projetant pas dans une carrière psychiatrique étaient ceux dont les attitudes se modifiaient le plus (dans un sens favorable).

Malheureusement, le bénéfice des stages hospitaliers sur les attitudes des étudiants ne semble pas se maintenir dans le temps (Creed et Goldberg, 1987 ; Araya *et al.*, 1992 ; Aker *et al.*, 2007). A trois mois, les attitudes sont néanmoins toujours positives (Papish *et al.*, 2013), ce qui sous-entend que les bénéfices s'estompent progressivement.

Le contact avec les patients ne suffit pas à modifier les attitudes des étudiants : les connaissances sont essentielles au processus de déstigmatisation (Mas et Hatim, 2002 ; Ay *et al.*, 2005 ; Aker *et al.*, 2007 ; Yadav *et al.*, 2012 ; Papish *et al.*, 2013). Il ne semble pas y avoir de méthode d'enseignement plus efficace qu'une autre (Singh *et al.*, 1998).

Outre les stages, certaines interventions améliorent la stigmatisation des étudiants vis-à-vis de la pathologie psychiatrique, telles que la visualisation de témoignages de patients éventuellement couplée à la simulation d'hallucinations (Galletly et Burton, 2011 ; Kassam *et al.*, 2011 ; Friedrich *et al.*, 2013). La participation à des jeux de rôle ne modifie pas les attitudes des étudiants (Roberts *et al.*, 2008 ; Kassam *et al.*, 2011 ; Stubbs, 2014). A l'instar des stages, les individus aux attitudes les plus négatives sont ceux qui bénéficient le plus des interventions et les bénéfices des interventions ne semblent pas se maintenir à distance (Friedrich *et al.*, 2013).

Toutes les études que nous avons évoquées comparaient les attitudes d'un même groupe d'étudiants avant et après un stage en psychiatrie. L'une des raisons probables (bien que non explicitée) est que l'intégralité des études citées se déroulaient dans des universités où les stages en psychiatrie sont obligatoires, ce qui n'est pas le cas de l'université de Bordeaux.

Aucune étude ne comparait deux groupes d'étudiants bénéficiant d'un même enseignement théorique psychiatrique mais de stages cliniques dans des spécialités différentes. Par ailleurs, nous n'avons relevé aucune étude française observant l'impact d'un stage sur les attitudes de stigmatisation des étudiants envers la psychiatrie. Nous avons donc mené une étude visant à comparer l'évolution des attitudes d'étudiants français en médecine vis-à-vis de la psychiatrie et de la pathologie psychiatrique en fonction de la spécialité de leur lieu de stage durant l'enseignement théorique de la psychiatrie.

3. ETUDE PERSONNELLE

3.1 Objectifs de l'étude

Les objectifs principaux de notre étude étaient d'évaluer l'impact sur les attitudes de futurs médecins envers les personnes atteintes de pathologie mentale

1. De l'enseignement théorique universitaire de la spécialité psychiatrique
2. D'un stage hospitalier en psychiatrie

Les objectifs secondaires étaient d'évaluer si le genre et l'histoire personnelle des étudiants étaient associés aux attitudes envers les patients dits psychiatriques.

3.2 Méthodes

3.2.1 Population à l'étude

Les sujets étaient des étudiants en quatrième année de faculté de médecine (première année du diplôme de formation approfondie en sciences médicales [DFASM]) de Bordeaux.

Les études médicales à la faculté de Bordeaux se déroulent de la manière suivante : en quatrième année, l'étudiant acquiert le statut d'externe. La formation se déroule selon un mode dit « intégré ». L'étudiant est en stage hospitalier tous les matins dans la spécialité dont il reçoit l'enseignement théorique tous les après-midis. Il choisit son stage en fonction de son rang de classement après tirage au sort et déroulement de la liste alphabétique.

L'enseignement théorique est dispensé conformément à l'arrêté relatif au régime du deuxième cycle des études médicales (Ministère de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche, mai 2013).

Concernant le module (unité d'enseignement) neuro-psycho-sensoriel, les étudiants reçoivent les enseignements de neurologie, psychiatrie, ophtalmologie, oto-rhino-laryngologie, chirurgie maxillo-faciale et choisissent un lieu de stage s'étendant sur la durée de l'unité d'enseignement parmi ces spécialités.

Nous avons recruté deux groupes d'étudiants en stage hospitalier : le premier groupe avait choisi un stage pratique hospitalier en service de psychiatrie, le second groupe un stage hospitalier en service de neurologie. Psychiatrie et neurologie étant des spécialités traitées

dans l'unité d'enseignement neuro-psycho-sensoriel, les deux groupes assistaient ainsi au même enseignement théorique. Seul leur lieu de stage différait.

Les participants étaient recrutés au premier jour de leur stage hospitalier dans le pôle universitaire de psychiatrie adulte dirigé par le Professeur Hélène Verdoux au Centre Hospitalier Charles Perrens et dans le pôle universitaire de neurologie adulte dirigé par le Professeur Bruno Brochet au Centre Hospitalier Universitaire Pellegrin.

Le critère d'exclusion était le statut d'étudiant Erasmus (les étudiants Erasmus provenant de pays étrangers, ils n'ont pas bénéficié du même cursus de formation que les étudiants bordelais durant les années d'étude antérieures. Ils ne peuvent par conséquent pas être comparés à ces derniers).

3.2.2 Outil de mesure

Le recherche bibliographique nous a conduit à utiliser l'échelle Mental Illness : Clinicians' Attitudes (MICA, cf annexe 1) issue des travaux de l'équipe de recherche de Graham Thornicroft (Kassam *et al.*, 2010) après obtention de l'autorisation de ce dernier.

La première étape a été d'obtenir une traduction française de l'échelle MICA développée et validée en anglais. Pour ce faire, une première traduction libre a été réalisée, pour laquelle nous avons demandé une traduction inversée à une psychologue d'origine anglaise du pôle universitaire de psychiatrie adulte afin d'en vérifier la concordance avec l'échelle initiale.

Afin d'évaluer si le genre et l'histoire personnelle des étudiants étaient associés aux attitudes envers les patients, nous avons ajouté à la suite de l'échelle MICA quatre questions personnelles (cf. annexe 2) : le genre, l'antécédent parmi les proches de pathologie psychiatrique, tentative de suicide, suicide et hospitalisation en service de psychiatrie. Pour chaque question personnelle, le participant avait le choix entre trois réponses : réponse positive, réponse négative, abstention. A noter que le terme de « proches » n'a pas été défini dans le questionnaire, laissant chaque participant décider de sa propre définition.

3.2.3 Recueil de données

Nous avons exposé notre projet de recherche au chef de pôle universitaire de neurologie qui s'est montré favorable à la passation de ladite échelle par l'ensemble des étudiants de son pôle répondant aux critères d'inclusion.

Nous avons réalisé une première évaluation à l'arrivée des étudiants sur leur lieu de stage hospitalier (période précédant la formation théorique). Concernant les externes en psychiatrie, le Professeur Hélène Verdoux distribuait individuellement les échelles à l'issue de l'accueil des étudiants dans son pôle. Concernant les externes en neurologie, ils étaient rencontrés par moi-même à l'issue d'un temps de cours collectif dispensé par les Professeurs Igor Sibon ou Wassilios Meissner dans les trois jours suivant leur arrivée dans le pôle universitaire de neurologie.

La durée moyenne du stage pour chaque session était de deux mois à deux mois et demi. La seconde évaluation était réalisée en fin de stage hospitalier (période postérieure à la formation théorique pour l'ensemble des étudiants et à l'association des formations théorique et pratique pour les externes en services de psychiatrie). Le Professeur Verdoux distribuait les questionnaires en fin de cours collectif quelques jours avant la fin du stage. De même dans le pôle de neurologie, je me déplaçais quelques jours avant la fin du stage en fin de cours collectif pour la distribution des questionnaires.

Les objectifs de l'étude étaient préalablement explicités aux étudiants. Les questionnaires étaient anonymes et récupérés immédiatement à l'issue de la passation dans une enveloppe collective scellée à la fin du recueil de chaque groupe.

Quatre promotions d'externes ont été incluses entre le 03/02/2014 et le 17/11/2014. A noter que durant cette période, seule la session d'étudiants durant les deux mois d'été n'a pas participé à notre étude. En effet durant cette période les étudiants sont issus de première, deuxième ou troisième année du DFASM et leur stage n'est pas intégré à l'enseignement, les cours du module neuro-psycho-sensoriel ayant pour chacun déjà été dispensés de quelques mois à deux ans auparavant.

3.2.4 Analyse statistique

Dans un premier temps, nous avons réalisé des analyses descriptives. En ce qui concerne l'échelle MICA, nous avons décrit pour chaque item la fréquence de réponse pour chacun des six degrés de l'échelle de Likert dans les groupes « externes en psychiatrie » et « externes en neurologie », en début et en fin de stage.

Nous avons dans un second temps réalisé des analyses comparatives. Les caractéristiques de genre et de réponse aux questions personnelles des groupes « externes en psychiatrie » et « externes en neurologie » ont été comparées par des tests de chi-2.

Les valeurs moyennes des scores obtenus à l'échelle MICA ont été calculées en fonction des règles de cotation suivantes (Kassam *et al*, 2010) :

Pour les items 3, 9, 10, 11, 12 et 16 :

- la réponse « tout à fait d'accord » cote 1
- la réponse « d'accord » cote 2
- la réponse « assez d'accord » cote 3
- la réponse « plutôt pas d'accord » cote 4
- la réponse « pas d'accord » cote 5
- la réponse « pas du tout d'accord » cote 6

La cotation est inverse pour les items 1, 2, 4, 5, 6, 7, 8, 13, 14 et 15 :

- la réponse « tout à fait d'accord » cote 6
- la réponse « d'accord » cote 5
- la réponse « assez d'accord » cote 4
- la réponse « plutôt pas d'accord » cote 3
- la réponse « pas d'accord » cote 2
- la réponse « pas du tout d'accord » cote 1

Le score total minimum est 16, le score total maximal est 96, un faible score représentant de moindres attitudes stigmatisantes à l'égard de la maladie mentale et de la psychiatrie.

Afin de garantir l'anonymat des réponses, il n'a pas été possible d'identifier même de manière indirecte les questionnaires afin d'utiliser pour chaque étudiant un même numéro d'identification pour le questionnaire de début et de fin de stage. De ce fait, nous n'avons pas pu réaliser des analyses prenant en compte le caractère répété des mesures chez un même participant. Les comparaisons ont donc été faites globalement à l'échelon des groupes par les analyses univariées (tests *t* de Student) suivantes :

- « lieu de stage » : comparaison du score moyen obtenu dans le groupe « externes en psychiatrie » versus score moyen obtenu dans le groupe « externes en neurologie ».
- « période d'évaluation » : comparaison du score moyen obtenu en début de stage versus score moyen obtenu en fin de stage, quel que soit le lieu de stage.
- « genre » : comparaison du score moyen obtenu chez les hommes versus score moyen obtenu chez les femmes.

- « questions personnelles » : comparaison du score moyen obtenu en cas de réponse positive versus score moyen obtenu en cas de réponse négative, pour chacune des trois questions personnelles.

Nous avons ensuite utilisé des modèles de régression linéaire multivariés dans le but d'identifier les variables associées de manière indépendante au score total, en introduisant dans les modèles les variables associées à un $p < 0,10$ dans les analyses univariées. Nous avons enfin recherché l'existence d'une interaction entre les variables « lieu de stage » et « période d'évaluation » afin d'évaluer si les scores évoluaient différemment en fonction du lieu de stage.

3.3 Résultats

3.3.1 Analyses descriptives

L'intégralité des étudiants a accepté de participer à l'étude. Nous avons recueilli 322 questionnaires entre le 03/02/2014 et le 31/01/2015 répartis de la manière suivante :

Tableau 11. Nombre de questionnaires recueillis selon les groupes et la période d'évaluation.

	Stage de psychiatrie (N)	Stage de neurologie (N)	Total (N)
Début de stage (N)	75	104	179
Fin de stage (N)	53	90	143
Total (N)	128	194	322

3.3.1.1 Principales caractéristiques de la population en début de stage

Les caractéristiques de notre échantillon en début de stage sont présentées dans les tableaux 12 et 13.

Tableau 12. Caractéristiques personnelles des deux groupes en début de stage.

	Stage de psychiatrie N (%)	Stage de neurologie N (%)
Sexe		
Masculin	31 (41,33)	44 (42,31)
Féminin	44 (58,67)	60 (57,69)

Question personnelle 1 : Y-a-t-il, parmi vos proches, quelqu'un qui présente ou a présenté une pathologie psychiatrique ?

Oui	36 (48,65)	46 (44,23)
Non	38 (51,35)	57 (54,81)
NSP*	0 (0)	1 (0,96)

Question personnelle 2 : Avez-vous été confronté(e) à une tentative de suicide ou un suicide d'un proche ?

Oui	18 (24)	33 (31,73)
Non	57 (76)	70 (67,31)
NSP*	0 (0)	1 (0,96)

Question personnelle 3 : Y-a-t-il, parmi vos proches, quelqu'un qui a été hospitalisé en psychiatrie ?

Oui	25 (33,33)	32 (30,77)
Non	50 (66,67)	71 (68,27)
NSP*	0 (0)	1 (0,96)

*NSP : ne souhaite pas répondre

Tableau 13. Comparaison des caractéristiques personnelles des deux groupes en début de stage

Pour ces analyses, les réponses « ne souhaite pas répondre » ont été exclues des analyses statistiques.

	Stage de psychiatrie N (%)	Stage de neurologie N (%)	Test statistique
Sexe			
Masculin	31 (41,33)	44 (42,31)	Chi 2 =0,02 p=0,89
Féminin	44 (58,67)	60 (57,69)	

Question personnelle 1 : Y-a-t-il, parmi vos proches, quelqu'un qui présente ou a présenté une pathologie psychiatrique ?

Oui	36 (48,65)	46 (44,66)	Chi 2 = 0,28 p= 0,60
Non	38 (51,35)	57 (55,34)	

Question personnelle 2 : Avez-vous été confronté(e) à une tentative de suicide ou un suicide d'un proche ?

Oui	18 (24)	33 (32,04)	Chi 2 = 1,37 p= 0,24
Non	57 (76)	70 (67,96)	

Question personnelle 3 : Y-a-t-il, parmi vos proches, quelqu'un qui a été hospitalisé en psychiatrie?

Oui	25 (33,33)	32 (31,07)	Chi 2 = 0,10 p= 0,75
Non	50 (66,67)	71 (68,93)	

*NSP : ne souhaite pas répondre

Les deux groupes étaient comparables à l'inclusion comme l'attestent les tests statistiques présentés ci-dessus.

3.3.1.2 Comparaison des groupes en début de stage

Tableau 14. Données descriptives de réponses à l'échelle MICA en début de stage.

Réponse	Tout à fait d'accord	D'accord	Assez d'accord	Plutôt pas d'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord
---------	----------------------	----------	----------------	---------------------	--------------	----------------------

Question 1 : J'apprends la psychiatrie uniquement parce qu'elle tombe aux examens et cela ne m'intéresse pas de lire des informations supplémentaires sur ce sujet.

Psychiatrie	0%	2,67%	2,67%	17,33%	36%	41,33%
Neurologie	3,85%	1,92%	15,38%	25%	35,58%	18,27%

Question 2 : Les personnes atteintes de maladie mentale sévère ne peuvent jamais récupérer suffisamment pour avoir une bonne qualité de vie.

Psychiatrie	0%	6,67%	34,67%	16%	30,67%	12%
Neurologie	2,88%	3,85%	25%	26,92%	27,88%	13,46%

Question 3 : La psychiatrie est aussi scientifique que les autres champs de la médecine.

Psychiatrie	6,67%	32%	32%	25,33%	4%	0%
Neurologie	13,46%	35,58%	19,23%	25%	5,77%	0,96%

Question 4 : Si j'avais une maladie mentale, je ne l'avouerais jamais à aucun de mes AMIS par peur d'être traité(e) différemment.

Psychiatrie	4%	14,67%	18,67%	36%	16%	10,67%
Neurologie	4,81%	8,65%	23,08%	26,92%	25%	11,54%

Question 5 : Les personnes atteintes de pathologie mentale sévère sont plus souvent dangereuses que non dangereuses.

Psychiatrie	2,67%	14,67%	26,67%	30,67%	17,33%	8%
Neurologie	0,97%	12,62%	33,01%	27,18%	19,42%	6,80%

Question 6 : Les psychiatres connaissent mieux la vie personnelle des personnes traitées pour maladie mentale que leurs amis ou les membres de leur famille.

Psychiatrie	2,67%	24%	22,67%	28%	17,33%	5,33%
Neurologie	3,88%	14,56%	21,36%	27,18%	24,27%	8,74%

Question 7 : Si j'avais une maladie mentale, je ne l'avouerais jamais à aucun de mes **COLLEGUES** par peur d'être traité(e) différemment.

Psychiatrie	16%	33,33%	36%	6,67%	5,33%	2,67%
Neurologie	14,42%	31,73%	30,77%	9,62%	7,69%	5,77%

Question 8 : Etre psychiatre n'est **PAS** comme être un vrai médecin.

Psychiatrie	0%	0%	2,70%	16,22%	39,19%	41,89%
Neurologie	0%	0,96%	4,81%	15,38%	35,58%	43,27%

Question 9 : Si un psychiatre me chargeait de traiter les personnes atteintes de maladie mentale de manière irrespectueuse, je ne suivrais **PAS** ses instructions.

Psychiatrie	41,33%	32%	16%	5,33%	5,33%	0%
Neurologie	53,85%	28,85%	9,62%	2,88%	4,81%	0%

Question 10 : Je suis aussi à l'aise pour parler à une personne ayant une maladie mentale qu'à une personne ayant une maladie somatique.

Psychiatrie	2,70%	18,92%	20,27%	37,84%	17,57%	2,70%
Neurologie	3,85%	12,50%	22,12%	39,42%	14,42%	7,69%

Question 11 : Il est important que tout médecin prenant en charge une personne ayant une maladie mentale évalue également son état de santé physique.

Psychiatrie	68%	26,67%	4%	1,33%	0%	0%
Neurologie	63,46%	28,85%	6,73%	0,96%	0%	0%

Question 12 : La population n'a **PAS** besoin d'être protégée des personnes ayant une maladie mentale sévère.

Psychiatrie	0%	0%	10,67%	21,33%	38,67%	29,33%
Neurologie	1,92%	2,88%	11,54%	43,27%	27,88%	12,50%

Question 13 : Si une personne ayant une maladie mentale se plaignait de symptômes physiques (douleur thoracique par exemple), je les attribuerais à sa maladie mentale.

Psychiatrie	0%	0%	1,33%	24%	33,33%	41,33%
Neurologie	0%	0,96%	3,85%	19,23%	44,23%	31,73%

Question 14 : On ne devrait pas attendre des médecins généralistes qu'ils réalisent une évaluation approfondie pour les patients présentant des symptômes psychiatriques car ils peuvent être adressés aux psychiatres.

Psychiatrie	2,67%	9,33%	25,33%	30,67%	21,33%	10,67%
Neurologie	0,96%	10,58%	18,27%	23,08%	29,81%	17,31%

Question 15 : Il pourrait m'arriver d'utiliser les termes "fou", "dingue", "cinglé" etc. pour décrire les personnes ayant une maladie mentale que je vois dans mon travail.

Psychiatrie	5,33%	25,33%	28%	16%	17,33%	8%
Neurologie	2,88%	25,96%	25%	16,35%	16,35%	13,46%

Question 16 : Si un(e) collègue me disait avoir présenté une maladie mentale, je voudrais continuer à travailler avec lui/elle.

Psychiatrie	28,38%	40,54%	24,32%	6,76%	0%	0%
Neurologie	27,88%	49,04%	19,23%	3,85%	0%	0%

3.3.1.3 Comparaison des groupes en fin de stage

Tableau 15. Données descriptives de réponses à l'échelle MICA en fin de stage.

Réponse	Tout à fait d'accord	D'accord	Assez d'accord	Plutôt pas d'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord
---------	----------------------	----------	----------------	---------------------	--------------	----------------------

Question 1 : J'apprends la psychiatrie uniquement parce qu'elle tombe aux examens et cela ne m'intéresse pas de lire des informations supplémentaires sur ce sujet.

Psychiatrie	1,89%	0%	5,66%	18,87%	35,85%	37,74%
Neurologie	1,11%	6,67%	12,22%	25,56%	36,67%	17,78%

Question 2 : Les personnes atteintes de maladie mentale sévère ne peuvent jamais récupérer suffisamment pour avoir une bonne qualité de vie.

Psychiatrie	1,89%	3,77%	15,09%	16,98%	45,28%	16,98%
Neurologie	1,11%	1,11%	12,22%	27,78%	44,44%	13,33%

Question 3 : La psychiatrie est aussi scientifique que les autres champs de la médecine.

Psychiatrie	22,64%	39,62%	18,87%	11,32%	7,55%	0%
Neurologie	18,89%	26,67%	25,56%	23,33%	3,33%	2,22%

Question 4 : Si j'avais une maladie mentale, je ne l'avouerais jamais à aucun de mes **AMIS** par peur d'être traité(e) différemment.

Psychiatrie	1,89%	5,66%	18,87%	32,08%	26,42%	15,09%
Neurologie	1,12%	11,24%	21,35%	38,20%	21,35%	6,74%

Question 5 : Les personnes atteintes de pathologie mentale sévère sont plus souvent dangereuses que non dangereuses.

Psychiatrie	1,92%	5,77%	11,54%	23,08%	30,77%	26,92%
Neurologie	1,11%	10%	18,89%	37,78%	23,33%	8,89%

Question 6 : Les psychiatres connaissent mieux la vie personnelle des personnes traitées pour maladie mentale que leurs amis ou les membres de leur famille.

Psychiatrie	5,66%	18,87%	32,08%	22,64%	13,21%	7,55%
Neurologie	3,33%	11,11%	24,44%	22,22%	23,33%	15,56%

Question 7 : Si j'avais une maladie mentale, je ne l'avouerais jamais à aucun de mes **COLLEGUES** par peur d'être traité(e) différemment.

Psychiatrie	9,62%	15,38%	51,92%	13,46%	1,92%	7,69%
Neurologie	8,89%	31,11%	34,44%	17,78%	5,56%	2,22%

Question 8 : Etre psychiatre n'est **PAS** comme être un vrai médecin.

Psychiatrie	0%	1,89%	0%	11,32%	35,85%	50,94%
Neurologie	1,11%	1,11%	6,67%	14,44%	32,22%	44,44%

Question 9 : Si un psychiatre me chargeait de traiter les personnes atteintes de maladie mentale de manière irrespectueuse, je ne suivrais **PAS** ses instructions.

Psychiatrie	56,60%	24,53%	9,43%	3,77%	5,66%	0%
Neurologie	58,89%	28,89%	6,67%	3,33%	1,11%	1,11%

Question 10 : Je suis aussi à l'aise pour parler à une personne ayant une maladie mentale qu'à une personne ayant une maladie somatique.

Psychiatrie	9,43%	32,08%	28,30%	15,09%	13,21%	1,89%
Neurologie	4,44%	18,89%	21,11%	35,56%	16,67%	3,33%

Question 11 : Il est important que tout médecin prenant en charge une personne ayant une maladie mentale évalue également son état de santé physique.

Psychiatrie	78,85%	19,23%	0%	1,92%	0%	0%
Neurologie	74,44%	18,89%	6,67%	0%	0%	0%

Question 12 : La population n'a **PAS** besoin d'être protégée des personnes ayant une maladie mentale sévère.

Psychiatrie	0%	7,55%	11,32%	41,51%	20,75%	18,87%
Neurologie	0%	10%	10%	42,22%	24,44%	13,33%

Question 13 : Si une personne ayant une maladie mentale se plaignait de symptômes physiques (douleur thoracique par exemple), je les attribuerais à sa maladie mentale.

Psychiatrie	0%	0%	1,89%	24,53%	47,17%	26,42%
Neurologie	0%	0%	2,25%	14,61%	40,45%	42,70%

Question 14 : On ne devrait pas attendre des médecins généralistes qu'ils réalisent une évaluation approfondie pour les patients présentant des symptômes psychiatriques car ils peuvent être adressés aux psychiatres.

Psychiatrie	1,89%	0%	18,87%	37,74%	28,30%	13,21%
Neurologie	3,33%	7,78%	17,78%	18,89%	37,78%	14,44%

Question 15 : Il pourrait m'arriver d'utiliser les termes "fou", "dingue", "cinglé" etc. pour décrire les personnes ayant une maladie mentale que je vois dans mon travail.

Psychiatrie	3,77%	15,09%	32,08%	13,21%	16,98%	18,87%
Neurologie	8,89%	16,67%	32,22%	17,78%	20%	4,44%

Question 16 : Si un(e) collègue me disait avoir présenté une maladie mentale, je voudrais continuer à travailler avec lui/elle.

Psychiatrie	35,85%	43,40%	20,75%	0%	0%	0%
Neurologie	26,97%	51,69%	19,10%	2,25%	0%	0%

Les items qui diffèrent le plus entre les deux groupes d'externes sont les suivants :

- l'affirmation selon laquelle ils apprendraient la psychiatrie uniquement parce que c'est une spécialité susceptible de tomber aux examens
 - o 37,74% des externes en psychiatrie y répondent par « pas du tout d'accord »
 - o 36,67% des externes en neurologie y répondent par « pas d'accord »
- l'assertion selon laquelle « les personnes atteintes de pathologie mentale sévère [seraient] plus souvent dangereuses que non dangereuses »
 - o 30,77% des externes en psychiatrie y répondent par « pas d'accord »
 - o 37,78% des externes en neurologie y répondent par « plutôt pas d'accord »
- la proposition selon laquelle ils seraient « aussi à l'aise pour parler à une personne atteinte de maladie mentale qu'à une personne atteinte de pathologie somatique »
 - o 32,08% des externes en psychiatrie y répondent par « d'accord »
 - o 35,56% des externes en neurologie y répondent par « plutôt pas d'accord »
- l'affirmation selon laquelle « si une personne ayant une maladie mentale se plaignait de symptômes physiques [ils les attribueraient] à sa maladie mentale »
 - o 47,17% des externes en psychiatrie y répondent par « pas d'accord »
 - o 42,70% des externes en neurologie y répondent par « pas du tout d'accord »
- l'affirmation selon laquelle « on ne devrait pas attendre des médecins généralistes qu'ils réalisent une évaluation approfondie pour les patients présentant des symptômes psychiatriques car ils peuvent être adressés aux psychiatres »
 - o 37,74% des externes en psychiatrie y répondent par « plutôt pas d'accord »
 - o 37,78%.des externes en neurologie y répondent par « pas d'accord ».

3.3.2 *Statistiques analytiques*

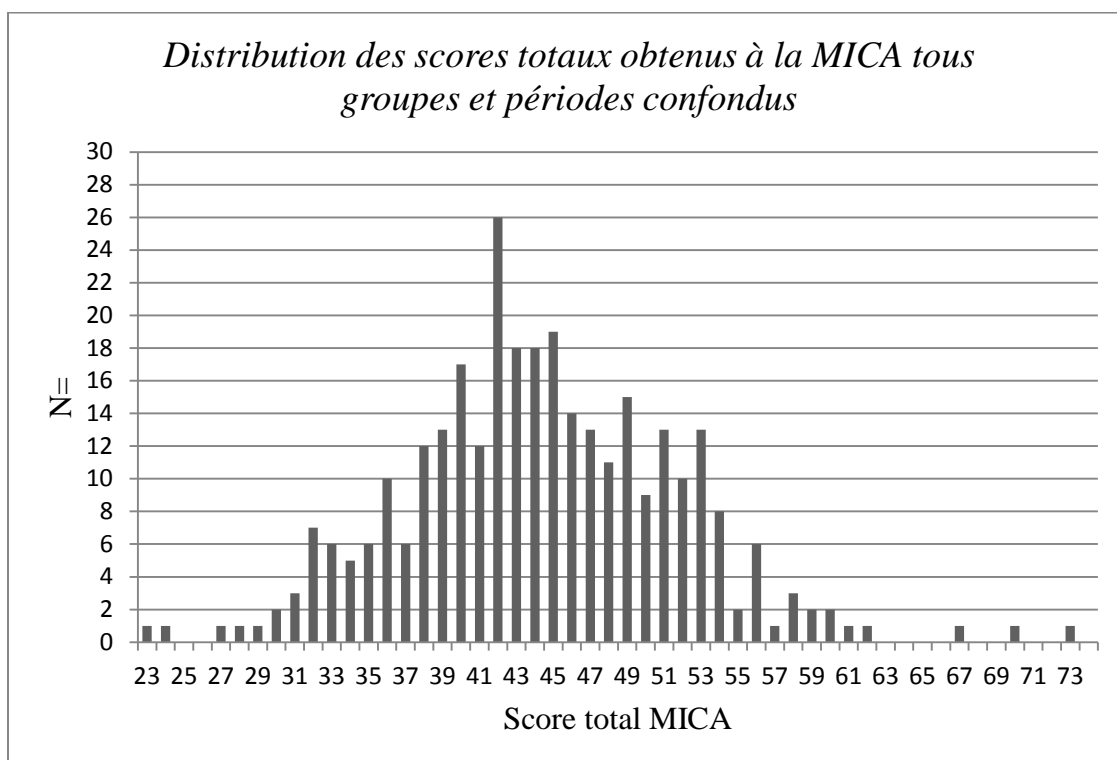
Trois cent douze questionnaires étaient exploitables, dix questionnaires ayant au moins un item sans réponse valable donnée (cf tableau 16). Le score obtenu à l'échelle MICA, groupes (« externes en psychiatrie » et « externes en neurologie ») et périodes (début et fin de stage) confondus est en moyenne de 44,3 (écart-type 7,4) avec une étendue [28-62], une médiane de 44,35 (intervalles interquartiles 40-49). Nous avons dans un second temps analysé les données selon le lieu de stage, la période d'évaluation, le genre et le statut concernant les questions personnelles.

Tableau 16. Répartition des questionnaires non exploitables selon les variables « lieu de stage » et « période d'évaluation ».

	Début de stage (N)	Fin de stage (N)	Somme (N)
Externes en psychiatrie (N)	3	2	5
Externes en neurologie (N)	2	3	5
Somme (N)	5	5	10

La distribution des scores totaux obtenus à l'échelle MICA tous groupes et périodes confondus suit une courbe de fonction gaussienne (graphe 1).

Graphe 1. Distribution des scores totaux obtenus à la MICA tous groupes et périodes confondus.



3.3.2.1 Scores moyens obtenus selon le lieu de stage

Les scores moyens obtenus à l'échelle MICA ont été calculés dans les groupes « externes en psychiatrie » et « externes en neurologie » aux deux périodes d'évaluation : en début de stage et en fin de stage.

3.3.2.1.1 Scores moyens obtenus en début de stage

Tableau 17. Scores obtenus à l'échelle MICA en début de stage.

	N	Moyenne (écart-type)
Externes en psychiatrie	72	46,35 (6,87)
Externes en neurologie	102	45,13 (7,09)

L'analyse univariée ne montre pas de différence significative entre les groupes « externes en psychiatrie » et « externes en neurologie » en début de stage : $t = 1,13$; degré de liberté (dl) = 172 ; $p = 0,26$.

3.3.2.1.2 Scores moyens obtenus en fin de stage

Tableau 18. Scores obtenus à l'échelle MICA en fin de stage

	N	Moyenne (écart-type)
Externes en psychiatrie	51	41,43 (8,05)
Externes en neurologie	87	43,48 (7,27)

L'analyse univariée ne montre pas de différence significative entre les groupes « externes en psychiatrie » et « externes en neurologie » en fin de stage : $t = -1,54$; dl = 136 ; $p = 0,13$.

3.3.2.2 Scores moyens obtenus selon la période d'évaluation

Les scores moyens obtenus à l'échelle MICA ont été calculés aux deux périodes d'évaluation (début de stage et fin de stage) groupes « externes en psychiatrie » et « externes en neurologie » confondus puis chaque groupe séparément.

3.3.2.2.1 Scores moyens obtenus selon la période d'évaluation tous groupes confondus

Tableau 19. Scores obtenus à l'échelle MICA dans les deux groupes selon la période d'évaluation.

	N	Moyenne (écart-type)
Début de stage	174	45,63 (7)
Fin de stage	138	42,72 (7,60)

L'analyse univariée montre une différence significative entre les scores moyens obtenus en début de stage et les scores moyens obtenus en fin de stage: $t = 3,50$; $dl = 310$; $p = 0,0005$.

3.3.2.2.2 Scores moyens obtenus selon la période d'évaluation dans le groupe « externes en psychiatrie »

Tableau 20. Scores obtenus à l'échelle MICA dans le groupe « externes en psychiatrie » selon la période d'évaluation.

	N	Moyenne (écart-type)
Début de stage	72	46,35 (6,87)
Fin de stage	51	41,43 (8,05)

L'analyse univariée montre une différence significative entre les scores moyens obtenus en début de stage et les scores moyens obtenus en fin de stage dans le groupe « externes en psychiatrie » : $t = 3,64$; $dl = 121$; $p = 0,0004$.

3.3.2.2.3 Scores moyens obtenus selon la période d'évaluation dans le groupe « externes en neurologie »

Tableau 21. Scores obtenus à l'échelle MICA dans le groupe « externes en neurologie » selon la période d'évaluation.

	N	Moyenne (écart-type)
Début de stage	102	45,13 (7,09)
Fin de stage	87	43,48 (7,27)

L'analyse univariée ne montre pas de différence significative entre les scores moyens obtenus en début de stage et les scores moyens obtenus en fin de stage dans le groupe « externes en neurologie » : $t = 1,57$; $dl = 187$; $p = 0,12$.

3.3.2.3 Scores moyens obtenus selon le genre à l'inclusion

Les scores moyens obtenus à l'échelle MICA ont été calculés en début de stage, groupes « externes en psychiatrie » et « externes en neurologie » confondus selon le genre.

Tableau 22. Scores obtenus à l'échelle MICA tous groupes confondus selon le genre.

	N	Moyenne (écart-type)
Hommes	74	46,86 (7,48)
Femmes	100	44,72 (6,52)

L'analyse univariée montre une différence significative entre les scores moyens obtenus chez les hommes et chez les femmes. Les femmes obtiennent en moyenne un score global plus bas : $t = 2,0135$; $dl = 172$; $p = 0,0456$.

3.3.2.4 Scores moyens obtenus selon l'histoire personnelle de l'étudiant

Les scores moyens obtenus à l'échelle MICA ont été calculés en début de stage, groupes « externes en psychiatrie » et « externes en neurologie » confondus selon le statut déclaré pour chaque question personnelle.

3.3.2.4.1 Scores moyens obtenus selon la présence parmi les proches d'une pathologie psychiatrique

Tableau 23. Scores obtenus à l'échelle MICA tous groupes confondus selon la présence ou l'absence parmi les proches d'une pathologie psychiatrique (statut déclaré à l'inclusion).

	N	Moyenne (écart-type)
Non	94	46,40 (6,39)
Oui	78	44,63 (7,53)

L'analyse univariée montre une tendance à un score plus bas chez les étudiants ayant parmi leurs proches un individu souffrant de pathologie psychiatrique : $t = 1,67$, $dl = 170$, $p = 0,0961$.

3.3.2.4.2 Scores moyens obtenus selon la confrontation à une tentative de suicide ou un suicide parmi les proches

Tableau 24. Scores obtenus à l'échelle MICA tous groupes confondus selon la confrontation à une tentative de suicide ou un suicide parmi les proches (statut déclaré à l'inclusion).

	N	Moyenne (écart-type)
Non	123	45,7 (6,86)
Oui	50	45,22 (7,28)

L'analyse univariée ne montre pas de différence significative entre les scores moyens obtenus chez les étudiants confrontés parmi leurs proches à une tentative de suicide ou un suicide et les étudiants non confrontés : $t = 0,41$; $dl = 171$; $p = 0,68$.

3.3.2.4.3 Scores moyens obtenus selon l'antécédent d'hospitalisation parmi les proches

Tableau 25. Scores obtenus à l'échelle MICA tous groupes confondus selon l'antécédent parmi les proches d'une hospitalisation en psychiatrie (déclaré à l'inclusion).

	N	Moyenne (écart-type)
Non	117	46,14 (6,60)
Oui	56	44,36 (7,59)

L'analyse univariée ne montre pas de différence significative entre les scores moyens obtenus chez les étudiants ayant parmi leurs proches un individu ayant déjà été hospitalisé en service de psychiatrie et les étudiants non concernés : $t = 1,58$; $df = 171$; $p = 0,12$.

3.3.2.5 Analyses multivariées

Afin d'identifier les variables associées de manière indépendante au score total moyen obtenu à l'échelle MICA, nous avons sélectionné les variables statistiquement associées ($p < 0,1$) en analyses univariées (la période d'évaluation, le genre et la présence parmi les proches d'un individu souffrant de pathologie psychiatrique) qui ont été incluses dans un modèle de régression linéaire multivarié (tableau 26). La variable « lieu de stage » a été incluse dans le modèle (« forcée ») même si elle n'était pas significativement associée au score à la MICA dans les analyses univariées pour permettre d'explorer l'existence d'interactions entre le lieu de stage et l'évolution des scores à la MICA.

Ces analyses montrent que trois variables sont indépendamment associées au score total obtenu à l'échelle MICA : la période d'évaluation, le genre et la question n° 1 (présence parmi les proches d'un individu souffrant de pathologie psychiatrique).

Tableau 26. Analyses multivariées explorant les variables associées de manière indépendante au score MICA.

	Coefficient de régression <i>b</i>	Intervalle de confiance 95 % [;]	p
Période d'évaluation	-2,80	[-4,42;-1,18]	0,001
Genre	-1,80	[-3,43;-0,18]	0,03
Y-a-t-il, parmi vos proches, quelqu'un qui présente ou a présenté une pathologie psychiatrique ?	-1,92	[-3,54;-0,31]	0,02
Lieu de stage	-0,02	[-1,67;1,63]	0,98

Afin d'explorer si l'impact de la période d'évaluation sur le score MICA était modifié par le lieu de stage, nous avons recherché s'il existait une interaction entre ces deux variables.

Il existe une interaction significative entre les variables « lieu de stage » et « période d'évaluation » ($p=0,044$) : les scores moyens obtenus selon les périodes d'évaluation évoluent différemment en fonction du lieu de stage.

Les analyses stratifiées selon la variable « lieu de stage » montrent que la diminution du score total à la MICA entre le début et la fin de stage est significative dans le groupe « externes en psychiatrie » (coefficient de régression $b = -4,66$; intervalle de confiance [-7,31 ; -2,00] ; $p= 0,001$) mais pas dans le groupe « externes en neurologie » (coefficient de régression $b = -1,45$; intervalle de confiance [-3,46 ; 0,56] ; $p=0,157$).

3.4 Discussion des résultats

3.4.1 Synthèse des principaux résultats

3.4.1.1 Description des caractéristiques principales de la population

Notre population était majoritairement composée de femmes (environ 58 % dans les groupes « externes en psychiatrie » et « externes en neurologie » en début de stage). Ceci ne constitue par un biais de sélection, la distribution en genre dans les facultés de médecine révélant généralement une majorité de femmes.

Près de 49% des externes en psychiatrie et plus de 44% des externes en neurologie déclarent avoir parmi leurs proches, quelqu'un qui présente ou a présenté une pathologie psychiatrique.

Vingt-quatre pour cent des externes en psychiatrie et plus de 31 % des externes en neurologie déclarent avoir été confrontés à une tentative de suicide ou un suicide d'un proche.

Un tiers des externes en psychiatrie et plus de 30% des externes en neurologie déclarent avoir parmi leurs proches quelqu'un qui a été hospitalisé en psychiatrie.

3.4.1.2 Caractéristiques associées aux scores à l'échelle MICA : analyses univariées

Les scores moyens obtenus à l'échelle MICA ne diffèrent pas significativement entre les groupes « externes en psychiatrie » et « externes en neurologie » en début de stage.

En revanche, les scores moyens sont significativement plus élevés en début du stage qu'en fin de stage, groupes « externes en psychiatrie » et externes en neurologie » confondus. Les analyses par sous-groupe précisent cette donnée :

Dans le groupe « externes en psychiatrie », l'analyse univariée des scores moyens obtenus à l'échelle MICA montre une différence significative entre les scores moyens obtenus en début de stage et les scores moyens obtenus en fin de stage.

A l'inverse, dans le groupe « externes en neurologie », bien que le score moyen obtenu à l'échelle MICA diminue, l'analyse univariée ne montre pas de différence significative entre les scores moyens obtenus en début de stage et les scores moyens obtenus en fin de stage.

Ainsi, globalement le score moyen obtenu à l'échelle MICA diminue dans les groupes « externes en psychiatrie » et « externes en neurologie » pendant la formation théorique

universitaire de la spécialité psychiatrique, mais la diminution n'est significative que dans le groupe « externes en psychiatrie ».

Les données descriptives de pourcentages de réponses par question à l'échelle MICA en fin de stage permettent de constater sur quels items les réponses entre les groupes « externes en psychiatrie » et « externes en neurologie » diffèrent.

Les externes en psychiatrie fournissent majoritairement des réponses moins stigmatisantes aux items évaluant leur intérêt pour la psychiatrie, leur opinion sur la dangerosité des personnes atteintes de pathologie mentale sévère et leur aisance à communiquer avec une personne atteinte de maladie mentale.

A l'inverse, à contre-sens des résultats principaux de notre étude, les externes en psychiatrie ont des positions plus stigmatisantes que les externes en neurologie aux items évaluant l'attribution de symptômes physiques à la maladie mentale et la place des médecins généralistes dans la prise en charge des patients présentant des symptômes psychiatriques.

3.4.1.3 Caractéristiques associées aux scores à l'échelle MICA : analyses multivariées

Les trois variables indépendamment associées au score total obtenu à l'échelle MICA sont la période d'évaluation, le genre et la présence parmi les proches d'un individu souffrant de pathologie psychiatrique. Le lieu de stage n'est pas significativement associé au score total obtenu à l'échelle MICA. En d'autres termes, les scores MICA ne sont pas significativement différents selon que les externes soient en stage en neurologie ou en psychiatrie, indépendamment des autres caractéristiques.

Une interaction significative a été mise en évidence entre les variables « lieu de stage » et « période d'évaluation » montrant que les scores moyens obtenus selon les périodes d'évaluation évoluent différemment en fonction du lieu de stage : la diminution du score total à la MICA entre le début et la fin du stage est significative dans le groupe « externes en psychiatrie » mais pas dans le groupe « externes en neurologie ». En d'autres termes, le lieu de stage modifie l'impact de la formation théorique (commune aux deux groupes sur cette période) sur l'évolution des scores à la MICA : la diminution est plus marquée chez les étudiants qui en parallèle de leur formation théorique effectuent un stage en psychiatrie.

3.4.2 *Limites méthodologiques de notre étude*

3.4.2.1 *Biais de désirabilité sociale*

La désirabilité sociale est la tendance, consciente ou inconsciente, à se décrire de façon avantageuse (Paulhus, 2002). Selon ce concept, le participant à un questionnaire a tendance à cocher des réponses qu'il estime refléter de lui-même une image positive plutôt que de cocher des réponses correspondant de façon exacte et véridique à sa pensée.

Appliqué à l'échelle MICA, ce mécanisme psychologique aurait pour effet de diminuer le score obtenu à l'échelle, le participant se décrivant potentiellement « moins stigmatisant » qu'il ne l'est en réalité.

Nous n'avons pas mesuré la désirabilité sociale dans notre population. L'anonymat des questionnaires contribue à diminuer le biais de désirabilité sociale.

Dans leur étude portant sur le développement de l'échelle MICA, Kassam *et al.* (2010) n'ont pas trouvé de corrélation entre un score bas à l'échelle MICA et un score mesuré élevé obtenu à une échelle de mesure de la désirabilité sociale, ce qui renforce la validité de l'échelle MICA.

3.4.2.2 *Biais d'attrition*

Nous avons récolté plus de questionnaires en début de stage: ceux-ci représentent près de 56% de la totalité des questionnaires récoltés.

Il n'y a pas d'argument allant dans le sens que les étudiants absents du cours collectif en fin de stage seraient plus stigmatisants que les étudiants présents. La raison principale de leur absence est due à la pose de congés annuels, pratique très courante en fin de module, excluant de ce fait le biais d'attrition dans notre étude.

3.4.2.3 *Biais d'auto sélection*

Les groupes n'ont pas été assignés aléatoirement, du moins pas totalement comme nous l'avons précisé dans la partie méthodologique : les premiers étudiants qui suivent la lettre tirée au sort choisissent leur lieu de stage, ce qui n'est pas le cas des étudiants de fin de liste.

Les analyses statistiques révélant une diminution significative du score total à l'échelle MICA entre le début et la fin de stage dans le groupe psychiatrie uniquement, la question de

l'intérêt que portent les participants des deux groupes à la psychiatrie se pose. La première question de l'échelle permet d'analyser cela.

En début de stage, les externes en psychiatrie déclarent majoritairement « [ne] pas [être] du tout d'accord » (41,33%) avec l'affirmation selon laquelle ils apprendraient la psychiatrie uniquement parce que c'est une spécialité susceptible de tomber aux examens et 36% « [ne sont] pas d'accord » : 77,33% des externes en psychiatrie présentent un intérêt certain pour la psychiatrie.

A contrario, les externes en neurologie répondent majoritairement « [ne] pas [être] d'accord » (35,58%) ou « plutôt pas d'accord » (25%) avec cette affirmation. Cette différence d'intérêt entre les groupes « externes en psychiatrie » et « externes en neurologie » mesurée à l'inclusion est par ailleurs retrouvée à l'évaluation de fin de stage.

Cependant, l'intérêt pour la spécialité psychiatrique n'implique pas à lui seul les comportements stigmatisants comme l'atteste l'analyse univariée ne montrant pas de différence significative entre les groupes « externes en psychiatrie » et « externes en neurologie » en début de stage.

3.4.2.4 Biais de sélection

Le groupe « externes en neurologie » représente près de 60% de la population totale. Cependant, malgré un effectif plus bas, seul le groupe « externes en psychiatrie » présente une diminution significative du score total à l'échelle MICA entre le début et la fin de stage. La supériorité en terme d'effectif du groupe « externes en neurologie » ne constitue donc pas de biais de sélection dans notre étude.

3.4.2.5 Biais de mesure

Enfin, nous avons mesuré des attitudes, qui représentent des « intentions de comportements », non des comportements réels. Nous ne pouvons donc pas exclure un écart entre les attitudes mesurées et les comportements effectifs.

3.4.3 Comparaison des résultats de notre étude avec les données de la littérature

3.4.3.1 Attitudes selon les caractéristiques des étudiants

3.4.3.1.1 Attitudes selon le genre

Les attitudes des femmes sont dans notre étude plus favorables que celles des hommes indépendamment des autres caractéristiques. Plusieurs études ont mis en évidence une amélioration plus importante des attitudes chez les femmes à l'issue d'une intervention (Reddy *et al.*, 2005 ; Adebowale *et al.*, 2012 ; Lyons, 2014 et Araya *et al.*, 1992). L'étude de développement de la MICA (Kassam *et al.*, 2010) ne retrouve pas de différence significative d'attitudes entre les hommes et les femmes, il ne s'agit donc pas d'un biais lié à l'échelle. Lyons et Janca (2015) n'avaient d'ailleurs à l'inverse des auteurs sus cités pas retrouvé de différence liée au genre dans leur étude utilisant la MICA.

3.4.3.1.2 Attitudes selon l'histoire personnelle

Dans notre étude, une proportion importante d'étudiants déclarait avoir parmi ses proches quelqu'un qui présentait ou avait présenté une pathologie psychiatrique (48,65 % dans le groupe psychiatrie ; 44,23 % dans le groupe neurologie). Cette proportion est en accord avec l'étude de Kassam *et al.* (2011) dans laquelle quasiment la moitié de la population répondait pas l'affirmative à cette question.

Dans notre population, la présence parmi les proches d'un individu souffrant de pathologie psychiatrique est associée à des attitudes plus favorables, indépendamment des autres caractéristiques. Dans deux études précédentes, la proximité avec une personne souffrant de pathologie psychiatrique n'a pas d'impact sur l'évolution des attitudes des étudiants (Mas et Hatim, 2002 ; Kassam *et al.*, 2010).

3.4.3.2 Evolution des attitudes des externes à l'issue de leur stage

Dès l'inclusion, les attitudes des étudiants des groupes externes en psychiatrie et externes en neurologie étaient globalement peu stigmatisantes (les scores moyens sont inférieurs au score neutre de 56). Singh *et al.* (1998) et Adebowale *et al.* (2012) avaient déjà observé qu'à leur entrée en externat, les étudiants avaient des attitudes plutôt positives vis-à-vis de la pathologie mentale. Comme nous ne disposons pas de groupe témoin issu de la population

générale, nous ne pouvons toutefois pas conclure que les externes sont moins stigmatisants que des personnes de même âge issues de la population générale.

Durant leur formation, les attitudes des étudiants externes en psychiatrie vis-à-vis des personnes souffrant de pathologie mentale ont évolué favorablement alors que celles des étudiants externes en neurologie, bien qu'ayant tendance à s'être améliorées, n'ont pas évolué significativement.

L'amélioration des attitudes des externes en psychiatrie est en cohérence avec les données de la littérature : de nombreux auteurs ont observé une évolution positive immédiate des attitudes des étudiants à l'issue d'un stage en psychiatrie (Creed et Goldberg, 1987 ; Araya *et al.*, 1992 ; Sloan *et al.*, 1996 ; Mc Parland *et al.*, 2003 ; Bulbena *et al.*, 2005 ; Tan *et al.*, 2005 ; Shen *et al.*, 2014 ; Lyons, 2014). A l'inverse l'absence d'amélioration significative des attitudes des externes en neurologie n'est pas en accord avec les données de la littérature. En effet, Singh *et al.* (1998) avaient mis en évidence l'impact du seul enseignement théorique sur les attitudes des étudiants envers la pathologie mentale. De nombreuses études ont identifié le caractère essentiel des connaissances pour l'amélioration des attitudes de stigmatisation (Mas et Hatim, 2002 ; Ay *et al.*, 2005 ; Aker *et al.*, 2007 ; Yadav *et al.*, 2012 ; Papish *et al.*, 2013).

Plus précisément dans le groupe d'externes en psychiatrie, ce sont les attitudes concernant l'intérêt pour la psychiatrie, l'opinion sur la dangerosité des personnes atteintes de pathologie mentale sévère et l'aisance à communiquer avec une personne atteinte de maladie mentale qui s'amélioraient significativement. En 2015, Lyons et Janca avaient également constaté une amélioration des attitudes des étudiants au décours d'un stage : les étudiants décrivaient aussi une plus grande aisance à communiquer. A l'inverse l'intérêt porté à la psychiatrie restait inchangé mais les étudiants étaient plus souvent d'accord avec l'item affirmant l'importance d'une prise en charge à la fois psychiatrique et somatique. A noter que ce dernier item reflétait des attitudes positives dès l'inclusion dans notre population d'externes en psychiatrie et restait stable à l'issue du stage.

Néanmoins, dans notre groupe psychiatrie, l'item évaluant l'attribution de symptômes physiques à la maladie mentale évoluait défavorablement alors qu'il évoluait dans le bon sens dans le groupe neurologie. De même, l'item interrogeant la place des médecins généralistes dans la prise en charge des patients présentant des symptômes psychiatriques restait stable dans le groupe d'externes en psychiatrie et évoluait positivement chez les externes en neurologie. Lyons et Janca (2015) avaient eux aussi observé, malgré une évolution globale

positive des attitudes, certaines attitudes évoluant paradoxalement défavorablement (il s'agissait dans leur population des items évaluant les capacités de rétablissement des patients, le caractère scientifique de la psychiatrie et le besoin de protection de la population contre les personnes souffrant de pathologie mentale sévère évoluaient défavorablement).

Ainsi, le lieu de stage modifierait l'impact de la formation théorique sur l'évolution des attitudes des étudiants envers la psychiatrie : l'amélioration des attitudes est significative uniquement chez les étudiants qui effectuent en parallèle de la formation théorique un stage en psychiatrie. A noter que dans la totalité des études présentées ayant mis en évidence l'impact positif du stage en psychiatrie sur les attitudes, le stage faisait partie de la formation de chaque étudiant, il n'était pas optionnel comme il l'est à la faculté de Bordeaux. Cela interroge sur la pertinence du caractère facultatif du stage dans cette spécialité largement stigmatisée par les étudiants.

Du fait de l'anonymat, nous n'avons pas pu vérifier les observations de Galletly et Burton (2011), Friedrich *et al.* (2013) et Creed et Goldberg (1987) selon lesquels les individus présentant à l'inclusion les attitudes les plus négatives sont ceux dont les attitudes s'améliorent le plus à l'issue de l'intervention ou de la formation.

4. CONCLUSION

Comme nous l'avons vu, les personnes souffrant de pathologie mentale quelle qu'elle soit souffrent de nombreuses comorbidités somatiques et d'espérance de vie réduite (Harris *et al.*, 1998 ; Parks *et al.*, 2006 ; Leucht *et al.*, 2007 ; Tiihonen *et al.*, 2009 ; Lawrence *et al.*, 2010 ; Chang *et al.*, 2011). Étonnamment, à indication égale, elles ne bénéficient pas toujours des mêmes soins que la population générale (Druss *et al.*, 2000 ; Sullivan *et al.*, 2006 ; Roberts *et al.*, 2007 ; Thornicroft *et al.*, 2010 ; Koroukian *et al.*, 2012).

Parallèlement, les données de la littérature sur les attitudes des étudiants et professionnels de santé envers les patients atteints de pathologie mentale décrivent fréquemment des attitudes négatives des acteurs de santé (Furnham, 1986 ; Kassam *et al.*, 2010 ; Stuart *et al.*, 2015).

Plusieurs auteurs évoquent les nombreuses questions qui se posent concernant l'impact de la stigmatisation sur l'accès aux soins (Thornicroft, 2007 ; Jones *et al.*, 2008 ; Corrigan *et al.*, 2014). La stigmatisation publique que redoutent les individus souffrant de pathologie mentale ne constitue-t-elle pas un frein supplémentaire à la démarche de soins des patients ? Leurs symptômes physiques peuvent-ils être faussement attribués à des symptômes psychiatriques ? La stigmatisation des personnes souffrant de pathologie mentale par les professionnels de santé (notamment les médecins) ne trouble-t-elle pas les décisions de prises en charge des médecins ? Les patients dits « psychiatriques » bénéficient-ils de prises en charge optimales au même titre que les patients issus de la population générale ? La stigmatisation jouerait-elle un rôle dans la mortalité précoce des sujets atteints de pathologie mentale ?

En ce sens, les étudiants en médecine, en tant que futurs médecins, constituent une cible majeure de politique de déstigmatisation de la pathologie psychiatrique. Il apparaît au regard des données de la littérature et des résultats de notre étude que l'impact positif immédiat des interventions et formations sur les attitudes des étudiants en médecine à l'égard de la pathologie mentale est certain. Malheureusement, l'effet bénéfique des interventions semble s'estomper avec le temps (Creed et Goldberg, 1987 ; Araya *et al.*, 1992 ; Aker *et al.*, 2007). Il semble donc essentiel que la formation médicale intègre des actions régulières de déstigmatisation auprès des étudiants, sous la forme d'enseignement théorique, interventions ou stages tout au long du cursus.

5. ANNEXES

Annexe 1 : Echelle Mental Illness : Clinicians' Attitudes (MICA) traduite

Maladie mentale : Echelle de mesure des attitudes des cliniciens (Version destinée aux étudiants en médecine)

Instructions : pour chaque question de 1 à 16, merci de répondre en cochant **une seule case**. Une maladie mentale est définie ici comme une condition nécessitant qu'une personne soit vue par un psychiatre.

	<i>Tout à fait d'accord</i>	<i>D'accord</i>	<i>Assez d'accord</i>	<i>Plutôt pas d'accord</i>	<i>Pas d'accord</i>	<i>Pas du tout d'accord</i>
1. J'apprends la psychiatrie uniquement parce qu'elle tombe aux examens et cela ne m'intéresse pas de lire des informations supplémentaires sur ce sujet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Les personnes atteintes de maladie mentale sévère ne peuvent jamais récupérer suffisamment pour avoir une bonne qualité de vie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. La psychiatrie est aussi scientifique que les autres champs de la médecine.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Si j'avais une maladie mentale, je ne l'avouerais jamais à aucun de mes AMIS par peur d'être traité(e) différemment.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Les personnes atteintes de pathologie mentale sévère sont plus souvent dangereuses que non dangereuses.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Les psychiatres connaissent mieux la vie personnelle des personnes traitées pour maladie mentale que leurs amis ou les membres de leur famille.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Si j'avais une maladie mentale, je ne l'avouerais jamais à aucun de mes COLLEGUES par peur d'être traité(e) différemment.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	<i>Tout à fait d'accord</i>	<i>D'accord</i>	<i>Assez d'accord</i>	<i>Plutôt pas d'accord</i>	<i>Pas d'accord</i>	<i>Pas du tout d'accord</i>
8. Etre psychiatre n'est PAS comme être un vrai médecin.						
9. Si un psychiatre me chargeait de traiter les personnes atteintes de maladie mentale de manière irrespectueuse, je ne suivrais PAS ses instructions.						
10. Je suis aussi à l'aise pour parler à une personne ayant une maladie mentale qu'à une personne ayant une maladie somatique.						
11. Il est important que tout médecin prenant en charge une personne ayant une maladie mentale évalue également son état de santé physique.						
12. La population n'a PAS besoin d'être protégée des personnes ayant une maladie mentale sévère.						
13. Si une personne ayant une maladie mentale se plaignait de symptômes physiques (douleur thoracique par exemple), je les attribuerais à sa maladie mentale.						
14. On ne devrait pas attendre des médecins généralistes qu'ils réalisent une évaluation approfondie pour les patients présentant des symptômes psychiatriques car ils peuvent être adressés aux psychiatres.						
15. Il pourrait m'arriver d'utiliser les termes "fou", "dingue", "cinglé" etc. pour décrire les personnes ayant une maladie mentale que je vois dans mon travail.						
16. Si un(e) collègue me disait avoir présenté une maladie mentale, je voudrais continuer à travailler avec lui/elle.						

Annexe 2. Questions personnelles

	Femme	Homme	
Etes-vous ?			
	Oui	Non	Ne souhaite pas répondre
Y-a-t-il, parmi vos proches, quelqu'un qui présente ou a présenté une pathologie psychiatrique ?			
Avez-vous été confronté(e) à une tentative de suicide ou un suicide d'un proche ?			
Y-a-t-il, parmi vos proches, quelqu'un qui a été hospitalisé en psychiatrie ?			

6. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Adebowale TO, Adelufosi AO, Ogunwale A, Abayomi O, Ojo TM. The impact of a psychiatry clinical rotation on the attitude of Nigerian medical students to psychiatry. *African Journal of Psychiatry (Johannesburg)* 2012 ; 15:185-188.

Aghukwa C. Medical students' beliefs and attitudes toward mental illness: effects of a psychiatric education. *Academic Psychiatry* 2010 ; 34: 67-70.

Ajzen I, Fishbein M. *Understanding Attitudes and Predicting Social Behavior*. 1980 Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall

Aker S, Aker AA, Boke O, Dundar C, Sahin AR, Peksen Y. The attitude of medical students to psychiatric patients and their disorders and the influence of psychiatric study placements in bringing about changes in attitude. *The Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences* 2007 ; 44:204-212.

Andlauer O, Guicherd W, Haffen E, Sechter D, Bonin B, Seed K, Lydall G, Malik A, Bhugra D, Howard R. Factors influencing French medical students towards a career in psychiatry. *Psychiatry Danube* 2012 ; 24:S185-S190.

Angermeyer MC, Matschsinger H. The effect of personal experience with mental illness on the attitude towards individuals suffering from mental disorders. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology* 1996 ; 31:321-326.

Araya R, Jadresic E, Wilkinson G. Medical students' attitudes to psychiatry in Chile. *Medical Education* 1992 ; 26:153-156.

Arkar H, Eker D. Influence of a 3-week psychiatric training programme on attitudes toward mental illness in medical students. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 1997 ; 32:171-176.

Assefa D, Shibre T, Asher L, Fekadu A. Internalized stigma among patients with schizophrenia in Ethiopia: a cross-sectional facility-based study. *Bio Med Central Psychiatry* 2012 ; 12:239.

Ay P, Save D, Fidanoglu O. Does stigma concerning mental disorders differ through medical education? A survey among medical students in Istanbul. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 2005 ; 41:63-67.

Baker F, Schulberg H. The Development of a Community Mental Health Ideology Scale. *Community Mental Health Journal* 1967 ; 3:216-225.

Balon R, Franchini GR, Freeman PS, Hassenfeld IN, Keshavan MS, Yoder E. Medical students attitudes and views of psychiatry. 15 years later. *Academic Psychiatry* 1999 ; 23:30-36.

Baxter H, Singh SP, Standen P, Duggan C. The attitudes of 'tomorrow's doctors' towards mental illness and psychiatry: Changes during the final undergraduate year. *Medical Education* 2001 ; 35:381-383.

Becker HS. *Outsiders. Studies in the sociology of deviance.* New York: Collier-MacMillan ; 1963.

Berg K, Majdan JF, Berg D, Veloski J, Hojat M. Medical Students' Self-Reported Empathy and Simulated Patients' Assessments of Student Empathy : An Analysis by Gender and Ethnicity. *Academic Medicine* 2011 August ; 86:984-988.

Bobo WV, Nevin R, Greene E, Lacy TJ. The effect of psychiatric third-year rotation setting on academic performance, student attitudes, and specialty choice. *Academic Psychiatry* 2009 ; 33:105-111.

Bogardus E.S. Social distance and its origins. *Journal of Applied Sociology* 1925; 9:216-226.

Boyd Ritsher J, Otilingama PG, Grajales M. Internalized stigma of mental illness: psychometric properties of a new measure. *Psychiatry Research* 2003 ; 121:31-49.

Bourdieu P. What makes a social class? On the theoretical and practical existence of groups. *Berkeley Journal of Sociology* 1987 ; 32:1-18.

Bourdieu P. *The logic of practice.* Stanford: Stanford University Press ; 1990.

Brohan E, Gauci D, Sartorius N, Thornicroft G. Self-stigma, empowerment and perceived discrimination among people with bipolar disorder or depression in 13 European countries: The GAMIAN–Europe study. *Journal of Affective Disorders* 2011 ; 129:56-63.

Brohan E, Clement S, Rose D, Sartorius N, Slade M, Thornicroft G. Development and psychometric evaluation of the Discrimination and Stigma Scale (DISC). *Psychiatry Research* 2013 ; 208:33-40.

Bulbena, A, Pailhez G, Coll J, Balon R. Changes in the attitudes towards psychiatry among Spanish medical students during training in psychiatry. *The European Journal of Psychiatry* 2005 ; 19:79-87.

Burra P, Kalin R, Leichner P, Waldron JJ, Handforth JR, Jarrett FJ, Amara IB. The ATP 30-a scale for measuring medical students' attitudes to psychiatry. *Medical Education* 1982 ; 16:31-38.

Campellone TR, Caponigro JM, Kring AM. The power to resist: the relationship between power, stigma, and negative symptoms in schizophrenia. *Psychiatry Research* 2014 ; 215:280-285.

Chang CK, Hayes RD, Perera G, Broadbent MT, Fernandes AC, Lee WE, Hotopf M, Stewart R. Life expectancy at birth for people with serious mental illness and other major disorders from a secondary mental health care register in London. *Public library of Science One* 2011 ; 6:1-6.

Clement S, Van Nieuwenhuizen A, Kassam A, Flach C, Lazarus A, De Castro M, McCrone P, Norman I, Thornicroft G. Filmed v. live social contact interventions to reduce stigma: randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry* 2012 ; 201:57-64.

Corrigan PW, Giffort D, Rashid F, Leary M, Okeke I. Recovery as a psychological construct. *Community Mental Health Journal* 1999 ; 35:231-239.

Corrigan P. The impact of stigma on severe mental illness. *Cognitive and Behavioral Practice* 1999 ; 5:201-222

Corrigan PW. Mental health stigma as social attribution: Implications for research methods and attitude change. *Clinical Psychology: Science and Practice* 2000 ;7:48-67.

Corrigan PW. Empowerment and serious mental illness: Treatment partnerships and community opportunities. *Psychiatric Quarterly* 2002 ; 73:217-228.

Corrigan PW, Watson AC. The paradox of self-stigma and mental illness. *Clinical Psychology* 2002 ; 9:35-53.

Corrigan PW, Salzer M, Ralph RO, Sangster Y, Keck L. Examining the factor structure of the recovery assessment scale. *Schizophrenia Bulletin* 2004 ; 30:1035-1041.

Corrigan P. How stigma interferes with mental health care. *American Psychology* 2004 ; 59:614-625.

Corrigan PW, Kerr A, Knudsen L. The stigma of mental illness: Explanatory models and methods for change. *Applied and Preventive Psychology* 2005 ; 11:179-190.

Corrigan PW, Mittal D, Reaves CM, Haynes TF, Han X, Morris S, Sullivan G. Mental health stigma and primary healthcare decisions. *Psychiatry Research* 2014 ; 218:35-38.

Creed F, Goldberg D. Students' attitudes towards psychiatry. *Medical Education* 1987 ; 21:227-234.

Crocker J, Major B, Steele C. Social stigma. In *Handbook of Social Psychology*. 1998. Ed. S Fiske, D Gilbert, G Lindzey ; vol. 2: 504–53. Boston MA: McGraw-Hil.

Dickerson FB, Sommerville J, Origoni AE, Ringel NB, Parente F. Experiences of stigma among outpatients with schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin* 2002 ; 28:143-155.

Druss BG, Rosenheck RA. Mental disorders and access to medical care in the United States. *American Journal of Psychiatry* 1998 ; 155:1775-1777.

Druss BG, Bradford DW, Rosenheck RA, Radford MJ, Krumholz HM. Mental disorders and use of cardiovascular procedures after myocardial infarction. *Journal of the American Medical Association* 2000 ; 283:506-511.

Druss BG, Mauer BJ. Health care reform and care at the behavioral health--primary care interface. *Psychiatric Services* 2010 ; 61:1087-1092.

Evans-Lacko S, Little K, Meltzer H, Rose D, Rhydderch D, Henderson C, Thornicroft G. Development and psychometric properties of the Mental Health Knowledge Schedule. *Canadian Journal of Psychiatry* 2010 ; 55:440-448.

Evans-Lacko S, Rose D, Little K, Flach C, Rhydderch D, Henderson C, Thornicroft G. Development and psychometric properties of the reported and intended behaviour scale (RIBS): a stigma-related behaviour measure. *Epidemiology and Psychiatric Sciences* 2011 ; 20:263–271.

Filipic I, Pavicic D, Filipic A, Hotujac L, Begić D, Grubisin J, Dordević V. Attitudes of medical staff towards the psychiatric label “schizophrenic patient” tested by an anti-stigma questionnaire. *Collegium Antropologicum* 2003 ; 27:301-307.

Fischel T, Manna H, Krivoy A, Lewis M, Weizman A. Does a clerkship in psychiatry contribute to changing medical students attitudes towards psychiatry? *Academic Psychiatry*. 2008 ; 32:147-150.

Freudenreich O, Cather C, Evins AE, Henderson DC, Goff DC. Attitudes of schizophrenia outpatients toward psychiatric medications: relationship to clinical variables and insight. *Journal of Clinical Psychiatry*. 2004 ; 65:1372-1376.

Friedrich B, Evans-Lacko S, London J, Rhydderch D, Henderson C, Thornicroft G. Anti-stigma training for medical students: the Education Not Discrimination project. *British Journal of Psychiatry* 2013 ; 202:s89-s94.

Fung KM, Tsang HW, Corrigan PW, Lam CS, Cheung WM. Measuring self-stigma of mental illness in China and its implications for recovery. *International Journal of Social Psychiatry* 2007 ; 53:408-418.

Furnham AF. Medical students' beliefs about nine different specialties. *British Medical Journal (Clinical Research Edition)* 1986 ; 293:1607-1610.

Galletly G, Schruder G, Chesteman H, Tsourtos G. Medical student attitudes to psychiatry: lack of effect of psychiatric hospital experience. *Medical Education* 1995 ; 29:449-451.

Galletly C, Burton C. Improving medical student attitudes towards people with schizophrenia. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 2011 ; 45:473-476.

Giffort D, Schmook A, Woody C, Vollendorf C, Gervain M. Construction of a scale to measure consumer recovery. *Psychiatric Rehabilitation Skills* 1995.

Gilbert D C, Levinson D J. Ideology, personality and institutional policy in the mental hospital. *Journal of abnormal and social psychology* 1956 ; 53:263-271.

Goffman E. *Stigma: notes on the management of spoiled identity*. Harmondsworth: Penguin; 1963.

Greenberg JS, Greenley JR, McKee D, Brown R, Griffin-Francell C. Mothers caring for an adult child with schizophrenia: The effects of subjective burden on maternal health. *Family Relations* 1993 ; 42:205-211.

Guttman F, Rosca-Rebaudengo P, Davis H. Changes in attitudes of medical students towards psychiatry: an evaluation of a clerkship in psychiatry. *The Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences* 1996 ; 33:158-166.

Harding CM, Zahniser JH. Empirical correction of seven myths about schizophrenia with implications for treatment. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1994 ; 384:140-146.

- Harris E C, Barraclough B. Excess mortality of mental disorder. *British Journal of Psychiatry* 1998 ; 173:11-53.
- Hirai M, Clum GA. Development, reliability, and validity of the beliefs toward mental illness scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment* 2000 ; 22:221-236.
- Hojat M, Mangione S, Nasca TJ, Cohen MJM, Gonnella JS, Erdmann JB, Veloski JJ, Magee M. The Jefferson scale of physician empathy: Development and primary psychometrics. *Educational and Psychological Measurement* 2001 ; 61:349-365.
- Hojat M, Gonnella JS, Nasca TJ, Mangione S, Vergare M, Magee M. Physician Empathy: Definition, Components, Measurement, and Relationship to Gender and Specialty. *American Journal of Psychiatry* 2002 ; 159:1563–1569.
- Hojat M, Vergare MJ, Maxwell K, Brainard G, Herrine SK, Isenberg GA, Veloski J, Gonnella JS. The devil is in the third year: A longitudinal study of erosion of empathy in medical school. *Academic Medecine*. 2009 ;84:1182-1191.
- Hojat M, Louis DZ, Maxwell K, Gonnella JS. The Jefferson Scale of Empathy (JSE): An update. *Health Policy Newsletter*, 2011 ; 24:5-6.
- Holmes EP, Corrigan PW, Williams P, Canar J, Kubiak MA. Changing attitudes about schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin* 1999 ; 25:447-456.
- Hudson TJ, Owen RR, Thrush CR, Han X, Pyne JM, Thapa P, Sullivan G. A pilot study of barriers to medication adherence in schizophrenia. *The Journal of Clinical Psychiatry* 2004 ; 65:211-216.
- Issa B, Adegunloye O, Yussuf A, Oyewole O, Fatoye F. Attitudes of medical students to psychiatry at a Nigerian medical school. *Hong Kong Journal of Psychiatry* 2009 ; 19:72-77.
- James BO, Omoaregba JO, Okogbenin EO. Stigmatizing attitudes towards persons with mental illness: a survey of medical students and interns from southern Nigeria. *Mental Illness* 2012 ; 4:32-34.
- Jones E, Farina A, Hastorf A, Markus H, Miller D, Scott R. *Social stigma: The psychology of marked relationships.*, New York: Freeman ; 1984.
- Jones S, Howard L, Thornicroft G. 'Diagnostic overshadowing': worse physical health care for people with mental illness. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2008 ; 118:169-173.

- Kassam A, Glozier N, Leese M, Henderson C, Thornicroft G. Development and responsiveness of a scale to measure clinicians' attitudes to people with mental illness (medical student version). *Acta psychiatrica scandinavica* 2010 ; 122:153-161.
- Kassam A, Glozier N, Leese M, Loughran J, Thornicroft G. A controlled trial of mental illness related stigma training for medical students. *Bio Med Central Medical Education* 2011 ; 11:51-61.
- Kassam A, Papish A, Modgill G, Patten S. The development and psychometric properties of a new scale to measure mental illness related stigma by health care providers: The opening minds scale for Health Care Providers (OMS-HC). *Bio Medical Central Psychiatry* 2012 ; 12 :62-74.
- Koroukian SM, Bakaki PM, Golchin N, Tyler C, Loue S. Mental illness and use of screening mammography among Medicaid beneficiaries. *American Journal of Preventive Medicine* 2012 ; 42:606-609.
- Kuhnigk O, Strebels B, Schilauske J, Jueptner M. Attitudes of medical students towards psychiatry: effects of training, courses in psychiatry, psychiatric experience and gender. *Advances in Health Sciences Education* 2007 ; 12:87-101.
- Lacaze L. La théorie de l'étiquetage modifiée, ou l'« analyse stigmatique » revisitée. *Nouvelle revue de psychosociologie* 2008 ; 5:183-199.
- Lauber C, Anthony M, Ajdacic-Gross V, Rossler W. What about psychiatrists' attitude to mentally ill people? *European Psychiatry: the Journal of the Association of European Psychiatrists* 2004 ; 19:423-427.
- Lauber C, Nordt C, Braunschweig C, Rossler W. Do mental health professionals stigmatize their patients? *Acta Psychiatr Scand Suppl* 2006 ; 113:51-59.
- Lawrence D, Kisely S, Pais J. The epidemiology of excess mortality in people with mental illness. *Canadian Journal of Psychiatry* 2010 ; 55:752-760.
- Lemert EM. *Social pathology*. New York: MacGraw Hill ; 1951.
- Leucht S, Burkard T, Henderson J, Maj M, Sartorius N. Physical illness and schizophrenia: are view of the literature. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2007 ; 116:317-333.

Lien YJ, Kao YC, Liu YP, Chang HA, Tzeng NS, Lu CW, Loh CH. Internalized Stigma and Stigma Resistance Among Patients with Mental Illness in Han Chinese Population. *Psychiatric Quarterly* 2015 ; 86:181-197.

Link BG, Cullen FT. Contact with the mentally ill and perceptions of how dangerous they are. *Journal of Health and Social Behavior* 1986 ; 27:289-303.

Link BG. Understanding Labeling Effects in the Area of Mental Disorders: An Assessment of the Effects of Expectations of Rejection. *American Sociological Review* 1987 ; 52:96-112.

Link BG, Cullen FT, Frank J, Wozniak JF. The social rejection of former mental patients: Understanding why labels matter. *American Journal of Sociology* 1987 ; 92:1461-1500.

Link BG, Cullen FT, Struening E, Shroud PE, Dohrenwend BP. A modified labeling theory approach to mental disorders: an empirical Assessment. *American Sociological Review* 1989 ; 54:400-423.

Link BG, Struening EL, Rahav M, Phelan JC, Nuttbrock L. On Stigma and Its Consequences: Evidence from a Longitudinal Study of Men with Dual Diagnoses of Mental Illness and Substance Abuse. *Journal of Health and Social Behavior* 1997 ; 38:177-190.

Link BG, Phelan JC. Conceptualizing stigma. *Annual Review of Sociology* 2001 ; 27:363-385.

Link BG, Struening EL, Neese-Todd S, Asmussen S, Phelan JC. Stigma as a barrier to recovery: the consequences of stigma for the self-esteem of people with mental illnesses. *Psychiatric Services* 2001 ; 52:1621-1626.

Link BG, Phelan JC. Stigma power. *Social Science and Medicine* 2014 ; 103:24-32.

Link BG, Yang LH, Phelan JC, Collins PY. Measuring mental illness stigma. *Schizophrenia Bulletin* 2004 ; 30:511-541.

Lucas JW, Phelan JC. Stigma and Status: The Interrelation of Two Theoretical Perspectives. *Social Psychology Quarterly* 2012 ; 75:310-333.

Luty J, Fekadu D, Umoh O, Gallagher J. Validation of a short instrument to measure stigmatised attitudes towards mental illness. *Psychiatric Bulletin* 2006 ; 30:257-260.

Lutterman T. The Impact of the State Fiscal Crisis on State Mental Health Systems Fall. National Association of State Mental Health Program Directors Research Institute 2010.

Lyons Z. Impact of the psychiatry clerkship on medical student attitudes towards psychiatry, and to psychiatry as a career: a systematic review. *Academic Psychiatry* 2014 ; 38:35-42.

Lyons Z, Janca A. Impact of a psychiatry clerkship on stigma, attitudes towards psychiatry, and psychiatry as a career choice. *Bio Med Central Medical Education* 2015 ; 15:34-44.

Lysaker PH, Clements CA, Plascak-Hallberg CD, Knipscheer SJ, Wright DE. Insight and personal narratives of illness in schizophrenia. *Psychiatry* 2002 ; 65:197-206.

Lysaker PH, Roe D, Yanos PT. Toward understanding the insight paradox: internalized stigma moderates the association between insight and social functioning, hope, and self-esteem among people with schizophrenia spectrum disorders. *Schizophrenia Bulletin* 2007 ; 33:192-199.

Lysaker PH, Salyers MP, Tsai J, Yorkman-Spurrier L, Davis LW. Clinical and psychological correlates of two domains of hopelessness in schizophrenia. *Journal of Rehabilitation Research and Development* 2008 ; 45:911-921.

Lysaker PH, Vohs JL, Tsai J. Negative symptoms and concordant impairments in attention in schizophrenia: Associations with social functioning, hope, self-esteem and internalized stigma. *Schizophrenia Research* 2009 ; 110:165-172.

Lysaker PH, Roe D, Ringer J, Gilmore EM, Yanos PT. Change in self- stigma among persons with schizophrenia enrolled in rehabilitation: associations with self-esteem and positive and emotional discomfort symptom. *Psychological Services* 2012 ; 9:240-247.

Mas A, Hatim A. Stigma in Mental Illness: Attitudes of Medical Students Towards Mental Illness. *Medical Journal of Malaysia* 2002 ; 57:433-444.

Mashiach-Eizenberg M, Hasson-Ohayon I, Yanos PT, Lysaker PH, Roe D. Internalized stigma and quality of life among persons with severe mental illness: the mediating roles of self-esteem and hope. *Psychiatry Research* 2013 ; 208:15-20.

Matschinger H, Angermeyer MC. The public's preferences concerning the allocation of financial resources to health care: Results from a representative population survey in Germany. *European Psychiatry* 2004 ; 19:478-482.

Mc Parland M, Noble L, Livingston G, McManus C. The effect of a psychiatric attachment on students' attitudes to and intention to pursue psychiatry as a career. *Medical Education* 2003 ; 37:447-454.

Ministère de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche. Bulletin officiel n°20 du 16 mai 2013. URL http://www.enseignementsup-recherche.gouv.fr/pid20536/bulletin-officiel.html?cid_bo=71544&cbo=1

Mirabi M, Weinman ML, Magnetti SM, Keppler KN. Professional attitudes toward the chronic mentally ill. *Psychiatric Services* 1985 ; 36:404-405.

Modgill G, Patten SB, Knaak S, Kassam A, Szeto A. Opening Minds Stigma Scale for Health Care Providers (OMS-HC): Examination of psychometric properties and responsiveness. *Bio Med Central Psychiatry* 2014 ; 14:120-130.

Nabors LM, Yanos PT, Roe D, Hasson-Ohayon I, Leonhardt BL, Buck KD, Lysaker PH. Stereotype endorsement, metacognitive capacity, and self-esteem as predictors of stigma resistance in persons with schizophrenia. *Comprehensive Psychiatry* 2014 ; 55:792-798.

Nielsen AC, Eaton JS. Medical students attitudes about psychiatry. Implications for psychiatric recruitment. *Archives of General Psychiatry* 1981 ; 38:1144-1154.

Oliver M, Pearson N. Help-seeking behavior in men and women with common mental health problems: cross-sectional study. *British Journal of Psychiatry* 2005 ; 186:297-301.

Olotu O, Osahon R. The effects of a clinical posting in psychiatry on the beliefs and attitudes of medical students towards the discipline. *Nigerian Journal of Psychiatry* 2001;1

Papish A, Kassam A, Modgill G, Vaz G, Zanussi L, Patten S. Reducing the stigma of mental illness in undergraduate medical education: a randomized controlled trial. *Bio Med Central Medical Education* 2013 ; 13:141-151.

Park SG, Bennett ME, Couture SM, Blanchard JL. Internalized stigma in schizophrenia: Relations with dysfunctional attitudes, symptoms, and quality of life. *Psychiatry Research* 2013 ; 205:43-47.

Parks J, Svendsen D, Singer P, Foti ME. Morbidity and mortality in people with serious mental illness. National Association of State Mental Health Program Directors (NASMHPD) 2006. www.nasmhpd.org

Paulhus, D.L. Socially desirable responding: The evolution of a construct. In Braun H, Jackson D N, Wiley D E. *The role of constructs in psychological and educational measurement* 2002 ; 67-88.

Penn DL, Guynan K, Daily T, Spaulding WD, Garbin CP, Sullivan M. Dispelling the stigma of schizophrenia: what sort of information is best? *Schizophrenia Bulletin* 1994 ; 20:567-578.

Phelan JC, Link BG, Dovidio JF. Stigma and prejudice: one animal or two? *Social Science & Medicine* 2008 ; 67:358-367.

Phelan JC, Lucas JW, Ridgeway CL, Taylor CJ. Stigma, status, and population health. *Social Science and Medicine* 2014 ; 103:15-23.

Pruß L, Wiedl KH, Waldorf M. Stigma as a predictor of insight in schizophrenia. *Psychiatry Research* 2012 ; 198:187-193.

Ramamurthy C, Srikumar P, Joshua E, Rasamy G. Impact of psychiatry training on attitudes of undergraduate medical students. *Malaysian Journal of Psychiatry* 2008 ; 21:22-31.

Rappaport J. Terms of empowerment/exemplars of prevention : toward a theory for community psychology. *American journal of community psychology* 1987 ; 15:121-142.

Reddy JP, Tan SM, Azmi MT, Shaharom MH, Rosdinom R, Maniam T, Ruzanna ZZ, Minas IH. The effect of a clinical posting in psychiatry on the attitudes of medical students towards psychiatry and mental illness in a Malaysian medical school. *Annals of the Academy of Medicine, Singapore* 2005 ; 34:505-510.

Ritsher JB, Otilingam PG, Grajales M. Internalized stigma of mental illness: psychometric properties of a new measure. *Psychiatry Research* 2003 ; 121:31-49.

Ritsher JB, Phelan JC. Internalized stigma predicts erosion of morale among psychiatric outpatients. *Psychiatry Research* 2004 ; 129:257-265.

Roberts L, Roalfe A, Wilson S, Lester H. Physical health care of patients with schizophrenia in primary care: A comparative study. *Family Practice* 2007 ; 24:34-40.

Roberts LM, Wiskin C, Roalfe A. Effects of exposure to mental illness in role-play on undergraduate student attitudes. *Family Medicine* 2008 ; 40:477-483.

Rodrigo A, Wijesinghe C, Kuruppuarachchi K. Changes in attitudes toward psychiatry with introduction of a new curriculum: experiences of a Sri Lankan medical school. *Sri Lanka Journal of Psychiatry* 2012 ; 3:14-16.

Rogers ES, Chamberlin J, Ellison ML, Crean T. A consumer-constructed scale to measure empowerment among users of mental health services. *Psychiatric Services* 1997 ; 48:1042-1047.

Rosenberg MJ, Hovland CI. Cognitive, affective and behavioral components of attitudes. New Haven, Yale University Press 1960.

Rowe J. Great expectations: a systematic review of the literature on the role of family carers in severe mental illness, and their relationships and engagement with professionals. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 2012, 19:70–82.

Rüsch N, Corrigan PW. Motivational interviewing to improve insight and treatment adherence in schizophrenia. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 2002; 26:23–32.

Rüsch N, Angermeyer MC, Corrigan PW. Mental illness stigma: Concepts, consequences, and initiatives to reduce stigma. *European Psychiatry* 2005 ; 20:529-539.

Rüsch N, Corrigan P, Heekeren K, Theodoridou A, Dvorsky D. Well-Being Among Persons at Risk of Psychosis: The Role of Self-Labeling, Shame, and Stigma Stress. *Psychiatric services* 2014 ; 65:483-489.

Rutter M. Implications of resilience concepts for scientific understanding. *Annals of the New York Academy of Sciences*. 2006 ; 1094:1-12.

Scharnitzky P. Les pièges de la discrimination : tous acteurs, tous victimes, Paris, Éd. De l'Archipel ; 2006.

Scheff TJ. *Being Mentally Ill: A Sociological Theory*. Chicago: Aldine de Gruyter; 1966.

Segal SP., Silverman C., Temkin T. Measuring empowerment in client-run self-help agencies. *Community Mental Health Journal* 1995 : 31:215-227.

Sharaf AY, Ossman LH, Lachine OA. A cross-sectional study of the relationships between illness insight, internalized stigma, and suicide risk in individuals with schizophrenia. *International Journal of Nursing Studies* 2012 ; 49:1512-1520.

Shen Y, Dong H, Fan X, Zhang Z, Li L, Lv H, Xue Z, Guo X. What can the medical education do for eliminating stigma and discrimination associated with mental illness among future doctors? Effect of clerkship training on Chinese students'attitudes. *International Journal of Psychiatry in Medicine* 2014 ; 47:241-254.

Sibitz I, Unger A, Woppmann A, Zidek T, Amering M. Stigma resistance in patients with schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin* 2011 ; 37:316-23.

Singh SP, Baxter H, Standen P, Duggan C. Changing the attitudes of 'tomorrow's doctors' towards mental illness and psychiatry: a comparison of two teaching methods. *Medical Education* 1998 ; 32:115-120.

Sirey JA, Bruce ML, Alexopoulos GS, Perlick DA, Raue P, Friedman SJ, Mayers BS. Perceived stigma as a predictor of treatment discontinuation in young and older outpatients with depression. *American Journal of Psychiatry* 2001 ; 158: 479-481.

Sloan D, Browne S, Meagher D, Lane A, Larkin C, Casey P, Walsh N, O'Callaghan E. Attitudes toward psychiatry among Irish final year medical students. *European Psychiatry* 1996 ; 11:407-411.

Smith M. Stigma. *Advances in Psychiatric Treatment* 2002 ; 8:317-325.

Smith M. Anti-stigma campaigns: time to change. *The British Journal of Psychiatry* 2013 ; 202:s49-s50.

Snyder CR, Harris C, Anderson JR, Holleran SA, Irving LM, Sigmon ST, Yoshinobu L, Gibb J, Langelle C, Harney P. The will and the ways: development and validation of an individual differences measure of hope. *Journal of Personality and Social Psychology* 1991 ; 60:570-585.

Stafford MC, Scott RR. Stigma deviance and social control: some conceptual issues. In *The Dilemma of Difference*. 1986. Ed. SC Ainsley, G Becker, LM Coleman. New York: Plenum

Staring ABP, Van der Gaag M, Van den Berge M, Duivenvoorden HJ, Mulder CL. Stigma moderates the associations of insight with depressed mood, low self-esteem, and low quality of life in patients with schizophrenia spectrum disorders. *Schizophrenia Research* 2009 ; 115:363-369.

Steele CM, Aronson J. Stereotype threat and the intellectual test performance of African Americans. *Journal of Personality and Social Psychology* 1995 ; 69:797-811.

Struening EL, Perlick DA, Link BG, Hellman F, Herman D, Sirey JA. Stigma as a barrier to recovery: The extent to which caregivers believe most people devalue consumers and their families. *Psychiatric Services* 2001 ; 52:1633-1638.

Stuart H, Sartorius N, Liinamaa T, Images Study Group. Images of psychiatry and psychiatrists. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2015 ; 131:21-28.

Stubbs A. Reducing mental illness stigma in health care students and professionals: a review of the literature. *Australasian Psychiatry* 2014 ; 22:579-584.

Sullivan G, Han X, Moore S, Kotrla K. Disparities in hospitalization for diabetes among persons with and without co-occurring mental disorders. *Psychiatric Services* 2006 ; 57:1126-1131.

Szmukler GI, Burgess P, Herrman H, Benson A, Colusa S, Bloch S. Caring for relatives with serious mental illness: The development of the Experience of Caregiving Inventory. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 1996 ; 31:137-148.

Tan SM, Azmi MT, Reddy JP, Shaharom MH, Rosdinom R, Maniam T, Ruzanna ZZ, Minas IH. Does clinical exposure to patients in medical school affect trainee doctors' attitudes towards mental disorders and patients? A pilot study. *Medical Journal of Malaysia* 2005 ; 60:328-337.

Taylor SM, Dear MJ. Scaling Community Attitudes Toward the Mentally Ill. *Schizophrenia Bulletin* 1981 ; 7:225-240.

Thoits PA. Resisting the stigma of mental illness. *Social Psychology Quarterly* 2011 ; 74:6-28.

Thornicroft G. Most people with mental illness are not treated. *Lancet* 2007 ; 370:807-808.

Thornicroft G, Rose D, Kassam A, Sartorius N. Stigma: ignorance, prejudice or discrimination? *British Journal of Psychiatry* 2007 ; 190:192-193.

Thornicroft G. Stigma and discrimination limit access to mental healthcare. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale* 2008 ; 17:14-19.

Tiihonen J, Lönnqvist J, Wahlbeck K, Klaukka T, Niskanen L, Tanskanen A, Haukka J. 11-year follow-up of mortality in patients with schizophrenia : a population-based cohort study (FIN11 study). *Lancet* 2009 ; 374:620–627.

Time to Change. Stigma Shout Survey 2008. URL <http://www.time-to-change.org.uk/news/stigma-shout-survey-shows-real-impact-stigma-and-discrimination-peoples-lives>.

Ucok A, Polat A, Sartorius N, Erkoc S, Atakli C. Attitudes of psychiatrists toward patients with schizophrenia. *Psychiatry Clin Neurosci* 2004 ; 58:89-91.

Ucok A. Other people stigmatize but, what about us? Attitudes of mental health professionals towards patients with schizophrenia. *Archives of Neuropsychiatry* 2007 ; 44:108-116.

Van Zelst C. Stigmatization as an environmental risk in schizophrenia: a user perspective. *Schizophrenia Bulletin* 2009 ; 35:293-296.

Vauth R, Kleim B, Wirtz M, Corrigan P. Self-efficacy and empowerment as outcome of self-stigmatizing and coping schizophrenia. *Psychiatry Research* 2007 ; 150:71-80.

Wahl OF. Mental health consumers' experience of stigma. *Schizophrenia Bulletin* 1999 ; 25:467-478.

Weiner B. An attributional theory of achievement motivation and emotion. *Psychological review* 1985 ; 92:548-573.

Weller L, Grunes S. Does contact with the mentally ill affect nurses' attitudes to mental illness? *British Journal of Medical Psychology* 1988 ; 61:277-284.

Wells LE. Theories of deviance and the self-concept. *Social Psychology (ex-Sociometry)* 1978 ; 41:189-204.

Werner P, Stein-Shvachman I, Heinik J. Perceptions of self-stigma and its correlates among older adults with depression: a preliminary study. *International Psychogeriatrics* 2009 ; 21:1180-1189

Wilkinson DG, Greer S, Toone BK. Medical students' attitudes to psychiatry. *Psychological Medicine* 1983 ; 13:185-192.

Williams JA, Liu N, Afzal K, Cooper B, Sherer R, Morgan I, Dong H. Positive attitudes towards psychiatry among Chinese medical students. *International Journal of Social Psychiatry* 2014 ; 60:21-29.

Xiao S. Theoretical basis and research applications of Social Support Rating Scales (SSRS). *Journal of clinical psychiatry* 1994 ; 4:98-100.

Yadav T, Arya K, Kataria D, Balhara YPS. Impact of psychiatric education and training on attitude of medical students towards mentally ill: A comparative analysis. *Indian Journal of Psychiatry* 2012 ; 21: 22-31.

Yanos PT, Roe D, Markus K, Lysaker PH. Pathway between internalized stigma and outcomes related to recovery in schizophrenia spectrum disorders. *Psychiatric Services* 2008 ; 59:1437-1442.

7. RESUME

Le concept de stigmatisation trouve ses fondements dans la notion de déviance selon laquelle les caractéristiques déviant des normes sociales sont « étiquetées ». Les personnes présentant une pathologie psychiatrique souffrent de stigmatisation qui peut avoir de nombreuses conséquences en termes d'estime de soi, d'espoir, de risque suicidaire, de rétablissement, de fonctionnement social et d'adhésion aux prises en charge.

Les médecins et étudiants en médecine présentent fréquemment à l'égard des personnes atteintes de pathologie mentale des attitudes stigmatisantes qui peuvent impacter sur leur accès aux soins.

Les objectifs principaux de notre étude étaient d'évaluer l'impact sur les attitudes de futurs médecins envers les personnes atteintes de pathologie mentale de l'enseignement théorique universitaire de la spécialité psychiatrique et d'un stage hospitalier en psychiatrie.

Nous avons comparé à l'issue de la formation l'évolution des attitudes envers la psychiatrie et la pathologie mentale dans deux groupes d'étudiants en médecine bénéficiant d'un même enseignement théorique psychiatrique mais de stages cliniques dans des spécialités différentes : un groupe en stage en service de psychiatrie et groupe en stage en service de neurologie. Les attitudes étaient évaluées par une échelle spécifiquement développée auprès d'étudiants en médecine : la Mental Illness : Clinicians' Attitudes (MICA). L'histoire personnelle des étudiants était prise en compte.

Notre étude, à l'instar des données de la littérature, confirme que le lieu de stage modifie l'impact de la formation théorique sur l'évolution des attitudes des étudiants à l'égard des personnes souffrant de trouble psychiatrique : l'amélioration est plus marquée chez les étudiants qui en parallèle de leur formation théorique effectuent un stage en psychiatrie.

MOTS CLES : STIGMATISATION, ETUDIANTS EN MEDECINE, PSYCHIATRIE, EVOLUTION, STAGE.

