



HAL
open science

Théories implicites de la maladie mentale en psychiatrie

Olivier Pinto

► **To cite this version:**

Olivier Pinto. Théories implicites de la maladie mentale en psychiatrie. Sciences du Vivant [q-bio]. 2018. dumas-02090795

HAL Id: dumas-02090795

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02090795>

Submitted on 5 Apr 2019

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.

Théories implicites de la maladie mentale en psychiatrie

T H È S E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MARSEILLE

Le 30 Octobre 2018

Par Monsieur Olivier PINTO

Né le 12 avril 1989 à Marseille 05eme (13)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de PSYCHIATRIE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur DA FONSECA David	Président
Monsieur le Professeur NAUDIN Jean	Assesseur
Monsieur le Professeur BAILLY Daniel	Assesseur
Monsieur le Professeur des Universités LE COZ Pierre	Assesseur
Monsieur le Docteur GUINARD Claude	Assesseur
Madame le Docteur BENOIT DE COIGNAC Agathe	Assesseur

AIX-MARSEILLE UNIVERSITE

Président : Yvon BERLAND

FACULTE DE MEDECINE

Doyen : Georges LEONETTI

Vice-Doyen aux Affaires Générales : Patrick DESSI
Vice-Doyen aux Professions Paramédicales : Philippe BERBIS

Assesseurs :

- * aux Etudes : Jean-Michel VITON
- * à la Recherche : Jean-Louis MEGE
- * aux Prospectives Hospitalo-Universitaires : Frédéric COLLART
- * aux Enseignements Hospitaliers : Patrick VILLANI
- * à l'Unité Mixte de Formation Continue en Santé : Fabrice BARLESI
- * pour le Secteur Nord : Stéphane BERDAH
- * aux centres hospitaliers non universitaires : Jean-Noël ARGENSON

Chargés de mission :

- * 1^{er} cycle : Jean-Marc DURAND et Marc BARTHET
- * 2^{ème} cycle : Marie-Aleth RICHARD
- * 3^{ème} cycle DES/DESC : Pierre-Edouard FOURNIER
- * Licences-Masters-Doctorat : Pascal ADALIAN
- * DU-DIU : Véronique VITTON
- * Stages Hospitaliers : Franck THUNY
- * Sciences Humaines et Sociales : Pierre LE COZ
- * Préparation à l'ECN : Aurélie DAUMAS
- * Démographie Médicale et Filiarisation : Roland SAMBUC
- * Relations Internationales : Philippe PAROLA
- * Etudiants : Arthur ESQUER

Chef des services généraux : * Déborah ROCCHICCIOLI

Chefs de service :

- * Communication : Laetitia DELOUIS
- * Examens : Caroline MOUTTET
- * Logistique : Joëlle FRAVEGA
- * Maintenance : Philippe KOCK
- * Scolarité : Christine GAUTHIER

DOYENS HONORAIRES

M. Yvon BERLAND
M. André ALI CHERIF
M. Jean-François PELLISSIER

PROFESSEURS HONORAIRES

MM	AGOSTINI Serge	MM	FIGARELLA Jacques
	ALDIGHERI René		FONTES Michel
	ALESSANDRINI Pierre		FRANCOIS Georges
	ALLIEZ Bernard		FUENTES Pierre
	AQUARON Robert		GABRIEL Bernard
	ARGEME Maxime		GALINIER Louis
	ASSADOURIAN Robert		GALLAIS Hervé
	AUFFRAY Jean-Pierre		GAMERRE Marc
	AUTILLO-TOUATI Amapola		GARCIN Michel
	AZORIN Jean-Michel		GARNIER Jean-Marc
	BAILLE Yves		GAUTHIER André
	BARDOT Jacques		GERARD Raymond
	BARDOT André		GEROLAMI-SANTANDREA André
	BERARD Pierre		GIUDICELLI Roger
	BERGOIN Maurice		GIUDICELLI Sébastien
	BERNARD Dominique		GOUDARD Alain
	BERNARD Jean-Louis		GOUIN François
	BERNARD Pierre-Marie		GRISOLI François
	BERTRAND Edmond		GROULIER Pierre
	BISSET Jean-Pierre		HADIDA/SAYAG Jacqueline
	BLANC Bernard		HASSOUN Jacques
	BLANC Jean-Louis		HEIM Marc
	BOLLINI Gérard		HOUEL Jean
	BONGRAND Pierre		HUGUET Jean-François
	BONNEAU Henri		JAQUET Philippe
	BONNOIT Jean		JAMMES Yves
	BORY Michel		JOUE Paulette
	BOTTA Alain		JUHAN Claude
	BOURGEADE Augustin		JUIN Pierre
	BOUVENOT Gilles		KAPHAN Gérard
	BOUYALA Jean-Marie		KASBARIAN Michel
	BREMOND Georges		KLEISBAUER Jean-Pierre
	BRICOT René		LACHARD Jean
	BRUNET Christian		LAFFARGUE Pierre
	BUREAU Henri		LAUGIER René
	CAMBOULIVES Jean		LEVY Samuel
	CANNONI Maurice		LOUCHET Edmond
	CARTOUZOU Guy		LOUIS René
			LUCIANI Jean-Marie
	CHAMLIAN Albert		MAGALON Guy
	CHARREL Michel		MAGNAN Jacques
	CHAUVEL Patrick		MALLAN- MANCINI Josette
	CHOUX Maurice		MALMEJAC Claude
	CIANFARANI François		MATTEI Jean François
	CLEMENT Robert		MERCIER Claude
	COMBALBERT André		METGE Paul
	CONTE-DEVOLX Bernard		MICHOTEY Georges
	CORRIOL Jacques		MILLET Yves
	COULANGE Christian		MIRANDA François
	DALMAS Henri		MONFORT Gérard
	DE MICO Philippe		MONGES André
	DELARQUE Alain		MONGIN Maurice
	DEVIN Robert		MONTIES Jean-Raoul
	DEVRED Philippe		NAZARIAN Serge
	DJIANE Pierre		NICOLI René
	DONNET Vincent		NOIRCLERC Michel
	DUCASSOU Jacques		OLMER Michel
	DUFOUR Michel		OREHEK Jean
	DUMON Henri		PAPY Jean-Jacques
	FARNARIER Georges		PAULIN Raymond
	FAVRE Roger		PELOUX Yves
	FIECHI Marius		PENAUD Antony

MM PENE Pierre
PIANA Lucien
PICAUD Robert
PIGNOL Fernand
POGGI Louis
POITOUT Dominique
PONCET Michel
POUGET Jean
PRIVAT Yvan
QUILICHINI Francis
RANQUE Jacques
RANQUE Philippe
RICHAUD Christian
ROCHAT Hervé
ROHNER Jean-Jacques
ROUX Hubert
ROUX Michel
RUFO Marcel
SAHEL José
SALAMON Georges
SALDUCCI Jacques
SAN MARCO Jean-Louis
SANKALE Marc
SARACCO Jacques
SARLES Jean-Claude
SASTRE Bernard
SCHIANO Alain
SCOTTO Jean-Claude
SEBAHOUN Gérard
SERMENT Gérard
SERRATRICE Georges
SOULAYROL René
STAHL André
TAMALET Jacques
TARANGER-CHARPIN Colette
THOMASSIN Jean-Marc
UNAL Daniel
VAGUE Philippe
VAGUE/JUHAN Irène
VANUXEM Paul
VERVLOET Daniel
VIALETTES Bernard
WEILLER Pierre-Jean

PROFESSEURS HONORIS CAUSA

1967

MM. les Professeurs
DADI (Italie)
CID DOS SANTOS (Portugal)

1974

MM. les Professeurs
MAC ILWAIN (Grande-Bretagne)
T.A. LAMBO (Suisse)

1975

MM. les Professeurs
O. SWENSON (U.S.A.)
Lord J.WALTON of DETCHANT (Grande-Bretagne)

1976

MM. les Professeurs
P. FRANCHIMONT (Belgique)
Z.J. BOWERS (U.S.A.)

1977

MM. les Professeurs
C. GAJDUSEK-Prix Nobel (U.S.A.)
C.GIBBS (U.S.A.)
J. DACIE (Grande-Bretagne)

1978

M. le Président
F. HOUPHOUET-BOIGNY (Côte d'Ivoire)

1980

MM. les Professeurs
A. MARGULIS (U.S.A.)
R.D. ADAMS (U.S.A.)

1981

MM. les Professeurs
H. RAPPAPORT (U.S.A.)
M. SCHOU (Danemark)
M. AMENT (U.S.A.)
Sir A. HUXLEY (Grande-Bretagne)
S. REFSUM (Norvège)

1982

M. le Professeur
W.H. HENDREN (U.S.A.)

1985

MM. les Professeurs
S. MASSRY (U.S.A.)
KLINSMANN (R.D.A.)

1986

MM. les Professeurs
E. MIHICH (U.S.A.)
T. MUNSAT (U.S.A.)
LIANA BOLIS (Suisse)
L.P. ROWLAND (U.S.A.)

1987

M. le Professeur
P.J. DYCK (U.S.A.)

1988

MM. les Professeurs
R. BERGUER (U.S.A.)
W.K. ENGEL (U.S.A.)
V. ASKANAS (U.S.A.)
J. WEHSTER KIRKLIN (U.S.A.)
A. DAVIGNON (Canada)
A. BETTARELLO (Brésil)

1989

M. le Professeur
P. MUSTACCHI (U.S.A.)

1990	
MM. les Professeurs	J.G. MC LEOD (Australie) J. PORTER (U.S.A.)
1991	
MM. les Professeurs	J. Edward MC DADE (U.S.A.) W. BURGDORFER (U.S.A.)
1992	
MM. les Professeurs	H.G. SCHWARZACHER (Autriche) D. CARSON (U.S.A.) T. YAMAMURO (Japon)
1994	
MM. les Professeurs	G. KARPATI (Canada) W.J. KOLFF (U.S.A.)
1995	
MM. les Professeurs	D. WALKER (U.S.A.) M. MULLER (Suisse) V. BONOMINI (Italie)
1997	
MM. les Professeurs	C. DINARELLO (U.S.A.) D. STULBERG (U.S.A.) A. MEIKLE DAVISON (Grande-Bretagne) P.I. BRANEMARK (Suède)
1998	
MM. les Professeurs	O. JARDETSKY (U.S.A.)
1999	
MM. les Professeurs	J. BOTELLA LLUSIA (Espagne) D. COLLEN (Belgique) S. DIMAURO (U. S. A.)
2000	
MM. les Professeurs	D. SPIEGEL (U. S. A.) C. R. CONTI (U.S.A.)
2001	
MM. les Professeurs	P-B. BENNET (U. S. A.) G. HUGUES (Grande Bretagne) J-J. O'CONNOR (Grande Bretagne)
2002	
MM. les Professeurs	M. ABEDI (Canada) K. DAI (Chine)
2003	
M. le Professeur Sir	T. MARRIE (Canada) G.K. RADDI (Grande Bretagne)
2004	
M. le Professeur	M. DAKE (U.S.A.)
2005	
M. le Professeur	L. CAVALLI-SFORZA (U.S.A.)
2006	
M. le Professeur	A. R. CASTANEDA (U.S.A.)
2007	
M. le Professeur	S. KAUFMANN (Allemagne)

EMERITAT

2008

M. le Professeur	LEVY Samuel	31/08/2011
Mme le Professeur	JUHAN-VAGUE Irène	31/08/2011
M. le Professeur	PONCET Michel	31/08/2011
M. le Professeur	KASBARIAN Michel	31/08/2011
M. le Professeur	ROBERTOUX Pierre	31/08/2011

2009

M. le Professeur	DJIANE Pierre	31/08/2011
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2012

2010

M. le Professeur	MAGNAN Jacques	31/12/2014
------------------	----------------	------------

2011

M. le Professeur	DI MARINO Vincent	31/08/2015
M. le Professeur	MARTIN Pierre	31/08/2015
M. le Professeur	METRAS Dominique	31/08/2015

2012

M. le Professeur	AUBANIAC Jean-Manuel	31/08/2015
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2015
M. le Professeur	CAMBOULIVES Jean	31/08/2015
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2015
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2015
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2015
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2015

2013

M. le Professeur	BRANCHEREAU Alain	31/08/2016
M. le Professeur	CARAYON Pierre	31/08/2016
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2016
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2016
M. le Professeur	HENRY Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	LE GUICHAOUA Marie-Roberte	31/08/2016
M. le Professeur	RUFO Marcel	31/08/2016
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2016

2014

M. le Professeur	FUENTES Pierre	31/08/2017
M. le Professeur	GAMERRE Marc	31/08/2017
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2017
M. le Professeur	PERAGUT Jean-Claude	31/08/2017
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2017

2015

M. le Professeur	COULANGE Christian	31/08/2018
M. le Professeur	COURAND François	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2016
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2016
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2016

2016

M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2017
M. le Professeur	BRUNET Christian	31/08/2019
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2017
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2017
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2019
M. le Professeur	JAMMES Yves	31/08/2019
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2017
M. le Professeur	POITOUT Dominique	31/08/2019
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2017
M. le Professeur	VIALETTES Bernard	31/08/2019

2017

M. le Professeur	ALESSANDRINI Pierre	31/08/2020
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2018
M. le Professeur	CHAUVEL Patrick	31/08/2020
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2018
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2018
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2018
M. le Professeur	SEBBAHOUN Gérard	31/08/2018

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

AGOSTINI FERRANDES Aubert	CHOSSEGROS Cyrille	GRIMAUD Jean-Charles
ALBANESE Jacques	<i>CLAVERIE Jean-Michel Surnombre</i>	GROB Jean-Jacques
ALIMI Yves	COLLART Frédéric	GUEDJ Eric
AMABILE Philippe	COSTELLO Régis	GUIEU Régis
AMBROSI Pierre	COURBIERE Blandine	GUIS Sandrine
ANDRE Nicolas	COWEN Didier	GUYE Maxime
ARGENSON Jean-Noël	CRAVELLO Ludovic	GUYOT Laurent
ASTOUL Philippe	CUISSET Thomas	GUYS Jean-Michel
ATTARIAN Shahram	CURVALE Georges	HABIB Gilbert
AUDOUIN Bertrand	DA FONSECA David	HARDWIGSEN Jean
AUQUIER Pascal	DAHAN-ALCARAZ Laetitia	HARLE Jean-Robert
AVIERINOS Jean-François	DANIEL Laurent	HOFFART Louis
AZULAY Jean-Philippe	DARMON Patrice	HOUVENAEGHEL Gilles
BAILLY Daniel	D'ERCOLE Claude	JACQUIER Alexis
BARLESI Fabrice	D'JOURNO Xavier	JOURDE-CHICHE Noémie
BARLIER-SETTI Anne	DEHARO Jean-Claude	JOUVE Jean-Luc
BARTHET Marc	DELPERO Jean-Robert	KAPLANSKI Gilles
BARTOLI Jean-Michel	DENIS Danièle	KARSENTY Gilles
BARTOLI Michel	<i>DESSEIN Alain Surnombre</i>	KERBAUL François
<i>BARTOLIN Robert Surnombre</i>	DESSI Patrick	KRAHN Martin
BARTOLOMEI Fabrice	DISDIER Patrick	LAFFORGUE Pierre
BASTIDE Cyrille	DODDOLI Christophe	LAGIER Jean-Christophe
BENSOUSSAN Laurent	DRANCOURT Michel	LAMBAUDIE Eric
BERBIS Philippe	DUBUS Jean-Christophe	LANCON Christophe
BERDAH Stéphane	DUFFAUD Florence	LA SCOLA Bernard
<i>BERLAND Yvon Surnombre</i>	DUFOUR Henry	LAUNAY Franck
BERNARD Jean-Paul	DURAND Jean-Marc	LAVIEILLE Jean-Pierre
BEROUD Christophe	DUSSOL Bertrand	LE CORROLLER Thomas
BERTUCCI François	<i>ENJALBERT Alain Surnombre</i>	<i>LE TREUT Yves-Patrice Surnombre</i>
BLAISE Didier	EUSEBIO Alexandre	LECHEVALLIER Eric
BLIN Olivier	FAKHRY Nicolas	LEGRE Régis
BLONDEL Benjamin	<i>FAUGERE Gérard Surnombre</i>	LEHUCHER-MICHEL Marie-Pascale
BONIN/GUILLAUME Sylvie	FELICIAN Olivier	LEONE Marc
BONELLO Laurent	FENOLLAR Florence	LEONETTI Georges
BONNET Jean-Louis	FIGARELLA/BRANGER Dominique	LEPIDI Hubert
BOTTA/FRIDLUND Danielle	FLECHER Xavier	LEVY Nicolas
BOUBLI Léon	FOURNIER Pierre-Edouard	MACE Loïc
BOYER Laurent	<i>FRANCES Yves Surnombre</i>	MAGNAN Pierre-Edouard
BREGEON Fabienne	FUENTES Stéphane	<i>MARANINCHI Dominique Surnombre</i>
BRETELLE Florence	GABERT Jean	<i>MARTIN Claude Surnombre</i>
BROUQUI Philippe	GAINNIER Marc	MATONTI Frédéric
BRUDER Nicolas	GARCIA Stéphane	MEGE Jean-Louis
BRUE Thierry	GARIBOLDI Vlad	MERROT Thierry
BRUNET Philippe	GAUDART Jean	METZLER/GUILLEMAIN Catherine
BURTEY Stéphane	GAUDY-MARQUESTE Caroline	MEYER/DUTOUR Anne
CARCOPINO-TUSOLI Xavier	GENTILE Stéphanie	MICCALEF/ROLL Joëlle
CASANOVA Dominique	GERBEAUX Patrick	MICHEL Fabrice
CASTINETTI Frédéric	GEROLAMI/SANTANDREA René	MICHEL Gérard
CECCALDI Mathieu	GILBERT/ALESSI Marie-Christine	MICHELET Pierre
CHABOT Jean-Michel	GIORGI Roch	MILH Mathieu
CHAGNAUD Christophe	GIOVANNI Antoine	MOAL Valérie
CHAMBOST Hervé	GIRARD Nadine	MONCLA Anne
CHAMPSAUR Pierre	GIRAUD/CHABROL Brigitte	MORANGE Pierre-Emmanuel
CHANEZ Pascal	GONCALVES Anthony	MOULIN Guy
CHARAFFE-JAUFFRET Emmanuelle	GORINCOUR Guillaume	MOUTARDIER Vincent
CHARREL Rémi	GRANEL/REY Brigitte	<i>MUNDLER Olivier Surnombre</i>
<i>CHARPIN Denis Surnombre</i>	GRANVAL Philippe	NAUDIN Jean
CHAUMOITRE Kathia	GREILLIER Laurent	NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier
CHIARONI Jacques	<i>GRILLO Jean-Marie Surnombre</i>	NICOLLAS Richard
CHINOT Olivier		OLIVE Daniel

OUAFIK L'Houcine
PAGANELLI Franck
PANUEL Michel
PAPAZIAN Laurent
PAROLA Philippe
PARRATTE Sébastien
PELISSIER-ALICOT Anne-Laure
PELLETIER Jean
PETIT Philippe
PHAM Thao
PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominique
PIQUET Philippe
PIRRO Nicolas
POINSO François
RACCAH Denis
RAOULT Didier
REGIS Jean
REYNAUD/GAUBERT Martine
REYNAUD Rachel
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth
RIDINGS Bernard Surnombre

ROCHE Pierre-Hugues
ROCH Antoine
ROCHWERGER Richard
ROLL Patrice
ROSSI Dominique
ROSSI Pascal
ROUDIER Jean
SALAS Sébastien
SAMBUC Roland Surnombre
SARLES Jacques
SARLES/PHILIP Nicole
SCAVARDA Didier
SCHLEINITZ Nicolas
SEBAG Frédéric
SEITZ Jean-François
SIELEZNEFF Igor
SIMON Nicolas
STEIN Andréas
TAIEB David
THIRION Xavier
THOMAS Pascal

THUNY Franck
TREBUCHON-DA FONSECA Agnès
TRIGLIA Jean-Michel
TROPIANO Patrick
TSIMARATOS Michel
TURRINI Olivier
VALERO René
VAROQUAUX Arthur Damien
VELLY Lionel
VEY Norbert
VIDAL Vincent
VIENS Patrice
VILLANI Patrick
VITON Jean-Michel
VITTON Véronique
VIEHWEGER Heide Elke
VIVIER Eric
XERRI Luc

PROFESSEUR DES UNIVERSITES

ADALIAN Pascal
AGHABABIAN Valérie
BELIN Pascal
CHABANNON Christian
CHABRIERE Eric
FERON François
LE COZ Pierre
LEVASSEUR Anthony
RANJEVA Jean-Philippe
SOBOL Hagay

PROFESSEUR CERTIFIE

BRANDENBURGER Chantal

PRAG

TANTI-HARDOUIN Nicolas

PROFESSEUR ASSOCIE DE MEDECINE GENERALE A MI-TEMPS

ADNOT Sébastien
FILIPPI Simon

PROFESSEUR ASSOCIE A TEMPS PARTIEL

BURKHART Gary

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

ACHARD Vincent (<i>disponibilité</i>)	FABRE Alexandre	NINOVE Laetitia
ANGELAKIS Emmanouil	FOLETTI Jean- Marc	NOUGAIREDE Antoine
ATLAN Catherine (<i>disponibilité</i>)	FOUILLOUX Virginie	OLLIVIER Matthieu
BARTHELEMY Pierre	FROMNOT Julien	OUDIN Claire
BARTOLI Christophe	GABORIT Bénédicte	OVAERT Caroline
BEGE Thierry	GASTALDI Marguerite	PAULMYER/LACROIX Odile
BELIARD Sophie	GELSI/BOYER Véronique	PERRIN Jeanne
BERBIS Julie	GIUSIANO Bernard	RANQUE Stéphane
BERGE-LEFRANC Jean-Louis	GIUSIANO COURCAMBECK Sophie	REY Marc
BEYER-BERJOT Laura	GONZALEZ Jean-Michel	ROBERT Philippe
BIRNBAUM David	GOURIET Frédérique	SABATIER Renaud
BONINI Francesca	GRAILLON Thomas	SARI-MINODIER Irène
BOUCRAUT Joseph	GRISOLI Dominique	SARLON-BARTOLI Gabrielle
BOULAMERY Audrey	GUENOUN MEYSSIGNAC Daphné	SAVEANU Alexandru
BOULLU/CIOCCA Sandrine	GUIDON Catherine	SECQ Véronique
BUFFAT Christophe	HAUTIER/KRAHN Aurélie	TOGA Caroline
CAMILLERI Serge	HRAIECH Sami	TOGA Isabelle
CARRON Romain	KASPI-PEZZOLI Elise	TROUSSE Delphine
CASSAGNE Carole	L'OLLIVIER Coralie	TUCHTAN-TORRENTS Lucile
CHAUDET Hervé	LABIT-BOUVIER Corinne	VALLI Marc
COZE Carole	LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina	VELY Frédéric
DADOUN Frédéric (<i>disponibilité</i>)	LAGIER Aude (<i>disponibilité</i>)	VION-DURY Jean
DALES Jean-Philippe	LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude	ZATTARA/CANNONI Hélène
DAUMAS Aurélie	LEVY/MOZZICONACCI Annie	
DEGEORGES/VITTE Joëlle	LOOSVELD Marie	
DEL VOLGO/GORI Marie-José	MANCINI Julien	
DELLIAUX Stéphane	MARY Charles	
DESPLAT/JEGO Sophie	MASCAUX Céline	
DEVEZE Arnaud (<i>Disponibilité</i>)	MAUES DE PAULA André	
DUBOURG Grégory	MILLION Matthieu	
DUFOUR Jean-Charles	MOTTOLA GHIGO Giovanna	
EBBO Mikaël	NGUYEN PHONG Karine	

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

(mono-appartenants)

ABU ZAINEH Mohammad	DEGIOANNI/SALLE Anna	POGGI Marjorie
BARBACARU/PERLES T. A.	DESNUES Benoît	RUEL Jérôme
BERLAND/BENHAIM Caroline		STEINBERG Jean-Guillaume
BOUCAULT/GARROUSTE Françoise	MARANINCHI Marie	THOLLON Lionel
BOYER Sylvie	MERHEJ/CHAUVEAU Vicky	THIRION Sylvie
COLSON Sébastien	MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte	VERNA Emeline

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

GENTILE Gaëtan

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE à MI-TEMPS

BARGIER Jacques
BONNET Pierre-André
CALVET-MONTREDON Céline
GUIDA Pierre
JANCZEWSKI Aurélie

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE à MI-TEMPS

REVIS Joana

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE à TEMPS-PLEIN

TOMASINI Pascale

**PROFESSEURS DES UNIVERSITES et MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS
PROFESSEURS ASSOCIES, MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES mono-appartenants**

ANATOMIE 4201

CHAMPSAUR Pierre (PU-PH)
LE CORROLLER Thomas (PU-PH)
PIRRO Nicolas (PU-PH)

GUENOUN-MEYSSIGNAC Daphné (MCU-PH)
LAGIER Aude (MCU-PH) disponibilité

THOLLON Lionel (MCF) (60ème section)

ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES 4203

CHARAFE/JAUFFRET Emmanuelle (PU-PH)
DANIEL Laurent (PU-PH)
FIGARELLA/BRANGER Dominique (PU-PH)
GARCIA Stéphane (PU-PH)
XERRI Luc (PU-PH)

DALES Jean-Philippe (MCU-PH)
GIUSIANO COURCAMBECK Sophie (MCU PH)
LABIT/BOUVIER Corinne (MCU-PH)
MAUES DE PAULA André (MCU-PH)
SECQ Véronique (MCU-PH)

**ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE ;
MEDECINE URGENCE 4801**

ALBANESE Jacques (PU-PH)
BRUDER Nicolas (PU-PH)
KERBAUL François (PU-PH)
LEONE Marc (PU-PH)
MARTIN Claude (PU-PH) Surnombre
MICHEL Fabrice (PU-PH)
MICHELET Pierre (PU-PH)
VELLY Lionel (PU-PH)

GUIDON Catherine (MCU-PH)

ANGLAIS 11

BRANDENBURGER Chantal (PRCE)

BURKHART Gary (PAST)

**BIOLOGIE ET MEDECINE DU DEVELOPPEMENT
ET DE LA REPRODUCTION ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5405**

METZLER/GUILLEMAIN Catherine (PU-PH)

PERRIN Jeanne (MCU-PH)

BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE 4301

GUEDJ Eric (PU-PH)
GUYE Maxime (PU-PH)
MUNDLER Olivier (PU-PH) Surnombre
TAIEB David (PU-PH)

BELIN Pascal (PR) (69ème section)
RANJEVA Jean-Philippe (PR) (69ème section)

CAMMILLERI Serge (MCU-PH)
VION-DURY Jean (MCU-PH)

BARBACARU/PERLES Téodora Adriana (MCF) (69ème section)

**BIOSTATISTIQUES, INFORMATIQUE MEDICALE
ET TECHNOLOGIES DE COMMUNICATION 4604**

CLAVERIE Jean-Michel (PU-PH) Surnombre
GAUDART Jean (PU-PH)
GIORGI Roch (PU-PH)

CHAUDET Hervé (MCU-PH)
DUFOUR Jean-Charles (MCU-PH)

ANTHROPOLOGIE 20

ADALIAN Pascal (PR)

DEGIOANNI/SALLE Anna (MCF)
VERNA Emeline (MCF)

BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE 4501

CHARREL Rémi (PU PH)
DRANCOURT Michel (PU-PH)
FENOLLAR Florence (PU-PH)
FOURNIER Pierre-Edouard (PU-PH)
NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier (PU-PH)
LA SCOLA Bernard (PU-PH)
RAOULT Didier (PU-PH)

ANGELAKIS Emmanouil (MCU-PH)
DUBOURG Grégory (MCU-PH)
GOURIET Frédérique (MCU-PH)
NOUGAIREDE Antoine (MCU-PH)
NINOVE Laetitia (MCU-PH)

CHABRIERE Eric (PR) (64ème section)
LEVASSEUR Anthony (PR) (64ème section)
DESNUES Benoit (MCF) (65ème section)
MERHEJ/CHAUVEAU Vicky (MCF) (87ème section)

BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE 4401

BARLIER/SETTI Anne (PU-PH)
ENJALBERT Alain (PU-PH) Surnombre
GABERT Jean (PU-PH)
GUIEU Régis (PU-PH)
OUAFIK L'Houcine (PU-PH)

BUFFAT Christophe (MCU-PH)
FROMNOT Julien (MCU-PH)
MOTTOLA GHIGO Giovanna (MCU-PH)
SAVEANU Alexandru (MCU-PH)

BIOLOGIE CELLULAIRE 4403

ROLL Patrice (PU-PH)

GASTALDI Marguerite (MCU-PH)
KASPI-PEZZOLI Elise (MCU-PH)
LEVY-MOZZICONNACCI Annie (MCU-PH)

CARDIOLOGIE 5102

AVIERINOS Jean-François (PU-PH)
BONELLO Laurent (PU PH)
BONNET Jean-Louis (PU-PH)
CUISSSET Thomas (PU-PH)
DEHARO Jean-Claude (PU-PH)
FRANCESCHI Frédéric (PU-PH)
HABIB Gilbert (PU-PH)
PAGANELLI Franck (PU-PH)
THUNY Franck (PU-PH)

CHIRURGIE DIGESTIVE 5202

BERDAH Stéphane (PU-PH)
HARDWIGSEN Jean (PU-PH)
LE TREUT Yves-Patrice (PU-PH) Surnombre
SIELEZNEFF Igor (PU-PH)

BEYER-BERJOT Laura (MCU-PH)

CHIRURGIE GENERALE 5302

GIUSIANO Bernard (MCU-PH)
MANCINI Julien (MCU-PH)

ABU ZAINEH Mohammad (MCF) (5ème section)
BOYER Sylvie (MCF) (5ème section)

CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE 5002

ARGENSON Jean-Noël (PU-PH)
BLONDEL Benjamin (PU-PH)
CURVALE Georges (PU-PH)
FLECHER Xavier (PU-PH)
PARRATTE Sébastien (PU-PH)
ROCHWERGER Richard (PU-PH)
TROPIANO Patrick (PU-PH)

OLLIVIER Matthieu (MCU-PH)

CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE 4702

BERTUCCI François (PU-PH)
CHINOT Olivier (PU-PH)
COWEN Didier (PU-PH)
DUFFAUD Florence (PU-PH)
GONCALVES Anthony (PU-PH)
HOUVENAEGHEL Gilles (PU-PH)
LAMBAUDIE Eric (PU-PH)
MARANINCHI Dominique (PU-PH) *Surnombre*
SALAS Sébastien (PU-PH)
VIENS Patrice (PU-PH)

SABATIER Renaud (MCU-PH)

CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE 5103

COLLART Frédéric (PU-PH)
D'JOURNO Xavier (PU-PH)
DODDOLI Christophe (PU-PH)
GARIBOLDI Vlad (PU-PH)
MACE Loïc (PU-PH)
THOMAS Pascal (PU-PH)

FOUILLOUX Virginie (MCU-PH)
GRISOLI Dominique (MCU-PH)
TROUSSE Delphine (MCU-PH)

CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE 5104

ALIMI Yves (PU-PH)
AMABILE Philippe (PU-PH)
BARTOLI Michel (PU-PH)
MAGNAN Pierre-Edouard (PU-PH)
PIQUET Philippe (PU-PH)

SARLON-BARTOLI Gabrielle (MCU-PH)

HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE 4202

GRILLO Jean-Marie (PU-PH) *Surnombre*
LEPIDI Hubert (PU-PH)

ACHARD Vincent (MCU-PH) *disponibilité*
PAULMYER/LACROIX Odile (MCU-PH)

DERMATOLOGIE - VENEREOLOGIE 5003

BERBIS Philippe (PU-PH)
GAUDY/MARQUESTE Caroline (PU-PH)
GROB Jean-Jacques (PU-PH)
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth (PU-PH)

DUSI

COLSON Sébastien (MCF)

**ENDOCRINOLOGIE ,DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES ;
GYNECOLOGIE MEDICALE 5404**

BRUE Thierry (PU-PH)
CASTINETTI Frédéric (PU-PH)

EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION 4601

AUQUIER Pascal (PU-PH)
BOYER Laurent (PU-PH)
CHABOT Jean-Michel (PU-PH)
GENTILE Stéphanie (PU-PH)
SAMBUC Roland (PU-PH) *Surnombre*
THIRION Xavier (PU-PH)

DELPERO Jean-Robert (PU-PH)
MOUTARDIER Vincent (PU-PH)
SEBAG Frédéric (PU-PH)
TURRINI Olivier (PU-PH)

BEGE Thierry (MCU-PH)
BIRNBAUM David (MCU-PH)

CHIRURGIE INFANTILE 5402

GUYS Jean-Michel (PU-PH)
JOUVE Jean-Luc (PU-PH)
LAUNAY Franck (PU-PH)
MERRROT Thierry (PU-PH)
VIEHWEGER Heide Elke (PU-PH)

CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE 5503

CHOSSEGROS Cyrille (PU-PH)
GUYOT Laurent (PU-PH)

FOLETTI Jean-Marc (MCU-PH)

CHIRURGIE PLASTIQUE,

RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE ; BRÛOLOGIE 5004

CASANOVA Dominique (PU-PH)
LEGRE Régis (PU-PH)

HAUTIER/KRAHN Aurélie (MCU-PH)

GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE ; ADDICTOLOGIE 5201

BARTHET Marc (PU-PH)
BERNARD Jean-Paul (PU-PH)
BOTTA-FRIDLUND Danielle (PU-PH)
DAHAN-ALCARAZ Laetitia (PU-PH)
GEROLAMI-SANTANDREA René (PU-PH)
GRANDVAL Philippe (PU-PH)
GRIMAUD Jean-Charles (PU-PH)
SEITZ Jean-François (PU-PH)
VITTON Véronique (PU-PH)

GONZALEZ Jean-Michel (MCU-PH)

GENETIQUE 4704

BEROUD Christophe (PU-PH)
KRAHN Martin (PU-PH)
LEVY Nicolas (PU-PH)
MONCLA Anne (PU-PH)
SARLES/PHILIP Nicole (PU-PH)

NGYUEN Karine (MCU-PH)
TOGA Caroline (MCU-PH)
ZATTARA/CANNONI Hélène (MCU-PH)

GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5403

AGOSTINI Aubert (PU-PH)
BOUBLI Léon (PU-PH)
BRETTELLE Florence (PU-PH)
CARCOPINO-TUSOLI Xavier (PU-PH)
COURBIERE Blandine (PU-PH)
CRAVELLO Ludovic (PU-PH)
D'ERCOLE Claude (PU-PH)

BERBIS Julie (MCU-PH)
LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude (MCU-PH)

MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte (MCF)(06ème section)
TANTI-HARDOUIN Nicolas (PRAG)

IMMUNOLOGIE 4703

KAPLANSKI Gilles (PU-PH)
MEGE Jean-Louis (PU-PH)
OLIVE Daniel (PU-PH)
VIVIER Eric (PU-PH)

FERON François (PR) (69ème section)

BOUCRAUT Joseph (MCU-PH)
DEGEORGES/VITTE Joëlle (MCU-PH)
DESPLAT/JEGO Sophie (MCU-PH)
ROBERT Philippe (MCU-PH)
VELY Frédéric (MCU-PH)

BOUCAULT/GARROUSTE Françoise (MCF) 65ème section)

MALADIES INFECTIEUSES ; MALADIES TROPICALES 4503

BROUQUI Philippe (PU-PH)
LAGIER Jean-Christophe (PU-PH)
PAROLA Philippe (PU-PH)
STEIN Andréas (PU-PH)

MILLION Matthieu (MCU-PH)

MEDECINE INTERNE ; GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT ; MEDECINE GENERALE ; ADDICTOLOGIE 5301

BONIN/GUILLAUME Sylvie (PU-PH)
DISDIER Patrick (PU-PH)
DURAND Jean-Marc (PU-PH)
FRANCES Yves (PU-PH) Surnombre
GRANEL/REY Brigitte (PU-PH)
HARLE Jean-Robert (PU-PH)
ROSSI Pascal (PU-PH)
SCHLEINITZ Nicolas (PU-PH)

EBBO Mikael (MCU-PH)

GENTILE Gaëtan (MCF Méd. Gén. Temps plein)

ADNOT Sébastien (PR associé Méd. Gén. à mi-temps)
FILIPPI Simon (PR associé Méd. Gén. à mi-temps)

BARGIER Jacques (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)
BONNET Pierre-André (MCF associé Méd. Gén à mi-temps)
CALVET-MONTREDON Céline (MCF associé Méd. Gén. à temps plein)
GUIDA Pierre (MCF associé Méd. Gén. à mi-temps)
JANCZEWSKI Aurélie (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

NUTRITION 4404

DARMON Patrice (PU-PH)
RACCAH Denis (PU-PH)
VALERO René (PU-PH)

ATLAN Catherine (MCU-PH) disponibilité
BELIARD Sophie (MCU-PH)

MARANINCHI Marie (MCF) (66ème section)

ONCOLOGIE 65 (BIOLOGIE CELLULAIRE)

CHABANNON Christian (PR) (66ème section)
SOBOL Hagay (PR) (65ème section)

OPHTALMOLOGIE 5502

DENIS Danièle (PU-PH)
HOFFART Louis (PU-PH)
MATONTI Frédéric (PU-PH)
RIDINGS Bernard (PU-PH) Surnombre

HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION 4701

BLAISE Didier (PU-PH)
COSTELLO Régis (PU-PH)
CHIARONI Jacques (PU-PH)
GILBERT/ALESSI Marie-Christine (PU-PH)
MORANGE Pierre-Emmanuel (PU-PH)
VEY Norbert (PU-PH)

GELSI/BOYER Véronique (MCU-PH)
LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina (MCU-PH)
LOOSVELD Marie (MCU-PH)

POGGI Marjorie (MCF) (64ème section)

MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE 4603

LEONETTI Georges (PU-PH)
PELISSIER/ALICOT Anne-Laure (PU-PH)
PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominique (PU-PH)

BARTOLI Christophe (MCU-PH)
TUCHTAN-TORRENTS Lucile (MCU-PH)

BERLAND/BENHAIM Caroline (MCF) (1ère section)

MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION 4905

BENSOUSSAN Laurent (PU-PH)
VITON Jean-Michel (PU-PH)

MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL 4602

LEHUCHER/MICHEL Marie-Pascale (PU-PH)

BERGE-LEFRANC Jean-Louis (MCU-PH)
SARI/MINODIER Irène (MCU-PH)

NEPHROLOGIE 5203

BERLAND Yvon (PU-PH) Surnombre
BRUNET Philippe (PU-PH)
BURTEY Stéphanne (PU-PH)
DUSSOL Bertrand (PU-PH)
JOURDE CHICHE Noémie (PU PH)
MOAL Valérie (PU-PH)

NEUROCHIRURGIE 4902

DUFOUR Henry (PU-PH)
FUENTES Stéphane (PU-PH)
REGIS Jean (PU-PH)
ROCHE Pierre-Hugues (PU-PH)
SCAVARDA Didier (PU-PH)

CARRON Romain (MCU PH)
GRAILLON Thomas (MCU PH)

NEUROLOGIE 4901

ATTARIAN Sharham (PU PH)
AUDOIN Bertrand (PU-PH)
AZULAY Jean-Philippe (PU-PH)
CECCALDI Mathieu (PU-PH)
EUSEBIO Alexandre (PU-PH)
FELICIAN Olivier (PU-PH)
PELLETIER Jean (PU-PH)

PEDOPSYCHIATRIE; ADDICTOLOGIE 4904

DA FONSECA David (PU-PH)
POINSO François (PU-PH)

OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE 5501

DESSI Patrick (PU-PH)
 FAKHRY Nicolas (PU-PH)
 GIOVANNI Antoine (PU-PH)
 LAVIEILLE Jean-Pierre (PU-PH)
 NICOLLAS Richard (PU-PH)
 TRIGLIA Jean-Michel (PU-PH)

DEVEZE Arnaud (MCU-PH) Disponibilité

REVIS Joana (MAST) (Orthophonie) (7ème Section)

PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE 4502

DESSEIN Alain (PU-PH) Surnombre

CASSAGNE Carole (MCU-PH)
 L'OLLIVIER Coralie (MCU-PH)
 MARY Charles (MCU-PH)
 RANQUE Stéphane (MCU-PH)
 TOGA Isabelle (MCU-PH)

PEDIATRIE 5401

ANDRE Nicolas (PU-PH)
 CHAMBOST Hervé (PU-PH)
 DUBUS Jean-Christophe (PU-PH)
 GIRAUD/CHABROL Brigitte (PU-PH)
 MICHEL Gérard (PU-PH)
 MILH Mathieu (PU-PH)
 REYNAUD Rachel (PU-PH)
 SARLES Jacques (PU-PH)
 TSIMARATOS Michel (PU-PH)

COZE Carole (MCU-PH)
 FABRE Alexandre (MCU-PH)
 OUDIN Claire (MCU-PH)
 OVAERT Caroline (MCU-PH)

PSYCHIATRIE D'ADULTES ; ADDICTOLOGIE 4903

BAILLY Daniel (PU-PH)
 LANCON Christophe (PU-PH)
 NAUDIN Jean (PU-PH)

CHOLOGIE - PSYCHOLOGIE CLINIQUE, PSYCHOLOGIE SOCIALE 16

AGHABABIAN Valérie (PR)

RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE 4302

BARTOLI Jean-Michel (PU-PH)
 CHAGNAUD Christophe (PU-PH)
 CHAUMOITRE Kathia (PU-PH)
 GIRARD Nadine (PU-PH)
 GORINCOUR Guillaume (PU-PH)
 JACQUIER Alexis (PU-PH)
 MOULIN Guy (PU-PH)
 PANUEL Michel (PU-PH)
 PETIT Philippe (PU-PH)
 VAROQUAUX Arthur Damien (PU-PH)
 VIDAL Vincent (PU-PH)

REANIMATION MEDICALE ; MEDECINE URGENCE 4802

GAINNIER Marc (PU-PH)
 GERBEAUX Patrick (PU-PH)
 PAPAIZIAN Laurent (PU-PH)
 ROCH Antoine (PU-PH)

HRAIECH Sami (MCU-PH)

RHUMATOLOGIE 5001

GUIS Sandrine (PU-PH)
 LAFFORGUE Pierre (PU-PH)
 PHAM Thao (PU-PH)
 ROUDIER Jean (PU-PH)

**PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE -
PHARMACOLOGIE CLINIQUE; ADDICTOLOGIE 4803**

BLIN Olivier (PU-PH)
 FAUGERE Gérard (PU-PH) Surnombre
 MICALLEF/ROLL Joëlle (PU-PH)
 SIMON Nicolas (PU-PH)

BOULAMERY Audrey (MCU-PH)
 VALLI Marc (MCU-PH)

PHILOSOPHIE 17

LE COZ Pierre (PR) (17ème section)

PHYSIOLOGIE 4402

BARTOLOMEI Fabrice (PU-PH)
 BREGEON Fabienne (PU-PH)
 MEYER/DUTOUR Anne (PU-PH)
 TREBUCHON/DA FONSECA Agnès (PU-PH)

BARTHELEMY Pierre (MCU-PH)
 BONINI Francesca (MCU-PH)
 BOULLU/CIOCCA Sandrine (MCU-PH)
 DADOIN Frédéric (MCU-PH) (disponibilité)
 DEL VOLGO/GORI Marie-José (MCU-PH)
 DELLIAUX Stéphane (MCU-PH)
 GABORIT Bénédicte (MCU-PH)
 REY Marc (MCU-PH)

LIMERAT/BOUDOURESQUE Françoise (MCF) (40ème section) Retraite 1/5/2018
 RUEL Jérôme (MCF) (69ème section)
 STEINBERG Jean-Guillaume (MCF) (66ème section)
 THIRION Sylvie (MCF) (66ème section)

PNEUMOLOGIE; ADDICTOLOGIE 5101

ASTOUL Philippe (PU-PH)
 BARLESI Fabrice (PU-PH)
 CHANEZ Pascal (PU-PH)
 CHARPIN Denis (PU-PH) Surnombre
 GREILLIER Laurent (PU-PH)
 REYNAUD/GAUBERT Martine (PU-PH)

MASCAUX Céline (MCU-PH)

TOMASINI Pascale (Maitre de conférences associé des universités)

THERAPEUTIQUE; MEDECINE D'URGENCE; ADDICTOLOGIE 4804

AMBROSI Pierre (PU-PH)
 BARTOLIN Robert (PU-PH) Surnombre
 VILLANI Patrick (PU-PH)

DAUMAS Aurélie (MCU-PH)

UROLOGIE 5204

BASTIDE Cyrille (PU-PH)
 KARSENTY Gilles (PU-PH)
 LECHEVALLIER Eric (PU-PH)
 ROSSI Dominique (PU-PH)

Dédicaces

Mr le Pr DA FONSECA,

Merci de m'avoir fait l'honneur de diriger ce travail de thèse et d'être le président de mon jury.

Merci de m'avoir transmis votre passion de la psychiatrie, et votre vision humaniste, dynamique et positive de la discipline. Merci de m'avoir accompagné dans toutes les étapes de ce travail avec patience et bienveillance.

Mr le Pr Naudin,

Merci de m'avoir fait l'honneur de participer à mon jury de thèse.

J'espère avoir la chance de collaborer de nouveau avec vous et votre équipe.

Mr le Pr Le Coz,

Merci de m'avoir fait l'honneur d'apporter votre expertise à ce jury de thèse.

Merci pour vos enseignements passionnants tout au long de mon cursus d'étudiant en médecine.

Mr le Pr Bailly,

Merci de m'avoir fait l'honneur de participer à mon jury de thèse

J'espère avoir le plaisir de travailler avec vous à l'avenir.

Mr le Dr Guinard,

Merci de m'avoir fait l'honneur de participer à mon jury de thèse.

Merci de la confiance que vous m'accorder en m'intégrant à votre équipe.

Mme le Dr Benoit de Coignac,

Merci de m'avoir fait l'honneur de participer à mon jury de thèse.

Merci pour ces moments passé à travailler et à lutter ensemble. Merci pour ta confiance en moi.

A ma famille

Merci à mes parents pour m'avoir éduqué, soutenu et supporté jusqu'à présent, j'ai moi même du mal à croire que j'ai pu rester 30 ans à l'école. Merci à ma mère pour sa confiance et son soutien à tout épreuve, surtout depuis que j'ai passé la première année de médecine. Merci à mon père pour son assurance dans ma réussite depuis le début des études de médecine. Au fait papa, maintenant je crois qu'il est temps de dire aux gens que j'ai choisi psychiatrie. Merci à vous deux de m'avoir mis à la musique, même si vous vous en mordez les doigts maintenant.

Jean-Michel, merci de m'avoir aidé à redresser la barre quand c'était encore temps, je te dois tant. Moins merci pour m'avoir cassé les dents quand on était enfants.

Léa merci d'avoir été à mes côtés à tous les instants, c'est grâce à toi que je finis ces p***** d'études. Merci pour l'amour que tu me portes. Merci pour ta confiance en moi, merci d'accepter un compagnon mi musicien/mi psychiatre. Prête pour le passage à 100% Musicien?

Merci à mes grands parents. Mémé ta sagesse est une inspiration de tous les instants, désolé de te causer du soucis avec "mes malades".

Sauveur, Monique, Fred et Claire merci pour tous ces moments en famille autour d'un bon repas et de discussions enflammées à haut volume sonore.

Merci à mon oncle Jean Jacques, psychiatre et musicien, pour les cours de contrebasse, d'harmonie et pour les moments musicaux passés ensemble. Peut être qu'on pourra parler de psychiatrie de temps à autre?

Marc, Jacquie, Flora et Robin merci d'être ma deuxième famille, de m'avoir toujours accueilli, même dans les moments critiques, avant le concours de l'internat et avant de rendre ma thèse.

Dominique, Isabelle, Chloé et Milena, merci d'être ma troisième famille. Merci Isabelle pour ta fraîcheur et ta bienveillance. Merci Papa Dom pour ces discussions et ces lectures qui font réfléchir autrement, et pour l'appartement que tu construis patiemment.

A mes amis

Merci à Robin, Maxime, Babou, Louis et Basile, amis depuis toujours. Merci pour ces moments innombrables de rigolade et de fête, aux fins plus ou moins glorieuses. Maxime je crois que tu as tout compris à la psychiatrie.

Bruno, t'inquiète on va tous les n****.

Jérôme, David, Raphaël, Jean-Charles mes amis et partenaires de Jazz, paradoxalement les personnes que je vois le plus et avec qui je discute le moins. C'est pas grave la musique suffit! Vous êtes tous les quatre des modèles que je m'efforce de suivre.

Jean Bernard, Jean Luc merci d'avoir été mes professeurs de musique et surtout de m'avoir aidé à grandir et à mieux me connaître.

Gabriel, merci pour cette préparation de l'internat hors norme, pour cette traversée de l'Europe de l'est et pour tout le reste.

"Les psys" Camille, Mouna, Laurent et Matthieu merci d'avoir été présents aux apéros comme il se doit, pour échanger sur des sujets hautement philosophiques. Même si je sais que vous avez arrêté d'espérer que je sois un jour docteur.

Agathe merci pour ta présence et ton humour à USI-Lanta, sans conteste le moment le plus douloureux de mes études.

A ceux qui m'ont fait aimer la psychiatrie.

Merci Jean-Marc Chabannes, Hanna Sananes, Noé Jedwab, Jean-Marc Henry, Delphine Lassus, Agathe Benoit de Coignac, Matthieu Pariggi, Hélène Pigeon, Flora Bat, Marion Brousse, Chloé Jover, Charlotte Diruggiero, Chritianne Sapor, Nathalie Maisetti pour m'avoir transmis votre passion de la psychiatrie tout au long de mon parcours d'interne.

A ceux qui ont participé à ce travail :

Merci Catarina et Isabelle pour m'avoir aidé tout au long de ce travail. Merci pour vos réponses à mes dizaines d'emails pleins d'angoisse.

A ceux que j'ai oublié :

Merci de ne pas me crever les pneus.

Table des matières

I Introduction :	4
1. La relation soignant soigné	4
2. Les théories implicites	5
3. Théories Implicites de la personnalité	5
4. Les théories implicites de l'intelligence	7
5. Théories Implicites de l'intelligence et réussite scolaire	8
6. Théories Implicites de l'intelligence et psychopathologie	8
7. Influence des théories implicites de l'enseignant.	9
8. Stéréotypes de la maladie mentale	10
9. Stéréotypes et théories implicites	14
10. Les théories implicites de la maladie mentale.	16
11. Objectif de l'étude	16
II Matériel et méthode	18
1. Design de l'étude	18
2. Participants	18
3. Mesures	18
Questionnaire des Théories implicites de l'intelligence (TIDI)	18
Questionnaire des théories Implicites de la maladie mentale (TIMM)	19
Questionnaire des stéréotypes de la maladie mentale (CAMI)	20
Données sociodémographiques	20
4. Analyse statistique	20
5. Aspects éthiques et réglementaires	21
III Résultats	22
1. Participants	22

Caractéristiques sociodémographiques.....	22
2. Cohérence interne, analyse factorielle, analyse en composantes principales. .	24
3. TIMM, TIDI et CAMI	27
Moyennes des scores TIMM par section.....	27
Age	28
Genre	29
Années de travail en psychiatrie.....	29
Profession	29
TIMM et CAMI	31
TIMM et TIDI	32
TIDI et CAMI.....	32
IV Discussion.....	33
1. Résultats principaux	33
Théorie Implicites et Stéréotypes	33
2. Résultats secondaires	34
Cohérence interne et validation de l'échelle TIMM.....	34
Données sociodémographiques	35
Théories implicites de l'intelligence	36
3. Limites.....	37
Absence de perdus de vue.....	37
Validité Ecologique	37
Représentativité de l'échantillon.....	38
4. Perspectives	38
Indépendance du concept de théories implicites de la maladie mentale.....	38
Evaluation des théories implicites de la maladie mentale chez les personnes souffrant de maladie mentale.....	38
Evaluation de l'influence des théories implicites du soignant sur celles du soigné.....	39

Impact dans la pratique	39
VI Annexes.....	41
1. TIDI.....	41
2. Questionnaire des TIMM	42
3. Echelle CAMI.....	43
4. Statistiques descriptives de chaque item de l'échelle TIMM.....	44
VII Bibliographie	45

I Introduction :

1. La relation soignant soigné

"Bien évidemment, il n'est pas indifférent pour un médecin de rencontrer quelqu'un dont il pense qu'il ne peut pas être guéri, pas plus qu'il n'est indifférent pour le malade de rencontrer un médecin qui le pense incurable." Commente la psychologie J. Morel Cinq-Mars à propos de l'ouvrage de Carlos Parada "Toucher le cerveau, changer l'esprit". Carlos Parada y décrit la transformation profonde de la représentation de la schizophrénie au début du XXème siècle. A cette période, cette maladie perçue comme potentiellement curable (en effet certains auteurs de l'époque publient des descriptions de guérisons) mute en une pathologie chronique incurable nécessitant des traitements au long cours ou radicaux tels que la psychochirurgie. Dans cet ouvrage, Carlos Parada ne prétend pas comparer l'efficacité concrète des traitements mais il y étudie leur rôle dans l'évolution des représentations sociales de la maladie mentale (1).

L'importance des représentations de la maladie mentale du soignant et du soigné ainsi que la manière dont elles interagissent est ici bien mise en avant. La psychiatrie étant une discipline principalement relationnelle, la relation entre le soignant et soigné y est centrale, quel que soit le cadre théorique de cette collaboration. Les représentations du soignant et celles du patient interagissent, et cette interaction est un sujet de recherche et de questionnement central en psychanalyse (transfert)(2), en thérapies cognitivo-comportementales (alliance thérapeutique)(3), en thérapies humanistes (regard positif inconditionnel) (4), en psychologie médicale, en thérapie motivationnelle etc. D'ailleurs quelle que soit l'approche psychothérapeutique utilisée, la qualité de l'alliance thérapeutique est un des facteurs déterminants de l'efficacité de la relation psychothérapeutique (5).

Dans ces recherches, le domaine d'intérêt principal est le soignant, car c'est lui qui peut repérer et moduler ses réactions : contre transfert, rapport collaboratif, impasses relationnelles (6). Ces représentations se construisent par le biais de l'histoire personnelle du thérapeute, de son éducation, de sa formation (7), mais sont aussi nourries par le contexte social explicite et implicite du moment (8). Les travaux sur les théories implicites nous apportent un éclairage nouveau sur cette relation, par l'analyse d'une relation analogue, la relation enseignant/élève.

2. Les théories implicites

En s'inspirant des travaux précurseurs de la psychologie sociale cognitive de Solomon Ash (1946), Lee Cronbach (1955, théories implicites de la personnalité) et de Fritz Heider (1958; common sense psychology), Carol S. Dweck définit le concept de théories implicites qui correspond à notre perception et à notre compréhension intuitive des caractéristiques humaines (9). Depuis, de nombreuses recherches dans le domaine ont utilisé une terminologie apparentée : théories naïves (naive theory) et théories laïques (lay theory) qui sont plus utilisées en psychologie sociale et en psychologie expérimentale (10), alors que les termes théories implicites (implicit theory) et état d'esprit (mindset) (11) sont largement utilisées en psychologie de l'éducation (12) et du développement (13) . Nous choisirons ici le terme de théorie implicite car il englobe tous les aspects de ce construit, il reste encore le terme le plus utilisé et celui qui a été proposé en premier lieu par Dweck et ses collègues. Pour définir les deux polarités de ce concept nous utiliserons les termes de théorie incrémentielle et de théorie de l'entité puisque ceux-ci font clairement référence à la recherche sur la malléabilité et la fixité des caractéristiques humaines (14).

Du point de vue des théories implicites, les individus présentent différentes représentations des caractéristiques humaines (comme l'intelligence, la personnalité). Les individus avec une théorie incrémentielle croient que ces caractéristiques peuvent évoluer dans le temps et se développer, alors que les individus qui adhèrent à une théorie de l'entité perçoivent ces caractéristiques comme stables et peu modifiables (9). De nombreuses études montrent que ces théories sont spécifiques d'un domaine(15,16). Par exemple un individu peut avoir une théorie de l'entité concernant la nature de l'intelligence et une théorie incrémentielle de la personnalité. Quel que soit le domaine, ces croyances ont un rôle crucial dans le système de motivation, la réussite académique (9,17), les cognitions sociales (17–19), les stéréotypes (20), le self control (21) et l'agressivité (22). Les théories implicites sont donc un facteur d'explication important de la manière dont une personne interprète, explique et prédit les comportements humains.

3. Théories Implicites de la personnalité

Les théories implicites de la personnalité correspondent aux mécanismes et aux processus intuitifs mis en place par un individu pour former une impression de la

personnalité d'une personne à partir d'informations préliminaires et partielles (23). Bien que cette impression globale puisse dépendre du contexte, la plupart des individus manifestent une tendance à tirer les mêmes conclusions dans des situations très diverses. Il n'y a pas une seule théorie implicite de la personnalité partagée par tous, chaque individu se formant son opinion de manière unique (24). Cependant certaines caractéristiques des théories implicites de la personnalité sont communes à tous les individus, ou à certains groupes d'individus. Ainsi, ces caractéristiques communes permettent de prédire l'impression globale qu'une personne se fera de la personnalité d'une autre (25). Solomon Asch est l'un des premiers psychologues à avoir largement exploré le concept de formation d'impressions. Ses recherches, qui remontent au milieu des années 1940, ont fourni un grand nombre de données expliquant les facteurs qui affectent ce processus. Ses travaux ont joué un rôle important dans l'établissement de bases pour la recherche moderne sur les théories implicites de la personnalité (26).

Les revues de la littérature concernant la formation de ces différentes théories implicites mettent l'accent sur la nature des commentaires reçus par l'enfant en provenance des adultes impliqués dans son éducation (27,28). Les analyses conduites par Bruner (29) ont depuis longtemps montré que ces commentaires font partie intégrante des conduites d'étayage proposées par les adultes pour accompagner l'enfant en situation de résolution de problème : ils contribuent à interpréter pour l'enfant les raisons de sa performance (de ses réussites comme de ses échecs). Par leur récurrence et leur régularité, ils offrent à l'enfant un cadre interprétatif structurant, susceptible d'influencer l'élaboration de ses théories naïves. Lorsque ces commentaires sont principalement centrés sur les processus de résolution de problème (e.g. efforts engagés, stratégies déployées), ceux-ci alimenteraient une conception dynamique de l'intelligence. A l'inverse, un registre de commentaires régulièrement orientés vers les qualités intrinsèques de l'enfant pourrait contribuer à donner naissance aux théories statiques. Deux types de données empiriques sont avancés par Dweck pour appuyer cette hypothèse : certaines études (30) ont exploré la perception intériorisée des commentaires parentaux par les enfants, d'autres (31) ont démontré qu'il était possible d'induire expérimentalement l'adhésion à une théorie implicite en faisant varier la nature des commentaires fournis (32).

Bien que les théories implicites soient décrites comme étant relativement stables au cours du temps (sur 2 semaines (15), sur 2 ans (33)) et considérées le plus souvent comme des dispositions chroniques (34) certains travaux montrent qu'elles sont malléables, comme d'autres croyances. Certaines théories implicites spécifiques ont été induites temporairement par certaines manipulations (17,18,20), et des interventions dans la vie réelle comme les programmes d'entraînement de l'état d'esprit ont montré qu'ils pouvaient amener des changements à long terme des théories implicites(13,22). En parallèle de ces interventions, les rapports sociaux peuvent également avoir un impact sur le développement des théories implicites des individus (31,35).

4. Les théories implicites de l'intelligence

La théorie de l'entité de l'intelligence correspond à la croyance selon laquelle l'intelligence est l'expression de qualités de base relativement stables et générales, liées à un don, définissant un trait fixe, non contrôlables et que l'on ne peut pas changer. L'élève qui développe cette théorie pense que bien qu'il puisse apprendre de nouvelles choses, son niveau d'intelligence sous-jacent reste le même. Toute l'attention de l'élève est donc exclusivement centrée sur les résultats qu'il interprète comme un indice de son intelligence. Il a également une forte tendance à attribuer ses faibles performances à de médiocres capacités intellectuelles. Face à l'échec, l'élève va logiquement développer des comportements inadaptés pour éviter de démontrer ses faiblesses. En revanche, la théorie incrémentielle correspond à la croyance selon laquelle l'intelligence est une qualité améliorable, contrôlable que l'on peut augmenter grâce à l'effort et au travail. Pour un enfant ayant une théorie incrémentielle, l'essentiel est d'apprendre de nouvelles choses et d'augmenter ses capacités. Les mauvais résultats sont des indicateurs de ce qu'il doit travailler. Ainsi, il attribue ses erreurs à des processus spécifiques comme le manque d'effort ou de stratégies ; face à un échec, l'élève utilise des stratégies adaptées (36).

La théorie incrémentielle (versus théorie de l'entité) augmente la motivation des étudiants pour l'apprentissage et les conduit à rechercher les défis plutôt qu'à les éviter (37), ce qui augmente leur persévérance et leurs performances face aux difficultés dans différents domaines comme l'éducation (13), les affaires (38), la santé (39), les relations interpersonnelles (40) et les sports (41).

5. Théories Implicites de l'intelligence et réussite scolaire

La recherche a montré qu'il y avait une corrélation entre les théories implicites de l'intelligence et les résultats scolaires des étudiants (42,43). Les études s'intéressant aux différentes modalités de réponse des étudiants ayant une théorie implicite de l'entité ou incrémentielle ont mis en évidence qu'une théorie de l'intelligence plus malléable et dynamique a tendance à être associée à des taux plus élevés d'engagement dans la scolarité (44), à des buts d'apprentissage orientés vers l'amélioration (45), à des stratégies orientées vers la maîtrise (43), de dépassement des difficultés individuelles (46), à la réussite scolaire (13,43,47) et à moins de comportements d'auto handicap (48). Dweck et Legget suggèrent que les théories implicites peuvent prédire directement la réussite en influençant certains mécanismes d'autorégulation en réponse aux menaces envers l'ego (45).

Dans une méta analyse de 2018 ayant pour but de modéliser le lien entre théories implicites de l'intelligence et réussite scolaire chez les étudiants, Ana Costa et Luisa Faria montrent qu'indépendamment de leur niveau de QI (33,49,50), les étudiants ayant une théorie incrémentielle sont plus à même d'avoir des notes plus élevées dans des domaines spécifiques (langues, littérature et mathématiques) et d'avoir une meilleure réussite globale (51). Cury et al.(52) ont montré qu'une induction de la théorie incrémentielle chez des adolescents augmentait leur performances à un test de QI, montrant ainsi l'impact concret des théories implicites et mettant en évidence une corrélation entre la croyance en la malléabilité de l'intelligence et les performances à un test mesurant cette même intelligence.

6. Théories Implicites de l'intelligence et psychopathologie

En psychopathologie, chez les élèves ayant un trouble anxieux généralisé, une induction de la théorie incrémentielle conduit, comme chez les adolescents sans troubles caractérisés, à une augmentation des performances à un test de QI, et à une diminution de l'anxiété (53). En étudiant le lien entre théories implicites, anxiété et dépression chez 244 collégiens, Da Fonseca et al. (54) ont montré que la théorie de l'entité de l'intelligence est un facteur prédictif de la dépression et que l'anxiété constitue un médiateur de la relation entre théorie de l'entité de l'intelligence et dépression. De plus chez les enfants d'âge scolaire présentant un trouble de l'apprentissage (de type dyslexique), la conviction que l'intelligence peut être modifiée par l'effort et l'apprentissage est moins prégnante que chez des enfants de

même âge (32). Chez les enfants de 8 à 11 ans présentant un trouble oppositionnel avec provocation (TOP) et des difficultés scolaires une manipulation induisant une théorie incrémentielle (mise en avant de la théorie incrémentielle et des possibilités de développement personnel) a permis une amélioration des performances scolaires par rapport à un groupe contrôle (55).

Dans une méta-analyse de 2015 sur les liens entre troubles psychiatriques et théories implicites, Schleider et al. mettent en lumière que les enfants qui adhèrent à une théorie de l'entité présentent plus de troubles psychiatriques (56). Cabello et al. (16) confirment les données actuelles de la littérature qui montrent que les théories incrémentielles de l'intelligence et des émotions contribuent à orienter les individus vers l'apprentissage et le développement. Par ailleurs ils illustrent comment les théories implicites des émotions et de l'intelligence émotionnelle des adultes influencent leur résultats au Mayer-Salovey-Caruso Emotional Intelligence Test (MSCEIT), les théoriciens incrémentiels ayant des scores à ce test d'intelligence émotionnelle plus élevé, et sont moins soumis à l'impact des facteurs socio-démographiques que sont le sexe et l'âge. Cette étude permet de fournir une explication au lien entre théories implicites et psychopathologie.

7. Influence des théories implicites de l'enseignant.

Il est évident que la motivation est un processus intra-personnel, mais il reflète également des processus interpersonnels (37). Plusieurs études rapportent que la qualité de la motivation des étudiants dépend au moins en partie de leurs relations avec leur enseignant et du climat établi par celui-ci dans la classe (57–61). Lorsque les enseignants présentent une théorie de l'entité des compétences académiques, cela empêche un climat favorable à l'autonomie (autonomy supportive climate) de s'installer dans leur classe (ce même climat qui permet aux étudiants de développer leur motivation intrinsèque). A l'opposé, la croyance que les compétences des élèves peuvent être améliorées par leurs efforts facilite ce climat de manière indirecte, en agissant positivement sur le sentiment d'efficacité personnelle des enseignants (62).

En explorant les théories implicites des enseignants avec test implicite (single target association test) Mascret, Roussel et Cury (63) ont mis en avant qu'il y avait chez les enseignants en science une association implicite négative entre "intelligence" et les stimuli de la catégorie «modifiable» alors que les enseignants de français et d'histoire ne montraient aucun lien entre ces deux variables. Le stéréotype du don des

mathématiques, et l'intelligence scientifique fixe et innée, constitue une piste d'explication de ce phénomène (64–66).

De plus, les adultes présentant une théorie de l'entité (ou fixe) des habiletés ont plus tendance à diagnostiquer des traits stables chez les personnes, et souvent d'après des informations préliminaires. En revanche ceux qui présentent une théorie incrémentielle (malléable) sont plus ouverts aux informations concernant le changement dans le temps (67–69). Par exemple les enseignants en mathématiques ayant une théorie de l'entité de l'intelligence concluent plus rapidement que leurs élèves ont de faibles capacités en mathématiques par rapport aux enseignants ayant une théorie incrémentielle. En outre ils ont plus tendance à maintenir à leur niveau ces étudiants et à utiliser des stratégies de réconfort (leur donner moins de travail à la maison, les interroger moins) qui sont peu à même de promouvoir leur engagement dans cette matière. Les étudiants, en réponse à ces retours réconfortants perçoivent la théorie de l'entité et les attentes moins élevées de leurs enseignants et ont tendance à diminuer leur propres objectifs et leur motivation (70).

8. Stéréotypes de la maladie mentale

La Convention des Nations Unies relative au droit des personnes souffrant de handicap (CPRD) définit la stigmatisation comme un processus d'oppression sociale privant les personnes atteintes de maladie mentale (ou d'un autre handicap) d'interactions sociales par le biais de la discrimination, de l'exclusion et du déni de leurs droits humains et sociaux (71).

Bien que la fermeture des hôpitaux psychiatriques à la fin des années 1940 et le développement des soins communautaires aient conduit à une réduction de la stigmatisation des malades mentaux (72), les stéréotypes actuels représentent toujours les malades mentaux comme coupables, incompetents, imprévisibles et violents (73). De plus, les explications biologiques actuelles de la maladie mentale peuvent avoir renforcé l'idée que les personnes atteintes de maladie mentale ont un problème d'origine génétique et ne peuvent donc pas guérir complètement. En effet, la société se représente la maladie mentale à travers l'image donnée par la presse, les médias et le cinéma où les malades mentaux sont souvent décrits comme des personnages imprévisibles, violents et dangereux (71).

Associer la maladie mentale et la violence ne fait que perpétuer les préjugés, la discrimination, le danger et l'imprévisibilité chez les sujets victimes de cette stigmatisation (cf. menace du stéréotype). Bien que les personnes souffrant de maladie mentale ne soient plus tatouées ou emprisonnées systématiquement de nos jours, elles portent toujours les stigmates de leur pathologie par l'intermédiaire de la pauvreté et de la privation de leurs droits civiques. Les malades mentaux sont également souvent victimes de discrimination de diverses manières, tels que la criminalisation abusive de leurs actes, le chômage et d'autres formes d'intolérance sociale (74) que sont les stéréotypes ou les préjugés (75). Par conséquent, la stigmatisation est un sérieux obstacle à la santé mentale et à sa prise en charge. En effet, Sartorius (76) et Weiss et al. (77) affirment que les personnes souffrant de maladie mentale se voient plus souvent refuser un emploi et un logement par les propriétaires et les employeurs ayant des préjugés et des stéréotypes vis à vis de la maladie mentale.

De plus, la stigmatisation peut conduire à une "auto-stigmatisation" chez les personnes atteintes de maladie mentale, c'est à dire une stigmatisation intériorisée qui conduit à une diminution de l'estime de soi et à une exclusion sociale et professionnelle (78,79). L'auto-stigmatisation est corrélée à l'absence d'emploi, aux revenus liées à l'invalidité, à la durée de la pathologie et à l'absence d'adhésion au traitement médicamenteux, les patient prenant leur traitement régulièrement présentant un niveau moindre d'auto-stigmatisation (80). Celle-ci est évoquée par Schandrin et Al. comme un potentiel facteur explicatif, médié par la dépression, de l'agressivité accrue des patients schizophrènes ayant un insight élevé de leur maladie en comparaison des patients présentant conscience moindre de leurs troubles (81). Dans une revue de la littérature de 2014 Boyd et Al. mettent en évidence qu'un niveau élevé d'auto-stigmatisation est corrélé à de plus de dépression, une estime de soi plus basse et à une plus grande sévérité des symptômes (82).

Depuis 1975, l'Organisation mondiale de la santé et le Conseil de l'Europe reconnaissent l'importance de la promotion de la santé mentale et des soins de santé ainsi que les liens dangereux entre la maladie mentale et marginalisation sociale (83).

En 2005, l'OMS a publié une Déclaration sur la santé mentale pour l'Europe intitulée "Santé mentale: relever les défis, construire des solutions". Ce document a souligné et a réitéré l'importance de lutter contre la stigmatisation et la discrimination aux côtés de celle de la sauvegarde des droits de l'homme et de la dignité des personnes atteintes de maladie mentale. Cette résolution souligne la pertinence des politiques législatives et des interventions thérapeutiques par des professionnels de la santé, toutes deux indispensables pour un retour à un rôle social à part entière chez les personnes à risque ou affectées par une maladie mentale ou une invalidité. Malgré des améliorations culturelles continues et un meilleur accès à l'information, la stigmatisation de la maladie mentale persiste et reste donc un sujet de débat (84). Par rapport au grand public, le taux de mortalité et de comorbidités chez les personnes atteintes de maladie mentale est significativement plus élevée (85). Ces études mettent en évidence à quel point la santé mentale et la santé physique sont corrélées.

Bien que les neurosciences modernes aient depuis longtemps réfuté la conception cartésienne de la division corps /esprit, celle-ci persiste encore dans les attitudes des professionnels de la santé (86). Ross et Goldner (87) attirent l'attention sur ce problème, en mettant en avant que les plaintes somatiques des malades mentaux sont peu prises en compte et souvent confondues avec des plaintes psychologiques.

Des études observationnelles montrent comment les professionnels de la santé participent à la stigmatisation. En effet, de nombreux infirmiers semblent partager les stéréotypes sur la maladie mentale tels qu'ils sont décrits dans le grand public et dans les médias, de sorte que les malades mentaux sont souvent perçus comme dangereux, imprévisibles, violents et bizarres. Certains infirmiers adhèrent à l'idée que la maladie mentale est due à un manque de volonté affectant la personnalité et conduisant à des comportements paresseux ou malhonnêtes (79,88,89). Dans le domaine médical la stigmatisation de la maladie mentale constitue un obstacle majeur pour la prise en charge par les médecins généralistes des patients ayant une pathologie psychiatrique. Les étudiants en médecine présentent une attitude généralement négative envers cette population (90).

Plusieurs études ont montré comment certains médecins et infirmiers peuvent percevoir l'utilisation de ressources de santé pour aider des personnes qui souhaitent mourir comme du gaspillage (87,91,92). Ces personnes affirment également qu'il

existe des moyens "meilleurs" ou "plus constructifs" d'utiliser cet argent, par exemple sur des sujets "qui le méritent plus" ou atteints de "vraies maladies" (88,92,95). Loch et Al identifient parmi 1414 psychiatres brésiliens trois profils de stéréotypes vis à vis de la schizophrénie. La moitié d'entre eux (606) expriment un niveau de stéréotypes négatifs élevés envers les patients souffrant de schizophrénie avec un fort niveau d'exclusion et de préjudice perçu. 471 présentaient un score d'exclusion sociale moins élevé, bien qu'ils soient en accord avec les soins sans consentement, et seulement 337 percevaient la schizophrénie de manière positive (97). Fait intéressant, les professionnels de santé qui travaillent dans le domaine de la santé mentale sont souvent stigmatisés par association, à la fois par les médias qui perpétuent le stéréotype de la santé mentale destinée à une main-d'œuvre peu qualifiée (98) et par les professionnels travaillant en soins somatiques, qui classent les soins psychiatriques comme inférieurs aux autres spécialités. En effet, Peplau rapporte que les infirmiers travaillant en psychiatrie sont souvent décrits comme étant étranges (99), il en va de même pour les psychiatres qui sont souvent dénigrés parmi les spécialités médicales (100). Il n'est donc pas surprenant que la psychiatrie soit une des spécialités les moins populaires, avec une désertion des postes de psychiatre aux Etats Unis notamment (101) et très peu d'infirmiers travaillant en psychiatrie intéressés pour continuer leur carrière dans cette discipline (102–104).

La menace du stéréotype (stereotype threat)

La menace du stéréotype est un effet psychologique qui s'exprime quand l'activation d'un stéréotype négatif à propos d'un groupe social dans un domaine précis conduit à des performances sous-optimales chez les membres de ce groupe. (105,106). Depuis son introduction dans la littérature, la menace du stéréotype est devenue l'un des sujets les plus étudiés dans le domaine de la psychologie sociale (107). Il a été démontré que la menace du stéréotype réduit les performances des individus appartenant à des groupes stéréotypés négativement (108,109). Si des stéréotypes négatifs sont présents concernant un groupe spécifique, les membres du groupe risquent d'être anxieux vis à vis de leurs performances, ce qui peut entraver leurs capacités à réussir une tâche à hauteur de leurs compétences maximales. De plus cet effet est présent même si l'individu n'est pas explicitement en accord avec ce stéréotype. L'anxiété induite par l'activation du stéréotype serait la cause de la diminution des performances causant un épuisement de la mémoire de travail (110).

Par exemple le fait de questionner un individu ayant eu des troubles psychiques sur ses antécédents psychiatriques avant un test de QI diminue sa performance à ce même test. Alors que les individus n'ayant pas eu de troubles psychiatriques par le passé voient leur performance inchangée (111).

9. Stéréotypes et théories implicites

Levy et Stroesser ont étudié en 1998 le lien entre théories implicites et stéréotypes raciaux et professionnels (20). Bien que les individus ayant une théorie de l'entité et une théorie incrémentielle aient la même connaissance des stéréotypes raciaux affectant les Afro américains et de leurs connotations, ils présentent des niveaux de croyance significativement différents. Les individus ayant une théorie de l'entité adhèrent plus fortement aux stéréotypes raciaux qu'ils soient positifs ou négatifs. De plus les personnes adhérant à une théorie de l'entité, lorsqu'ils se forment une impression fondamentalement positive ou négative d'un groupe social sur la base d'informations préliminaires, ont tendance à juger ce groupe de manière plus extrême sur des critères globaux (bon ou mauvais) ou spécifiques (sérieux, méticuleux, intelligent) que les personnes détenant une théorie incrémentielle. En outre, les théoriciens de l'entité émettent des jugements plus rapidement et se disent plus facilement satisfaits de la qualité et la quantité des informations fournies pour tirer ces conclusions. Ces perceptions différentes des groupes en fonction de la théorie implicite sont également évidentes lors d'un interrogatoire ouvert concernant le groupe social étudié; les théoriciens de l'entité utilisent plus de qualificatifs différents pour décrire le groupe et choisissent des termes plus extrêmes que les théoriciens incrémentiels. Les théories implicites permettent également de prédire les différences sur une mesure de la variabilité perçue, une composante clé des stéréotypes. Par rapport à leurs homologues incrémentaux, les théoriciens de l'entité perçoivent les membres d'un même groupe comme étant plus similaires.

Levy et Stroesser ont également cherché à déterminer si la prédiction du taux d'adhésion aux stéréotypes raciaux et professionnels par les théories implicites n'était pas confondue avec d'autres variables connues pour être associées aux stéréotypes comme l'autoritarisme de droite (112,113), le besoin personnel de structure (114), la complexité attributionnelle (115), le besoin d'évaluer (116), le besoin de connaissance (117), et le besoin de certitude (need for cognitive closure) (118). Il s'avère que les théories implicites ne sont pas redondantes avec ces autres

variables individuelles liées aux stéréotypes, et qu'elles permettent de prédire de manière indépendante la variance du taux d'adhésion aux stéréotypes raciaux et professionnels, après contrôle de la contribution de ces autres variables. Cela suggère que les théories implicites permettent de comprendre pourquoi certaines personnes ont tendance à adopter des stéréotypes sociaux plus marqués que d'autres.

Aronson et al. se sont penchés sur l'influence des théories implicites de l'intelligence sur la menace du stéréotype, connue pour impacter négativement les résultats scolaires des étudiants noirs américains. En induisant chez ces étudiants une théorie implicite incrémentielle de l'intelligence, ceux-ci rapportaient plus de motivation et de plaisir à étudier, et des résultats plus élevés que les groupes contrôle (induction d'une vision de l'intelligence comme multiple et aucune induction) (119).

Rydell et Al. ont étudié les conséquences de l'adhésion à une théorie implicite de l'entité (la croyance que les caractéristiques d'un groupe sont fixes) ou incrémentielle à propos d'un groupe d'individus en termes de stéréotypes et de perception de l'entitativité de ces groupes. L'entitativité est la propriété d'un groupe humain de former une unité où les individus paraissent interchangeable (120). Cette étude a montré que les théories implicites affectent la tendance à utiliser des stéréotypes en modulant la perception de l'entitativité de ces groupes. Les théoriciens de l'entité ont plus tendance à stéréotyper que les théoriciens incrémentiels, par l'intermédiaire d'une perception majorée de l'entitativité de ces groupes. De plus lorsqu'on induit une théorie implicite de l'entité chez des individus, ceux-ci ont une perception plus entitative des groupes d'individus et émettent plus de stéréotypes (121).

La corrélation entre stéréotypes raciaux et théories implicites est connue dans le domaine de l'intelligence. Par exemple Laura Froehlich a montré le lien entre les théories implicites de l'intelligence et la menace du stéréotype. La menace du stéréotype représente l'effet psychologique qu'un stéréotype peut avoir sur une personne visée par celui-ci. Dans le cadre d'une évaluation de l'intelligence verbale, l'expression plus marquée de la théorie de l'entité chez les allemands d'origine turque les rendaient plus sensible à la menace du stéréotype, et impactait leurs résultats de manière négative. En revanche les étudiants originaire d'Allemagne était marqués d'un effet positif du stéréotype, c'est à dire d'une augmentation de leur performance (122).

10. Les théories implicites de la maladie mentale.

La maladie mentale est un construit social inhérent à la nature humaine comme en témoignent les traitements et les descriptions de l'ère préhistorique (123), antique (124), médiévale (125) et actuelles. On retrouve des descriptions de la maladie mentale qui attestent de sa répartition ubiquitaire à travers le monde que ce soit en Europe, en Chine (126), Afrique (127), en Inde (128), ou au moyen orient (124). Ce concept qui apparaît tôt chez l'enfant, avec un repérage des troubles mentaux dès l'âge pré-scolaire via leurs manifestations comportementales, est influencé par les remarques et attitudes parentales, les stéréotypes sociaux et est compris et assimilé sous la forme de théories naïves et implicites (129).

Le concept de maladie mentale partageant des caractéristiques similaires aux concepts de personnalité et d'intelligence, l'hypothèse peut être faite que les enfants et les adultes adhèrent à une théorie implicite de la maladie mentale, définie comme la vision intuitive et partiellement consciente qu'un individu se constitue de la maladie mentale. Les deux polarités de ce construit psychologique sont, comme dans le domaine de l'intelligence ou de la personnalité, la théorie incrémentielle pour laquelle la maladie mentale est modifiable et la théorie de l'entité où la maladie mentale est fixe et non modifiable.

11. Objectif de l'étude

La qualité de la relation soignant soigné en psychiatrie est centrale, et les attitudes du soignant en sont le déterminant principal. Nous avons vu que les théories implicites de la personnalité permettent de comprendre et de prédire la manière dont un individu appréhende les comportements humains.

D'autre part les théories implicites de l'intelligence permettent d'expliquer les attitudes des élèves face au travail, à l'effort, aux échecs et fournissent un éclairage sur les difficultés des élèves ayant une pathologie psychiatrique, sur l'apparition de troubles psychiques en situation scolaire et sur la régulation émotionnelle. Ces mêmes théories implicites sont influencées par les théories implicites des enseignants, au sein de la relation enseignant/élève.

Les études montrent que les stéréotypes de la maladie mentale et l'auto-stigmatisation ont un impact majeur en termes d'exclusion sociale et de baisse de l'estime de soi chez les patients souffrant d'une pathologie psychiatrique et mettent

en avant l'existence de stéréotypes chez les soignants dans le domaine de la psychiatrie. Par ailleurs les théories implicites de l'intelligence et de la personnalité sont corrélées au niveau de stéréotypes dans de nombreux domaines (raciaux, professionnels, psychiques).

La notion de maladie mentale étant ubiquitaire et inhérente à la nature humaine nous définissons les théories implicites de la maladie mentale comme les représentations intuitives de la maladie mentale comme fixe (théorie de l'entité) ou malléable (théorie incrémentielle).

Puisque les théories implicites de la personnalité permettent de prédire l'adhésion aux stéréotypes raciaux et professionnels, les théories implicites de la maladie mentale permettent-elles de comprendre la formation de stéréotypes de la maladie mentale ?

Dans un premier temps nous décrivons les caractéristiques des théories implicites de la maladie mentale et de quatre pathologies psychiatriques (schizophrénie, trouble anxieux généralisé, dépression, anorexie mentale) chez les soignants en fonction de l'âge, du sexe, des années de travail en psychiatrie et de la profession. Dans un deuxième temps nous étudierons les corrélations entre théories implicites de la maladie mentale et stéréotypes de la maladie mentale chez les soignants et les corrélations entre TIMM et théories implicites de l'intelligence.

II Matériel et méthode

1. Design de l'étude

Les professionnels de santé francophones travaillant en psychiatrie en France, en Suisse et en Belgique ont été sollicités pour répondre à un questionnaire en ligne entre le 1er Juin 2018 et le 31 juillet 2018.

2. Participants

Les psychiatres, internes en psychiatrie, infirmiers diplômés d'état, infirmiers psychiatriques et psychologues francophones travaillant en psychiatrie depuis au moins 6 mois étaient éligibles pour participer à l'étude. Les participants prenaient part à l'étude à répondeur au questionnaire en ligne qui leur était soumis via leur adresse mail professionnelle. Le questionnaire a été adressé à plusieurs CHU et hôpitaux psychiatriques français et de Lausanne, ainsi qu'aux associations de psychiatres, psychologues, internes en psychiatrie et infirmiers psychiatriques françaises.

3. Mesures

Le questionnaire en ligne comprenait le questionnaire des théories implicites de la maladie mentale (TIMM), le questionnaire des théories implicites de l'intelligence (TIDI) (36) et le questionnaire des stéréotypes vis à vis de la maladie mentale CAMI (community attitudes toward the mentally ill) (130) traduit en français par Garcia et Al. (131). Les données socio démographiques étaient renseignées à la fin du questionnaire en ligne. Les quatre sections du questionnaire se succédaient sans interruption dans l'ordre sus-cité.

Questionnaire des Théories implicites de l'intelligence (TIDI)

Nous avons utilisé dans cette étude un questionnaire élaboré par Da Fonseca, Schiano-Lomoriello, Cury, Poinso, Rufo et Therme (2007). Les auteurs se sont inspirés des questionnaires utilisés par Dweck et ses collaborateurs pour développer un outil d'évaluation en langue française : le questionnaire TIDI (Théories Implicites de l'Intelligence). Il se compose de deux sous-échelles de trois items permettant d'estimer l'adhésion relative d'un individu aux théories implicites statique et dynamique de l'intelligence. Une étude de validation de l'instrument a été menée par les auteurs a permis de mettre à l'épreuve les qualités psychométriques de l'outil (validité factorielle, consistance interne, fidélité temporelle). Le questionnaire comporte 6 items, 3 portant sur la théorie de l'entité et 3 sur la théorie incrémentielle,

cotés sur une échelle de Lickert de 1 (pas du tout d'accord) à 7 (tout à fait d'accord). Les deux scores ne sont pas mutuellement exclusifs et permettent d'apprécier la coexistence des deux théories.

Cf tableau 1 Annexes.

Questionnaire des théories Implicites de la maladie mentale (TIMM)

Nous avons élaboré pour cette étude, sur la base du TIDI, un questionnaire évaluant la vision de l'entité ou incrémentielle de la maladie mentale et de quatre maladies mentales (Schizophrénie, Anorexie mentale, Trouble anxieux et dépression). Les quatre pathologies intégrées à cette échelle ont été choisies pour leur diversité en termes de pronostic, de représentations sociales et de traitements. Ce questionnaire comprends donc 5 catégories de 6 questions chacune, 3 évaluant la théorie de l'entité et 3 évaluant la théorie incrémentielle.

Une version préliminaire du questionnaire comprenant 30 propositions par catégories, rédigées à partir des propositions du TIDI (15 propositions pour la théorie de l'entité et 15 pour la théorie incrémentielle), a été soumise à un entretien quantitatif (Lickert 7 points) et qualitatif à 40 professionnels de santé travaillant en psychiatrie. 20 de ces professionnels travaillaient dans un service de pédopsychiatrie du CHU de Marseille et 20 dans un service de psychiatrie adulte non universitaire de Marseille. Nous avons déterminé les 6 propositions les plus explicites et les plus tranchées. C'est à dire 3 propositions interrogeant la théorie de l'entité et 3 propositions interrogeant la théorie incrémentielle. Ces 6 propositions ont ensuite été déclinées dans chacune des catégories du questionnaire. L'échelle TIMM comprend donc un couple de score de théorie implicite (entité et incrémentiel) pour chacune des 5 catégories : Maladie mentale, schizophrénie, trouble anxieux généralisé (TAG), anorexie mentale, et dépression. A l'image du TIDI nous avons opté pour un couple de scores (entité et incrémentiel) car Dweck (45,49) Chen (14) et Da Fonseca (36) décrivent que ces deux théories ne sont pas mutuellement exclusives, même si plusieurs études utilisent un score d'entité unique (51) et considèrent que la théorie incrémentielle correspond à l'inverse de la théorie de l'entité.

Cf tableau 2 Annexes.

Questionnaire des stéréotypes de la maladie mentale (CAMI)

Nous avons utilisé la traduction par Garcia et al. (130) du questionnaire des attitudes envers les malades mentaux (échelle CAMI) du ministère de la santé Britannique à 25 items. La validation initiale de ce questionnaire impliquait un modèle à quatre facteurs : l'autoritarisme, la bienveillance, la restriction sociale et l'idéologie de la communauté sur la santé mentale. Les réponses sont codées sur une échelle de Lickert allant de 1 (pas du tout d'accord) à 5 (tout à fait d'accord). Un score total et quatre sous-totaux peuvent être calculés. Un score total plus élevé indique des attitudes plus stigmatisantes. Dans des études utilisant la version initiale, l'échelle CAMI présentait une cohérence interne satisfaisante avec un coefficient α de Cronbach à 0,87. L'analyse factorielle confirmatoire établit que la version Française traduite par Garcia et Al. conserve la structure en quatre facteurs de l'échelle originale. La validité interne est excellente. De plus, les estimations de validité corrélacionnelle ont confirmé la pertinence de cette échelle ce qui permet de conclure que cette échelle mesure bien ce qu'elle est supposée mesurer.

Cf tableau 3 Annexes.

Données sociodémographiques

Les données sociodémographiques récoltées étaient l'âge, le sexe, la profession et le nombre d'années de travail en psychiatrie.

4. Analyse statistique

Les données démographiques ont été analysées à l'aide de statistiques descriptives. Les variables d'intérêt (théorie incrémentielle et de l'entité de la maladie mentale, de la schizophrénie, du trouble anxieux généralisé, de l'anorexie mentale et de la dépression) ont été analysées à l'aide d'ANOVAs générales linéaires (general linear model (GLM) ANOVAs) avec mesures répétées corrigées par le test de Greenhouse-Geisser (avec *Statistica*, Version 7, StatSoft Inc.), en incluant la profession (infirmiers diplômés d'état, infirmiers psychiatriques, internes en psychiatrie, psychiatres et psychologues) comme facteurs inter-sujets. Les variables des théories implicites (théories de l'entité, théorie incrémentielle pour chacune des 5 catégories), étaient incluses comme facteurs intra-sujets, selon l'analyse en cours. Le test de Fisher de la plus petite différence significative (Fisher's least significant difference (LSD)) a été utilisé pour les comparaisons post hoc. Les tests de corrélation de Pearson et le Chi-deux ont été utilisés pour des analyses complémentaires. Des analyses multivariées

exploratoires comme l'analyse factorielle et des tests de fiabilité ont été utilisées pour évaluer 5 catégories de l'échelle des TIMM.

5. Aspects éthiques et réglementaires

Cette étude a fait l'objet d'une déclaration normale auprès de la Commission Nationale Informatique et Liberté (déclaration numéro 2181506 v 0 du 15 mai 2018). L'ensemble des données personnelles ont été anonymisées.

III Résultats

1. Participants

504 participants ont répondu au questionnaire en ligne. Le questionnaire ne pouvant être soumis qu'une fois l'ensemble des données renseignées toutes les données sont complètes. Du fait de la diffusion par courrier électronique, le nombre de non réponses ne peut pas être calculé.

17 sujets ont été exclus car n'étant ni infirmier diplômé d'état, ni infirmier psychiatrique, ni interne en psychiatrie, ni psychiatre, ni psychologue. Sur les 487 restants 1 sujet a été exclu du fait de l'incohérence entre ses années d'expérience et son âge. Enfin 9 sujets ont été exclus du fait de l'absence d'expérience en psychiatrie (0 années de travail en psychiatrie).

Caractéristiques sociodémographiques

Le tableau 1 présente les caractéristiques sociodémographiques de notre population.

TABLEAU 1 - DONNEES SOCIODEMOGRAPHIQUES

		Nombre	%
Genre	Homme	135	28,3
	Femme	342	71,7
	Total	477	100
Age	Min	23,00	
	Max	70,00	
	Moyenne	34,87	
Profession	IDE*	31	6,5
	Infirmier psychiatrique	18	3,8
	Interne en psychiatrie	161	33,8
	Psychiatre	175	36,7
	Psychologue	92	19,3
	Total	477	100
Années de travail en psychiatrie	0,5-5	265	55,6
	> 5 - 10	109	22,9
	> 10 - 15	32	6,7
	> 15 - 20	28	5,9
	> 20 - 25	14	2,9
	> 25 - 30	16	3,4
	> 30 - 35	6	1,3
	> 35 - 40	6	1,3
	> 40	1	0,2
	Total	477	100
Pays d'exercice	France	446	93,5
	Belgique	1	0,2
	Suisse	30	6,3
	Total	477	100
Département d'exercice	Bouches du Rhône	129	27,0
	Paris	58	12,2
	Rhône	28	5,9
	Seine Saint Denis	18	3,8
	Nord	16	3,4
	Val de Marne	13	2,7
	Pyrénées orientales	11	2,3
	Seine Maritime	11	2,3
	Hauts de Seine	11	2,3
	Gironde	10	2,1
	Autre (>10 sujets - >2%)	141	29,6
	Hors territoire Français	31	6,5
	Total	477	100

* IDE = infirmiers diplômés d'état

L'âge moyen de notre population était de 34,9 ans et 71,7% des participants étaient des femmes. Nous avons obtenu les réponses principalement de psychiatres (36.7%) et d'internes en psychiatrie (36.7%), travaillant en psychiatrie depuis 0.5 à 5 ans (55.6%) ou de plus 5 ans à 10 ans (22.9%). Les professionnels ayant participé à l'étude exerçaient principalement dans les bouches du Rhône (27%), à Paris (12.2%) et dans le Rhône (28%). 55 départements français étaient représentés. 6.4% des participants exerçaient à l'étranger, en suisse principalement.

2. Cohérence interne, analyse factorielle, analyse en composantes principales.

TABEAU 2 - COHERENCE INTERNE DE L'ECHELLE DES TIMM

Variables	M	SD	Rang Observé Possible		Cronbach Alpha
Théorie de l'entité de la maladie mentale	1,92	1,12	1 - 7	1 - 7	0,90
Théorie incrémentielle de la maladie mentale	5,92	1,16	1 - 7	1 - 7	0,90

Le tableau 2 décrit les moyennes, les écarts types, les rangs, les consistances internes de l'échelle TIMM. Les mesures des deux théories implicites de la maladie mentale (*ie*, les deux sous-échelles) furent constituées à partir de la moyenne des scores obtenus sur chaque item. Les résultats démontrent que la moyenne pour la théorie incrémentielle de la maladie mentale des 4 pathologies interrogées fut plus élevée que celle de la théorie de l'entité la maladie mentale et des 4 pathologies interrogées. Les consistances internes étaient de 0,90 pour la théorie incrémentielle de maladie mentale et la théorie de l'entité de la maladie mentale. Enfin, la corrélation entre les deux sous-échelles était forte ($r = -55$, $p < .001$),

Pour chaque section de l'échelle TIMM (maladie mentale, schizophrénie, TAG, anorexie mentale et dépression) nous avons testé la consistance interne du score incrémentiel et du score d'entité. Les valeurs de ses scores, les coefficients alpha de Cronbach et les corrélations deux à deux sont présentés dans le tableau 3.

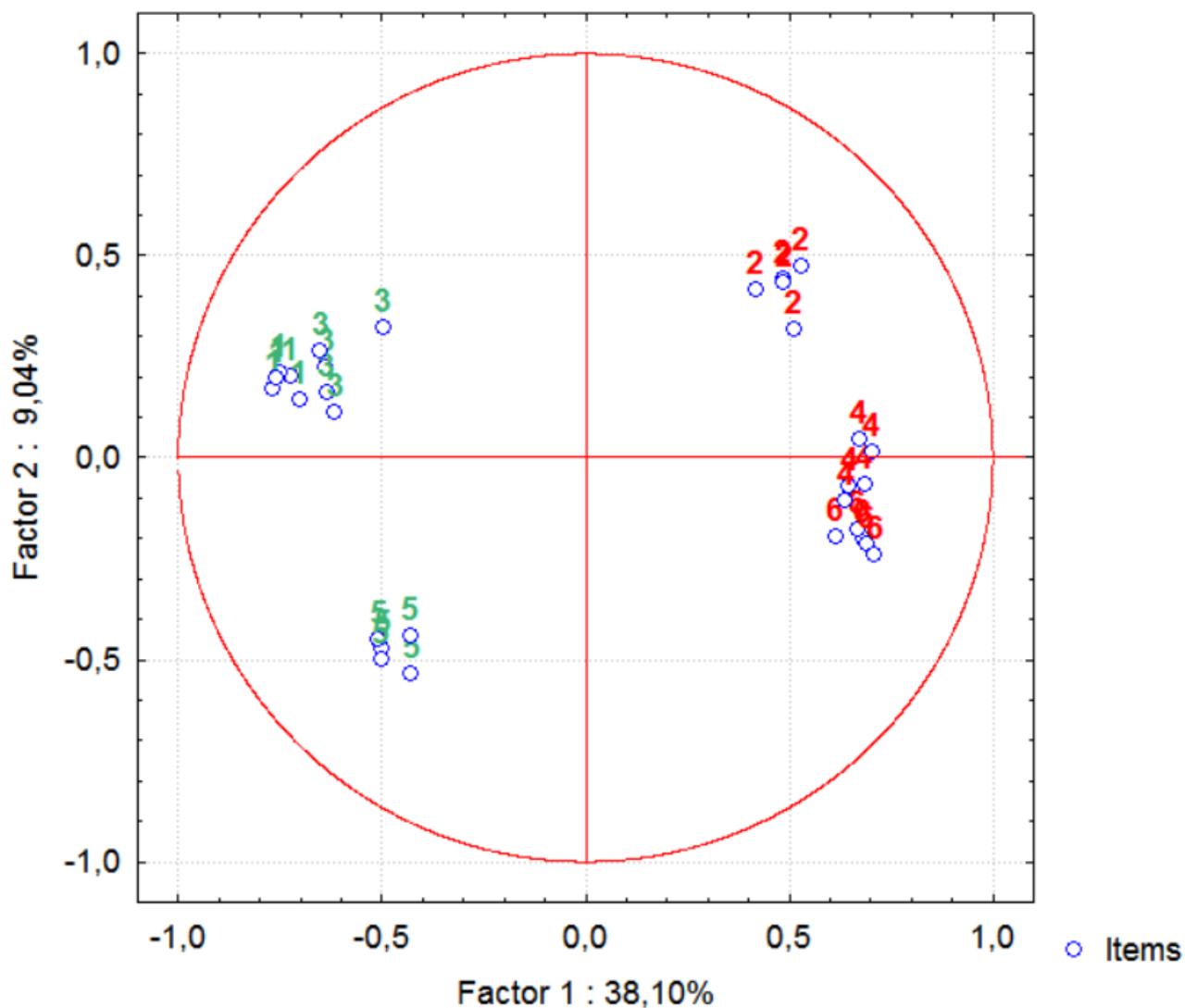
TABLEAU 3 CONSISTANCE INTERNE ET CORRELATION ENTITE/INCREMENTIEL PAR SECTION DE L'ECHELLE TIMM

Maladie Mentale			
	Incr.*		Ent.**
Moyenne	5,83		1,94
Ecart Type	2,50		2,71
Cronbach Alpha	0,54		0,57
Correlation entre Incr. et Ent.		-0,57	
Schizophrénie			
	Incr.*		Ent.**
Moyenne	5,49		2,21
Ecart Type	3,21		3,23
Cronbach Alpha	0,69		0,75
Correlation entre Incr. et Ent.		-0,72	
TAG			
	Incr.*		Ent.**
Moyenne	6,25		1,65
Ecart Type	2,28		2,47
Cronbach Alpha	0,71		0,75
Correlation entre Incr. et Ent.		-0,63	
Anorexie Mentale			
	Incr.*		Ent.**
Moyenne	5,92		2,00
Ecart Type	2,75		3,00
Cronbach Alpha	0,72		0,74
Correlation entre Incr. et Ent.		-0,73	
Dépression			
	Incr.*		Ent.**
Moyenne	6,14		1,79
Ecart Type	2,47		2,60
Cronbach Alpha	0,68		0,69
Correlation entre Incr. et Ent.		-0,68	
* Incrémentiel		** Entité	

Nous avons réalisé une analyse en composantes principales (ACP) de chaque catégorie de l'échelle des TIMM afin de déterminer si l'échelle des TIMM interroge

bien deux concepts distincts. Pour l'ensemble de l'échelle TIMM la répartition des items en fonction des deux composantes principales (facteur 1 et 2) est présentée. La figure 1 présente la répartition de chaque item de l'échelle en fonction de ces deux facteurs et le pourcentage de la variance expliquée par la représentation à 2 facteurs. Les items interrogeant la théorie de l'incrémentielle sont les items 1, 3, 5 (présentés en vert) et les items interrogeant la théorie de l'entité sont les items 2, 4 et 6 (présentés en rouge).

FIGURE 1 ACP DE L'ENSEMBLE DES ITEMS DE L'ECHELLE TIMM



Pour l'ensemble de l'échelle la variance expliquée par le modèle à deux facteurs est de 47.14%.

3. TIMM, TIDI et CAMI

Moyennes des scores TIMM par section.

Le tableau 4 montre les moyennes et l'écart type pour les deux scores pour chaque catégorie (Maladie mentale, schizophrénie, trouble anxieux généralisé, anorexie mentale, dépression) de l'échelle des TIMM.

TABLEAU 4 - STATISTIQUES DESCRIPTIVES DE L'ECHELLE TIMM

	N = 477			
	Mean	Minimum	Maximum	Std.Dev.
*Incr. Maladie Mentale	5,82	2,67	7,00	0,83
**Ent. Maladie mentale	1,94	1,00	6,00	0,90
Incr. Schizophrénie	5,49	1,33	7,00	1,07
Ent. Schizophrénie	2,21	1,00	6,00	1,08
Inc. TAG	6,25	3,00	7,00	0,76
Ent. TAG	1,65	1,00	6,67	0,82
Incr. Anorexie Mentale	5,92	2,67	7,00	0,92
Ent. Anorexie Mentale	2,00	1,00	6,00	1,00
Incr. Dépression	6,14	2,67	7,00	0,82
Ent. Dépression	1,79	1,00	7,00	0,87

* Incr. = Théorie incrémentielle

** Ent. = Théorie de l'entité

Nous nous sommes ensuite intéressés aux variations de ces scores en fonction de de chaque maladie. On retrouve un effet principal de la maladie sur les variations des scores d'entité et incrémentiels, ($F(3, 1428) = 176,99, p < .001$) et les tests post hoc confirment qu'il y a une différence statistiquement significative entre toutes les maladies (schizophrénie, TAG, anorexie mentale et dépression). (*all ps* < .001).

Les tableaux 5 et 6 montrent les statistiques descriptives des questionnaires TIDI et CAMI.

TABLEAU 5 - STATISTIQUES DESCRIPTIVES DE L'ECHELLE TIDI

	N = 477			
	Mean	Minimum	Maximum	Std.Dev.
*Incr. Intelligence	3,12	1	7	1,44
**Ent. Intelligence	3,73	1	7	1,39

* Incr. = Théorie incrémentielle

** Ent. = Théorie de l'entité

TABLEAU 6 - STATISTIQUES DESCRIPTIVES DE L'ECHELLE CAMI

	N = 477			
	Mean	Minimum	Maximum	Std.Dev.
Autoritarisme	10,58	6	19	2,88
Bienvieillance	32,74	22	35	2,46
Restriction sociale	17,86	10	25	2,02
ICSM*	21,29	13	25	2,70
Score Total CAMI	46,42	30	73	6,28

*ICSM = Idéologie communautaire de la santé mentale.

Age

Les relations entre l'âge et les variables d'intérêt (TIMM, Stéréotypes, TIDI) ont été analysées avec le coefficient de corrélation de Pearson. L'âge est corrélé négativement à la théorie incrémentielle pour la maladie mentale ($r = -.1246$, $p=.006$), le trouble anxieux généralisé ($r = -.1377$, $p=.003$) et la dépression ($r = -.1020$, $p=.026$). Il est corrélé positivement à la théorie de l'entité pour la maladie mentale ($r = .1429$, $p=.006$), le TAG ($r = .1771$, $p=.000$), l'anorexie mentale ($r = .1172$, $p=.010$) et la dépression ($r = .1618$, $p=.000$). Il n'est pas corrélé de manière significative aux théories implicites de la schizophrénie. En revanche il est corrélé positivement à l'autoritarisme ($r = .0924$, $p=.044$), à l'idéologie communautaire de la santé mentale ($r = .1293$, $p=.005$) et négativement à la bienveillance ($r = -.1356$, $p=.003$). Il n'y a pas de corrélation statistiquement significative avec la restriction sociale. L'âge n'est pas corrélé significativement aux théories implicites de l'intelligence.

Genre

Le sexe féminin est corrélé négativement avec la théorie incrémentielle de la schizophrénie ($r = -.1177$, $p=.01$) et positivement avec la théorie de l'entité de la schizophrénie ($r = .0941$, $p=.04$). La maladie mentale et les autres pathologies n'étaient pas corrélées au sexe. Le sexe féminin était corrélé négativement à la théorie de l'entité de l'intelligence ($r = -.1242$, $p=.007$). Aucune corrélation entre sexe et stéréotypes de la maladie mentale n'était statistiquement significative.

Années de travail en psychiatrie

Les années de travail en psychiatrie sont négativement corrélées à la théorie incrémentielle de la maladie mentale ($r = -.0949$, $p=.038$), du trouble anxieux généralisé ($r = -.1168$, $p=.011$) et de la dépression ($r = -.0979$, $p=.033$). Les années de travail en psychiatrie sont positivement corrélées à la théorie de l'entité de la maladie mentale ($r = .1014$, $p=.027$), du trouble anxieux généralisé ($r = .1071$, $p=.019$) et de la dépression ($r = .1137$, $p=.013$). Les années d'expériences sont corrélées négativement à la bienveillance ($r = -.1251$, $p=.006$) et positivement à l'idéologie communautaire de la santé mentale ($r = .1463$, $p=.001$). Aucun lien statistique significatif n'est retrouvé vis à vis des théories de l'intelligence.

Profession

Le tableau 7 montre les liens entre profession et théories implicites de la maladie mentale.

TABLEAU 7 - TIMM EN FONCTION DE LA PROFESSION

	IDE				Infirmiers Psychiatriques				Internes en psychiatrie				Psychiatres				
	N = 31		N = 18		N = 161		N = 175		N = 161		N = 175		N = 175		N = 175		
	Moyenne	Ecart Type	Moyenne	Ecart Type	Moyenne	Ecart Type	Moyenne	Ecart Type	Moyenne	Ecart Type	Moyenne	Ecart Type	Moyenne	Ecart Type	Moyenne	Ecart Type	
1 Maladie mentale	Incr.	5,6	0,76	6,06	0,89	5,88	0,78	5,83	0,86	5,88	0,78	5,83	0,86	5,83	0,86	5,83	0,86
	Ent.	2,59	1,19	1,78	1	1,91	0,86	1,85	0,81	1,91	0,86	1,85	0,81	1,85	0,81	1,85	0,81
2 Schizophrénie	Incr.	5,18	1,08	6	1,04	5,5	0,97	5,56	1,02	5,5	0,97	5,56	1,02	5,56	1,02	5,56	1,02
	Ent.	2,72	1,28	1,57	0,77	2,2	1	2,12	1,04	2,2	1	2,12	1,04	2,12	1,04	2,12	1,04
3 TAG	Incr.	5,89	0,62	6,35	0,9	6,32	0,72	6,31	0,75	6,32	0,72	6,31	0,75	6,31	0,75	6,31	0,75
	Ent.	2,22	1,12	1,63	1,33	1,55	0,67	1,58	0,77	1,55	0,67	1,58	0,77	1,58	0,77	1,58	0,77
4 Anorexie mentale	Incr.	5,67	0,76	6,44	0,89	5,98	0,9	5,89	0,95	5,98	0,9	5,89	0,95	5,89	0,95	5,89	0,95
	Ent.	2,42	1,06	1,46	0,78	1,94	0,99	2,03	1,02	1,94	0,99	2,03	1,02	2,03	1,02	2,03	1,02
5 Dépression	Incr.	5,84	0,72	6,48	0,75	6,14	0,82	6,19	0,79	6,14	0,82	6,19	0,79	6,19	0,79	6,19	0,79
	Ent.	2,11	1,33	1,43	0,61	1,78	0,81	1,75	0,82	1,78	0,81	1,75	0,82	1,75	0,82	1,75	0,82

*p < 0,05

**p < 0,01

Pour la théorie de l'entité de la maladie mentale l'analyse post hoc retrouve des différences statistiquement significatives entre les infirmiers d'état et l'ensemble des autres professions ($\text{all } p\text{s} < .01$). Les différences statistiquement significatives pour la théorie incrémentielle de la schizophrénie étaient retrouvées entre IDE et infirmiers psychiatriques ($p < .001$) et entre IDE et psychologues ($p < 0.5$). Pour la théorie de l'entité de la schizophrénie, les différences étaient retrouvées entre IDE et infirmiers psychiatriques ($p < .001$) et entre IDE et internes, IDE et psychiatres, infirmiers psychiatriques et internes, infirmiers psychiatriques et psychologues et infirmiers psychiatriques et psychiatres ($\text{all } p\text{s} < .05$). Pour la théorie incrémentielle du TAG l'analyse post hoc retrouve des différences statistiquement significatives entre IDE et infirmiers psychiatriques, entre internes et psychologues, entre psychiatres et psychologues ($p < .05$) et entre IDE et internes, entre IDE et psychiatres ($p < .01$). Pour la théorie de l'entité du TAG, les différences étaient retrouvées entre IDE et infirmiers psychiatriques ($p < .05$), IDE et internes et IDE et psychiatres ($\text{all } p\text{s} < .0001$) et entre IDE et psychologues ($p < .01$). Les différences statistiquement significatives pour la théorie incrémentielle de l'anorexie mentale étaient retrouvées entre IDE et infirmiers psychiatriques ($p < .01$), infirmiers psychiatriques et internes, infirmiers psychiatriques et psychiatres et infirmiers psychiatriques et psychologues ($\text{all } p\text{s} < .05$). Pour la théorie de l'entité de l'anorexie mentale l'analyse post hoc retrouve des différences statistiquement significatives entre IDE et infirmiers psychiatriques ($p < .01$), IDE et internes, IDE et psychiatres, infirmiers psychiatriques et psychiatres et infirmiers psychiatriques et psychologues ($\text{all } p\text{s} < .05$). Pour la théorie de l'entité de la dépression les différences statistiquement significatives sont retrouvées entre IDE et infirmiers psychiatriques ($p < .01$), IDE et internes, IDE et psychiatres ($\text{all } p\text{s} < .05$).

TIMM et CAMI

Les relations entre les théories implicites de la maladie mentale et les stéréotypes de la maladie ont été analysées avec le coefficient de corrélation de Pearson. La théorie incrémentielle de la maladie mentale était corrélée négativement au score total de la CAMI ($r = -.1969$, $p < .001$) à l'autoritarisme ($r = -.2054$, $p < .001$), positivement à la bienveillance ($r = .1062$, $p < .05$), positivement à l'idéologie à l'idéologie de la communauté sur la santé mentale ($r = .1276$, $p < .01$), et non significativement corrélée à la restriction sociale. La théorie de l'entité de la maladie mentale était

corrélée positivement au score total de la CAMI ($r = .2486, p < .001$) à l'autoritarisme ($r = .2390, p < .001$), négativement à la bienveillance ($r = -.0959, p < .05$) et à l'idéologie de la communauté sur la santé mentale ($r = -.1694, p < .001$) et non significativement corrélée à la restriction sociale.

TIMM et TIDI

La théorie incrémentielle de la maladie mentale n'était pas significativement corrélée à la théorie incrémentielle de l'intelligence ($r = .0171, p = .709$), ou à la théorie de l'entité de l'intelligence ($r = -.0923, p = .044$). La théorie de l'entité de la maladie mentale n'était pas significativement corrélée à la théorie incrémentielle de l'intelligence ($r = -.0099, p = .829$), ou à la théorie de l'entité de l'intelligence ($r = .1011, p = .027$).

TIDI et CAMI

La théorie incrémentielle de l'intelligence n'était pas significativement corrélée au score total de la CAMI ($r = -.0484, p = .292$), à l'autoritarisme ($r = .0014, p = .976$), à la bienveillance ($r = .0516, p = .261$), à la restriction sociale ($r = -.0528, p = .250$) ou à l'idéologie de la communauté sur la santé mentale ($r = .0274, p = .551$). La théorie de l'entité de l'intelligence n'était pas significativement corrélée au score total de la CAMI ($r = .0592, p = .197$) à l'autoritarisme ($r = -.0273, p = .551$), à la bienveillance ($r = -.0682, p = .137$), à la restriction sociale ($r = .0774, p = .091$) ou à l'idéologie de la communauté sur la santé mentale ($r = .1276, p = .005$).

IV Discussion

Les théories implicites de la maladie mentale sont corrélées aux stéréotypes de la maladie mentale, la théorie de l'entité étant associée à une plus grande adhésion à ces stéréotypes et la théorie incrémentielle se rattachant à des niveaux plus élevés de bienveillance et d'acceptation des soins communautaires en santé mentale. La théorie de l'entité de la maladie mentale est également corrélée à l'âge et aux années d'expérience en psychiatrie.

1. Résultats principaux

Théorie Implicites et Stéréotypes

Nos résultats confirment le lien entre théories implicites et stéréotypes retrouvé dans la littérature. De manière cohérente avec les études citées précédemment (20,119,121,122), la théorie de l'entité de la maladie mentale est corrélée à une plus forte tendance à juger par le biais de stéréotypes chez les soignants en psychiatrie. Ces résultats suggèrent qu'avoir une vision de la maladie mentale comme d'un processus fixe et non modifiable est associée à un jugement plus global et plus extrême des personnes souffrant de maladie mentale, à un niveau de bienveillance moindre ainsi qu'à une opinion moins favorable aux soins communautaire en santé mentale. Comme le soulignent Levy et Stroesser les théories implicites permettent de prédire le taux d'adhésion aux stéréotypes et permettent de comprendre pourquoi certaines personnes ont tendance à adopter des stéréotypes sociaux plus marqués que d'autres (20). En effet, les théoriciens de l'entité, en percevant plus l'entitativité des groupes, en jugeant plus rapidement et de manière plus tranchée les individus sur des données préliminaires, recourent plus aux stéréotypes dans leur évaluation d'une personne que les théoriciens incrémentiels (121).

Dans nos résultats la théorie incrémentielle de la maladie mentale est corrélée positivement à la bienveillance, aux attitudes positives envers les soins communautaires en santé mentale et négativement à l'autoritarisme. Les résultats expérimentaux de Levy et Stroesser(20) sont cohérents avec nos données, la théorie incrémentielle réduisant le recours à un jugement stéréotypé.

Les quatre pathologies étudiées par l'échelle des TIMM ont révélé des perceptions implicites différentes chez les soignants. Comme nous le supposions, la

schizophrénie et l'anorexie mentale sont les deux pathologies perçues comme les plus fixes et les moins à même d'évoluer dans le temps au sein des quatre pathologies étudiées. La dépression et le TAG sont en revanche plus perçues comme modifiables, avec des scores incrémentiels plus élevés que pour la schizophrénie et l'anorexie mentale. La stigmatisation majeure de la schizophrénie est un phénomène connu et cible de nombreuses interventions (132), et peut être relié aux scores d'entité élevés dans notre travail (97).

Pour Da Fonseca et al. l'utilisation de deux scores distincts (entité et incrémentiel) traduisent la possibilité d'adhérer au deux théories implicites en fonction du contexte et du climat. Chen, Schunk et Anderson (14,133,134) émettent l'hypothèse que ces deux théories ne soient pas mutuellement exclusives. La majorité des publications considèrent ces deux théories implicites comme deux croyances mutuellement exclusives, en argumentant que « croire que quelque chose ne peut être changé est l'exact opposé de la croyance que cela peut être changé »(49). Pour autant cette vision unidimensionnelle est sujette à critique, et la possibilité qu'un individu ait accès simultanément à ces deux théories opposées est avancée par plusieurs auteurs. Dans les situations de performance notamment, les individus peuvent recourir simultanément à la théorie incrémentielle et à la théorie de l'entité (133). Anderson (134) émet l'hypothèse que ces deux théories implicites soit simplement des schémas de pensée, activés différemment en fonction du contexte. Cela pourrait être tout à fait possible compte tenu de la facilité apparente avec laquelle les deux théories peuvent être manipulées expérimentalement (135). Nos résultats vont dans le sens de deux théories non mutuellement exclusives, bien que complémentaires. Nos scores incrémentiels varient toujours de manière opposée aux scores de l'entité. L'utilisation du couple de score incrémentiel/entité permet néanmoins une évaluation plus riche qu'un score uniquement basé sur l'entité dont on déduirait mathématiquement (en inversant celui-ci) l'adhésion à la théorie incrémentielle.

2. Résultats secondaires

Cohérence interne et validation de l'échelle TIMM.

La cohérence interne de notre échelle des TIMM, élaborée à partir du questionnaire validé des théories implicites de la maladie mentale est élevée. Les valeurs moyennes et le Cronbach alpha sont proches des valeurs retrouvées par Da Fonseca et al. (36) pour le TIDI. La cohérence interne de chaque sous section est

également satisfaisante, hormis les coefficients alpha de Cronbach de la section "maladie mentale" qui sont les moins élevées. Ce résultat pourrait être lié à la perception différente de maladie mentale et aux divergences de perception de ce concept en fonction des professions. Les scores entité et incrémentiels pour l'échelle globale et pour chaque section de l'échelle TIMM sont corrélés négativement ce qui est cohérent avec l'hypothèse qu'une vision fixe d'une pathologie psychiatrique est en partie opposée à une vision malléable de celle-ci. On remarque que les scores incrémentiels sont plus élevés que les scores d'entité, ce qui traduit une vision de la maladie mentale comme globalement malléable. Ce résultat sera à confronter avec des études ultérieures manipulant le même outil de mesure. L'analyse en composantes principales confirme que l'échelle des TIMM mesure deux scores distincts (incrémentiel et entité) et met en évidence l'absence de chevauchement entre les items évaluant la théorie incrémentielle ou la théorie de l'entité. Cette analyse factorielle vient corroborer la cohérence interne de notre outil de mesure. En revanche, le questionnaire utilisé pour cette étude, bien qu'élaboré à partir d'un questionnaire validé et testé sur un échantillon de professionnels de santé relativement représentatif des professionnels de ce milieu, n'a pas été validé quant à sa fidélité temporelle.

Données sociodémographiques

Dans notre population la théorie de l'entité de la maladie mentale est positivement corrélée à l'âge. Il en est de même pour le niveau de stéréotypes vis à vis de la maladie mentale avec une corrélation positive entre l'âge et le facteur autoritarisme et une corrélation négative entre l'âge et le facteur bienveillance. En revanche l'âge est positivement corrélé aux attitudes positives envers les soins communautaires en santé mentale. Ces résultats sont cohérents avec les résultats de Loch et al. (97), qui définissent un profil de médecins ayant un niveau modéré de stéréotypes plus jeunes que les médecins ayant un fort niveau de stéréotypes vis à vis de la schizophrénie. Ils sont également en accord avec le travail de D.J. Scott qui montre que les jeunes infirmiers verbalisent des attitudes moins autoritaires et moins impersonnelles que les infirmiers plus âgés (136), et de Tay et al. (137) qui mettent en évidence que les infirmiers entre 31 et 50 ans sont ceux qui ont attitudes les plus positives vis à vis des patients psychiatriques. En revanche Björkman et al. (138) retrouvent une corrélation positive entre l'âge et des attitudes moins négatives envers les patients

schizophrènes concernant leur dangerosité et leur imprévisibilité, et moins d'attitudes négatives envers les patients souffrant d'un trouble du comportement alimentaire ou d'un trouble panique chez les infirmiers somatiques et psychiatriques (138). Chambers et al. ne retrouvent pas de corrélations entre stéréotypes et âge (139).

Nos résultats ne vont pas dans le sens de l'hypothèse du contact (contact hypothesis), qui expliquerait la diminution des attitudes négatives envers un groupe stigmatisé par le contact interpersonnel régulier avec des individus de ce groupe (138,140,141). Dans notre population les années d'expérience en psychiatrie sont corrélées à des attitudes plus négatives envers les malades mentaux et à une tendance à adopter une vision fixe de la maladie mentale. Les résultats de Valeria Cremonini et de Chambers et al. (85,139) concordent avec les nôtres, et posent la question de la définition du contact interpersonnel régulier et de la méthodologie adéquate pour évaluer ce facteur.

Concernant le genre, nous ne retrouvons pas de corrélation significative entre le sexe et les stéréotypes de la maladie mentale, dans la lignée des résultats de Björkman et Crémonini (85,138). En revanche Chambers et al. (139) rapportent des attitudes plus positives chez les femmes vis à vis de la maladie mentale.

Dans notre étude le sexe féminin est négativement corrélé à la théorie incrémentielle de la schizophrénie et positivement à la théorie de l'entité de la schizophrénie. La littérature n'apporte pas, à notre connaissance de contribution suffisante pour discuter cette donnée. Costa et Burnette dans leurs revues de la littérature respectives ne retrouvent pas d'influence du genre sur les théories implicites de l'intelligence ou sur le "mindset" (43,51,142). La corrélation positive entre âge et théorie de l'entité de la maladie mentale, du TAG et de l'anorexie mentale ne trouve pas non d'écho dans la littérature, la majorité des études portant sur les enfants et des adolescents. Peu d'études se penchent sur les théories implicites des adultes et sur l'impact de l'âge ou d'autres données socio-démographiques sur celles-ci.

Théories implicites de l'intelligence

Les théories implicites de l'intelligence ne sont pas corrélées au niveau de stéréotypes. Elles ne sont pas non plus corrélées aux théories implicites de la maladie mentale. Un soignant ayant une théorie de l'entité prédominante de

l'intelligence n'est pas plus à même de juger les personnes souffrant de maladie mentale de manière stéréotypée. De même cela n'impacte ni sa bienveillance vis à vis de cette population ni son idéologie quant aux soins communautaires en santé mentale. L'indépendance des théories implicites que nous avons mise en évidence corrobore les résultats de Cabello et al. (16) qui montrent que théories implicites des émotions, de l'intelligence et de l'intelligence émotionnelle sont indépendantes, et de Tamir et al. (143) qui distinguent théories implicites de l'intelligence et théories implicites des émotions.

Tous les questionnaires explicites sont soumis à un biais de désirabilité sociale comme le soulignent Lufftenger et Chen (14). Il est probable que cela ait influencé nos résultats dans le sens de scores d'entité moins élevés dans les questionnaires TIMM et d'un niveau de stéréotypes moindre au questionnaire CAMI. De plus la différence majeure entre les scores au questionnaire TIDI et TIMM peuvent laisser supposer que les professionnels ont répondu de manière moins biaisée aux questions concernant l'intelligence. En effet un professionnel de la santé mentale pourrait avoir des réticences à exprimer sa croyance en l'absence de malléabilité de la maladie mentale.

3. Limites

Absence de perdus de vue.

Le fait que le questionnaire ait été transféré aux participants au sein des hôpitaux et des associations sollicitées ne permet pas d'avoir le nombre exact de personnes sollicitées. Nous ne pouvons pas pour cette étude fournir le nombre de non réponders. Nous ne pouvons donc pas conclure sur un éventuel biais de sélections. Il est possible que le design de cette étude ait favorisé les personnes intéressées par le sujet de l'étude.

Validité Ecologique

Notre étude a évalué les représentations des soignants vis à vis de la maladie mentale et de l'intelligence sur la base d'un questionnaire. Il est difficile de dire à quel point les attitudes rapportées par les réponses au questionnaire traduisent les attitudes et croyances "in situ" des professionnels. Nous savons également que les théories implicites peuvent être modulées par le contexte et le climat ambiant. Evaluer les théories implicites en contexte écologique serait ici aussi une piste d'études futures. Une évaluation implicite de ces théories et des stéréotypes chez les

soignants pourrait apporter un éclairage complémentaire à notre travail. Lufftenger et Chen (14) avancent que cette méthode d'évaluation permet de s'émanciper du biais de désirabilité sociale mais surtout d'accéder à des dispositions inconscientes qui ne sont pas évaluables par les mesures explicites. L'évaluation implicite des stéréotypes est déjà l'objet de programmes de recherches à grande échelle lancés par l'université d'Harvard (144), et l'évaluation implicite des théories implicites de l'intelligence des enseignants par Mascret (63) a révélé des différences notables par rapport aux mesures explicites, avec des scores de théorie incrémentielle moins élevés lorsqu'ils étaient évalués implicitement.

Représentativité de l'échantillon.

Notre population est essentiellement constituée de psychiatres et d'internes femmes, jeunes, et ayant entre 6 mois et 10 ans d'expérience en psychiatrie. De ce fait l'extrapolation de ces résultats à l'ensemble des infirmiers, psychiatres, psychologues, ou à des professionnels plus âgés est délicate. De plus l'absence de données sur les non-répondeurs laisse supposer que la représentativité de notre échantillon est limitée.

4. Perspectives

Indépendance du concept de théories implicites de la maladie mentale

Il serait intéressant d'étudier l'indépendance de ce questionnaire vis à vis des autres questionnaires évaluant les théories implicites globales (théories implicites de la personnalité) et de domaines spécifiques afin de déterminer si le construit interrogé par l'échelle TIMM porte bien sur la maladie mentale. Il semble d'après nos résultats que cette échelle évalue un construit indépendant des théories implicites de l'intelligence.

Evaluation des théories implicites de la maladie mentale chez les personnes souffrant de maladie mentale.

L'étude des théories implicites de la maladie mentale chez les sujets souffrant de maladie mentale est également une des pistes les plus intéressantes soulevées par cette étude. Une analyse de l'impact de celles-ci sur l'évolution des pathologies psychiatriques, sur le processus d'auto stigmatisation, sur l'estime de soi et sur les conduites de soins pourrait fournir des outils de compréhension et d'action précieux. L'interaction de ces théories implicites avec le Locus de Control de la maladie mentale est également une question intéressante.

Evaluation de l'influence des théories implicites du soignant sur celles du soigné.

A l'image de l'étude de Rattan et Dweck (70), il serait utile pour étudier l'impact des théories implicites de la maladie mentale de proposer un protocole expérimental spécifique. Après une étude des théories implicites chez les patients, se pencher sur la transmission et l'interaction des théories implicites du soignant et du soigné semble crucial (70). Dweck souligne tout de même dans une revue de la littérature sur le sujet que la transmission des théories implicites de l'enseignant vers l'élève n'est pas systématique. Même si certains enseignants (parents) ont une théorie incrémentielle de l'intelligence celle-ci n'est pas communiquée à leur élèves (enfants), ce qui pose la question des facteurs médiateurs de ces théories (142).

Impact dans la pratique

Cette étude fait un lien direct entre la théorie de l'entité de soignant vis à vis de la maladie mentale et son niveau de stéréotypes vis à vis de la maladie mentale. Développer la théorie incrémentielle des soignants pourrait permettre d'améliorer l'alliance thérapeutique avec le patient, permettrait au soignant d'être plus réceptif à la singularité et au potentiel d'évolution du patient et donc de développer une empathie réelle. Même si toutes les pathologies psychiatriques ne relèvent pas uniquement d'une prise en charge psychothérapeutique, l'alliance thérapeutique de qualité est un des outils les plus efficaces de la relation thérapeutique (5). Un protocole expérimental qui étudierait le niveau d'empathie ressentie par le patient lors d'un échange avec un soignant après une induction de la théorie incrémentielle chez ce dernier permettrait d'évaluer cet aspect des théories implicites.

Aronson (119) montre qu'une induction de théorie incrémentielle chez les afro américains atténue l'impact de la menace du stéréotypes. Dans le futur de telles interventions pourraient être envisagées pour lutter contre l'autostigmatisation chez les patients souffrant de pathologie psychiatrique et de stigmatisation. L'effet protecteur de la théorie implicite incrémentielle vis-à-vis de la menace du stéréotype est aussi décrite par Laura Froelich (122), les théoriciens incrémentiels étant moins sujets à la menace du stéréotype.

L'enseignement dans le domaine de la santé mentale, que ce soit chez les médecins, les infirmiers ou les psychologues, doit mettre l'accent sur les aspects incrémentiels de la maladie mentale et sur l'impact des TI sur la relation soignant-

soigné. Les mécanismes neurobiologiques des pathologies psychiatriques et les théories explicatives qui les accompagnent, bien qu'incontournables actuellement et d'une efficacité démontrée, mettent également l'accent sur la plasticité cérébrale. Or ce message n'est pas toujours clairement entendu et les hypothèses neurobiologiques tendent à véhiculer une vision fixe de la maladie mentale. Une communication mettant encore plus l'accent sur la plasticité des mécanismes neuronaux permettrait de rétablir une vision dynamique de la maladie mentale.

VI Annexes

1. TIDI

TIDI : questionnaire des théories implicites de l'intelligence

	Pas du tout d'accord						Tout à fait d'accord
1. Il faut beaucoup travailler pour être intelligent	1	2	3	4	5	6	7
2. Le niveau d'intelligence change peu même si on fait des efforts	1	2	3	4	5	6	7
3. Pour être intelligent, il faut beaucoup apprendre	1	2	3	4	5	6	7
4. Pour être intelligent, il faut avoir certaines qualités dès la naissance	1	2	3	4	5	6	7
5. Ton intelligence s'améliore obligatoirement en travaillant	1	2	3	4	5	6	7
6. C'est difficile de changer son niveau d'intelligence	1	2	3	4	5	6	7

D. Da Fonseca et al., « Validité factorielle d'un questionnaire mesurant les théories implicites de l'intelligence (TIDI) », L'Encéphale 33, no 4 (septembre 2007): 579-84, [https://doi.org/10.1016/S0013-7006\(07\)92056-4](https://doi.org/10.1016/S0013-7006(07)92056-4).

2. Questionnaire des TIMM

Questionnaire des théories implicites de la maladie mentale (TIMM)

1 - Maladie mentale

Les questions suivantes évaluent la perception que vous avez de la maladie mentale en général. Le sujet désigne une personne souffrant de la maladie mentale.

1. Le sujet peut agir sur la maladie mentale.
2. La maladie mentale ne peut pas s'améliorer.
3. Les symptômes de la maladie mentale s'améliorent avec la participation active du sujet.
4. Le sujet ne peut pas agir sur la maladie mentale.
5. La maladie mentale peut évoluer favorablement.
6. Le sujet ne peut pas modifier les symptômes de la maladie mentale

2 - Schizophrénie

Les questions suivantes portent sur un(e) patient(e) de 18 ans, avec un diagnostic de schizophrénie posé récemment en centre expert. Vous allez participer à sa prise en charge, répondez spontanément sur vos impressions dans ce contexte.

1. Le sujet peut agir sur la schizophrénie.
2. La schizophrénie ne peut pas s'améliorer.
3. Les symptômes de la schizophrénie s'améliorent avec la participation active du sujet.
4. Le sujet ne peut pas agir sur la schizophrénie.
5. La schizophrénie peut évoluer favorablement.
6. Le sujet ne peut pas modifier les symptômes de la schizophrénie.

3 - Trouble Anxieux Généralisé

Les questions suivantes portent sur un(e) patient(e) de 18 ans, avec un diagnostic de trouble anxieux généralisé posé récemment en centre expert. Vous allez participer à sa prise en charge, répondez spontanément sur vos impressions dans ce contexte.

1. Le sujet peut agir sur le trouble anxieux généralisé.
2. Le trouble anxieux généralisé ne peut pas s'améliorer.
3. Les symptômes du trouble anxieux généralisé s'améliorent avec la participation active du sujet.
4. Le sujet ne peut pas agir sur le trouble anxieux généralisé.
5. Le trouble anxieux généralisé peut évoluer favorablement.
6. Le sujet ne peut pas modifier les symptômes du trouble anxieux généralisé.

4 - Anorexie Mentale

Les questions suivantes portent sur un(e) patient(e) de 18 ans, avec un diagnostic d'anorexie mentale posé récemment en centre expert. Vous allez participer à sa prise en charge, répondez spontanément sur vos impressions dans ce contexte.

1. Le sujet peut agir sur l'anorexie mentale.
2. L'anorexie mentale ne peut pas s'améliorer.
3. Les symptômes de l'anorexie mentale s'améliorent avec la participation active du sujet.
4. Le sujet ne peut pas agir sur l'anorexie mentale.
5. L'anorexie mentale peut évoluer favorablement.
6. Le sujet ne peut pas modifier les symptômes de l'anorexie mentale.

5 - Dépression

Les questions suivantes portent sur un(e) patient(e) de 18 ans, avec un diagnostic de dépression posé récemment en centre expert. Vous allez participer à sa prise en charge, répondez spontanément sur vos impressions dans ce contexte.

1. Le sujet peut agir sur la dépression.
 2. La dépression ne peut pas s'améliorer.
 3. Les symptômes de la dépression s'améliorent avec la participation active du sujet.
 4. Le sujet ne peut pas agir sur la dépression.
 5. La dépression peut évoluer favorablement.
 6. Le sujet ne peut pas modifier les symptômes de la dépression.
-

3. Echelle CAMI

Version française de la Community Attitudes towards Mental Illness (CAMI) scale.

Facteur 1—Autoritarisme

1. Une des principales causes de maladie mentale est un manque d'autodiscipline et de volonté.
 2. Les personnes avec une maladie mentale ont quelque chose qui les différencie facilement des gens normaux.
 3. Aussitôt qu'une personne montre des signes d'un trouble mental, elle devrait être hospitalisée.
 4. La maladie mentale est une maladie comme une autre.
 5. On devrait moins insister pour protéger le public de personnes avec une maladie mentale.
 6. Virtuellement, tout le monde peut développer une maladie mentale.
-

Facteur 2—Bienveillance

7. Les personnes avec des maladies mentales ont été trop longtemps tournées en ridicule.
 8. Nous avons besoin d'adopter une attitude beaucoup plus tolérante envers les personnes ayant des maladies mentales dans notre société.
 9. Nous avons la responsabilité d'offrir les meilleurs soins possibles aux personnes avec de maladies mentales.
 10. Les personnes avec de maladies mentales ne méritent pas notre sympathie.
 11. Les personnes avec une maladie mentale sont un fardeau pour la société.
 12. Des dépenses d'argent importantes dans les services de santé mentale sont un gaspillage.
 13. Il existe assez de services de santé mentale pour les personnes souffrant de maladies mentales.
-

Facteur 3—Restriction Sociale

14. Aucune responsabilité ne devrait être donnée aux personnes avec une maladie mentale.
 15. Il serait stupide de se marier avec une personne qui a eu une maladie mentale, même si cette dernière semble complètement rétablie.
 16. Je n'aimerais pas habiter à côté de quelqu'un qui a eu une maladie mentale.
 17. Toute personne ayant eu une maladie mentale devrait être exclue de la fonction publique.
 18. Personne n'a le droit d'exclure de son quartier les personnes avec une maladie mentale.
 19. Les personnes avec une maladie mentale sont beaucoup moins dangereuses que ne le suppose la plupart des gens.
 20. La majorité des femmes ayant été hospitalisées dans un hôpital psychiatrique sont fiables comme baby-sitters.
-

Facteur 4—idéologie de la communauté sur la santé mentale

21. La meilleure thérapie pour beaucoup de personnes avec une maladie mentale est de faire partie de la communauté normale.
 22. Dans la mesure du possible, les services de santé mentale devraient être fournis dans des centres basés dans la communauté.
 23. Les résidents n'ont rien à craindre des personnes qui viennent dans leurs quartiers pour obtenir des soins en santé mentale.
 24. ça fait peur de penser que des personnes avec des problèmes mentaux puissent vivre dans des quartiers résidentiels.
 25. Placer des services de santé mentale dans une zone résidentielle décline le quartier.
-

Carla Garcia et al., « French Translation and Validation of Three Scales Evaluating Stigma in Mental Health », *Frontiers in Psychiatry* 8 (18 décembre 2017), <https://doi.org/10.3389/fpsy.2017.00290>.

4. Statistiques descriptives de chaque item de l'échelle TIMM

	Item	M	SD
Maladie Mentale			
	1	5,32	1,36
	2	1,51	1,01
	3	5,81	1,18
	4	1,88	1,15
	5	6,34	0,88
	6	2,44	1,47
Schizophrénie			
	1	5,08	1,57
	2	1,75	1,04
	3	5,56	1,28
	4	2,22	1,37
	5	5,83	1,23
	6	2,65	1,50
TAG			
	1	6,04	1,13
	2	1,44	0,82
	3	6,21	0,91
	4	1,65	1,01
	5	6,49	0,80
	6	1,85	1,16
Anorexie mentale			
	1	5,55	1,37
	2	1,79	1,11
	3	5,98	1,06
	4	1,99	1,22
	5	6,23	0,96
	6	2,23	1,35
Dépression			
	1	5,75	1,33
	2	1,31	0,67
	3	5,99	1,10
	4	1,86	1,14
	5	6,69	0,61
	6	2,21	1,39

VII Bibliographie

1. Carlos Parada, Toucher le cerveau, changer l'esprit. Psychochirurgie et psychotropes dans l'histoire des transformations technologiques du sujet, par J.Morel-Cinq Mars | Œdipe [Internet]. [cité 10 juill 2018]. Disponible sur: <http://www.oedipe.org/newsletter/20161111/carlos-parada-toucher-le-cerveau-changer-lesprit-psychochirurgie-et-psychotropes>
2. FREUD S, RAUZY A. (1912b) Sur la dynamique du transfert [Internet]. 1998. pp. 107-116. Disponible sur: http://bsf.spp.asso.fr/index.php?lvl=notice_display&id=93382
3. Cungi C. L'alliance thérapeutique. Gd Doss Sci Hum. 2009;N°15(6):15-15.
4. Rogers C, Zigliara J-P. La relation d'aide et la psychothérapie. 19e édition. Issy-les-Moulineaux: ESF Editeur; 2015. 235 p.
5. Krupnick JL, Sotsky SM, Simmens S, Moyer J, Elkin I, Watkins J, et al. The role of the therapeutic alliance in psychotherapy and pharmacotherapy outcome: findings in the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. J Consult Clin Psychol. juin 1996;64(3):532-9.
6. Miller, Rollnick. L'entretien motivationnel [Internet]. 2018 [cité 4 juill 2018]. Disponible sur: <https://www.dunod.com/sciences-humaines-et-sociales/entretien-motivationnel-aider-personne-engager-changement>
7. Rana M, Czerns F, Wingartz F, Gellrich N-C, Rana M. Doctors' tacit knowledge on coping processes of oral cancer patients: A qualitative study. J Cranio-Maxillofac Surg. déc 2016;44(12):1977-83.
8. Goffman. Stigmate. Les usages sociaux des handicaps. Paris Éditions Minuit. 1975;
9. Dweck CS, Leggett EL. A social-cognitive approach to motivation and personality. Psychological Review. avr 1988;Vol 95(2):256-73.
10. Miele DB, Molden DC. Naive theories of intelligence and the role of processing fluency in perceived comprehension. J Exp Psychol Gen. 2010;139(3):535-57.
11. Wesnousky AE, Oettingen G, Gollwitzer PM. Holding a silver lining theory: When negative attributes heighten performance. J Exp Soc Psychol. 2015;57:15-22.
12. Bråten I, Strømsø HI. Epistemological beliefs and implicit theories of intelligence as predictors of achievement goals. Contemp Educ Psychol. oct 2004;29(4):371-88.
13. Blackwell LS, Trzesniewski KH, Dweck CS. Implicit theories of intelligence predict achievement across an adolescent transition: a longitudinal study and an intervention. Child Dev. févr 2007;78(1):246-63.

14. Lüftenegger M, Chen JA. Conceptual Issues and Assessment of Implicit Theories. *Z Für Psychol.* avr 2017;225(2):99-106.
15. Dweck CS, Chiu C, Hong Y. Implicit Theories and Their Role in Judgments and Reactions: A Word From Two Perspectives. *Psychol Inq.* oct 1995;6(4):267-85.
16. Cabello R, Fernández-Berrocal P. Implicit theories and ability emotional intelligence. *Front Psychol* [Internet]. 22 mai 2015 [cité 25 août 2018];6. Disponible sur: http://www.frontiersin.org/Educational_Psychology/10.3389/fpsyg.2015.00700/abstract
17. Hong Y, Chiu C, Dweck CS. *Implicit Theories, Attributions, and Coping: A Meaning System Approach.* 1999;12.
18. Chiu C, Hong Y, Dweck CS. *Lay Dispositionism and Implicit Theories of Personality.* 1997;12.
19. Molden DC, Dweck CS. Finding « Meaning » in Psychology: A Lay Theories Approach to Self-Regulation, Social Perception, and Social Development. *Am Psychol.* 2006;61(3):192-203.
20. Levy SR, Stroessner SJ. *Stereotype Formation and Endorsement: The Role of Implicit Theories.* 1998;16.
21. Job V, Dweck CS, Walton GM. Ego-depletion - Is it all in your head? Implicit theories about willpower affect self-regulation: (634112013-142) [Internet]. American Psychological Association; 2011 [cité 26 juill 2018]. Disponible sur: <http://doi.apa.org/get-pe-doi.cfm?doi=10.1037/e634112013-142>
22. Yeager DS, Trzesniewski KH, Dweck CS. An Implicit Theories of Personality Intervention Reduces Adolescent Aggression in Response to Victimization and Exclusion. *Child Dev.* mai 2013;84(3):970-88.
23. Pedersen DM. The measurement of individual differences in perceived personality-trait relationships and their relation to certain determinants. *J Soc Psychol.* 1965;65(2):233-58.
24. Cronbach LJ. Processes affecting scores on « understanding of others » and « assumed similarity. » *Psychol Bull.* 1955;52(3):177-93.
25. Srivastava S, Guglielmo S, Beer JS. Perceiving others' personalities: examining the dimensionality, assumed similarity to the self, and stability of perceiver effects. *J Pers Soc Psychol.* mars 2010;98(3):520-34.
26. Schneider DJ. *Implicit personality theory: A review.* *Psychol Bull.* 1973;79(5):294-309.
27. Dweck CS. *The development of ability conceptions.* San Diego, CA : Academic Press. 2002.

28. Da Fonseca D, Cury F, Bailly D, Rufo M. Rôle des théories implicites à l'école primaire. /data/revues/0929693X/v11i10/S0929693X04003215/ [Internet]. 30 juill 2010 [cité 14 août 2018]; Disponible sur: <http://www.em-consulte.com/en/article/260993>
29. Bruner JS. Le rôle de l'interaction de tutelle dans la résolution de problème. In: Le développement de l'enfant : Savoir faire savoir dire. Paris : PUF. 1983. p. 261-80.
30. Heyman GD, Dweck CS, Cain KM. Young children's vulnerability to self-blame and helplessness: relationship to beliefs about goodness. *Child Dev.* avr 1992;63(2):401-15.
31. Mueller CM, Dweck CS. Praise for intelligence can undermine children's motivation and performance. *J Pers Soc Psychol.* juill 1998;75(1):33-52.
32. Perret P, Dumesny M, Grandjean D, Muonghane VS. Troubles des apprentissages et théories implicites de l'intelligence. *Développements.* 2011;8(2):35.
33. Robins RW, Pals JL. Implicit self-theories in the academic domain: Implications for goal orientation, attributions, affect, and self-esteem change. *Self Identity.* 2002;1(4):313-36.
34. Dweck CS. Can Personality Be Changed? The Role of Beliefs in Personality and Change. *Curr Dir Psychol Sci.* déc 2008;17(6):391-4.
35. Kamins ML, Dweck CS. Person versus process praise and criticism: Implications for contingent self-worth and coping. *Dev Psychol.* 1999;35(3):835-47.
36. Da Fonseca D, Schiano-Lomoriello S, Cury F, Poinso F, Rufo M, Therme P. Validité factorielle d'un questionnaire mesurant les théories implicites de l'intelligence (TIDI). *L'Encéphale.* sept 2007;33(4):579-84.
37. Turner JC, Patrick H. Motivational Influences on Student Participation in Classroom Learning Activities. *Teach Coll Rec.* 2004;106(9):1759-85.
38. Kray LJ, Haselhuhn MP. Implicit negotiation beliefs and performance: Experimental and longitudinal evidence. *J Pers Soc Psychol.* 2007;93(1):49-64.
39. Burnette JL. Implicit theories of body weight: entity beliefs can weigh you down. *Pers Soc Psychol Bull.* mars 2010;36(3):410-22.
40. Kammrath LK, Dweck C. Voicing conflict: preferred conflict strategies among incremental and entity theorists. *Pers Soc Psychol Bull.* nov 2006;32(11):1497-508.
41. Ommundsen Y. Implicit theories of ability and self-regulation strategies in physical education classes. *Educ Psychol.* 2003;23(2):141-57.
42. Dweck CS. *Mindset: The new psychology of success.* New York, NY, US: Random House; 2006. x, 276. (Mindset: The new psychology of success.)

43. Burnette JL, O'Boyle EH, VanEpps EM, Pollack JM, Finkel EJ. Mind-sets matter: a meta-analytic review of implicit theories and self-regulation. *Psychol Bull.* mai 2013;139(3):655-701.
44. Martin AJ, Nejad HG, Colmar S, Liem GAD. Adaptability: How students' responses to uncertainty and novelty predict their academic and non-academic outcomes. *J Educ Psychol.* 2013;105(3):728-46.
45. Dweck CS. *Self-theories : their role in motivation, personality, and development* [Internet]. Philadelphia : Psychology Press; 1999 [cité 25 juill 2018]. Disponible sur: <https://trove.nla.gov.au/version/39669036>
46. Alesi M, Rappo G, Pepi A. Investigating the Improvement of Decoding Abilities and Working Memory in Children with Incremental or Entity Personal Conceptions of Intelligence: Two Case Reports. *Front Psychol.* 2015;6:1939.
47. Müllensiefen D, Harrison P, Caprini F, Fancourt A. Investigating the importance of self-theories of intelligence and musicality for students' academic and musical achievement. *Front Psychol* [Internet]. 5 nov 2015 [cité 26 juill 2018];6. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4633492/>
48. Martin AJ. Self-handicapping and defensive pessimism : predictors and consequences from a self-worth motivation perspective. 1998 [cité 26 juill 2018]; Disponible sur: <https://researchdirect.westernsydney.edu.au/islandora/object/uws%3A587/>
49. Dweck CS, Chiu C, Hong Y. Implicit Theories: Elaboration and Extension of the Model. *Psychol Inq.* 1995;6(4):322-33.
50. Spinath B, Spinath FM, Riemann R, Angleitner A. Implicit theories about personality and intelligence and their relationship to actual personality and intelligence. *Personal Individ Differ.* 1 sept 2003;35(4):939-51.
51. Costa A, Faria L. Implicit Theories of Intelligence and Academic Achievement: A Meta-Analytic Review. *Front Psychol* [Internet]. 5 juin 2018 [cité 26 juill 2018];9. Disponible sur: <https://www.frontiersin.org/article/10.3389/fpsyg.2018.00829/full>
52. Cury F, Elliot AJ, Da Fonseca D, Moller AC. The social-cognitive model of achievement motivation and the 2 x 2 achievement goal framework. *J Pers Soc Psychol.* avr 2006;90(4):666-79.
53. Cury F, Da Fonseca D, Zahn I, Elliot A. Implicit theories and IQ test performance: A sequential mediational analysis. *J Exp Soc Psychol.* mai 2008;44(3):783-91.
54. Da Fonseca D, Cury F, Santos A, Payen V, Bounoua L, Brisswalter J, et al. When Depression Mediates the Relationship Between Entity Beliefs and Performance. *Child Psychiatry Hum Dev.* juin 2009;40(2):213-22.
55. Da Fonseca D, Cury F, Santos A, Sarrazin P, Poinso F, Deruelle C. How to increase academic performance in children with oppositional defiant disorder? An implicit theory effect. *J Behav Ther Exp Psychiatry.* sept 2010;41(3):234-7.

56. Schleider JL, Abel MR, Weisz JR. Implicit theories and youth mental health problems: a random-effects meta-analysis. *Clin Psychol Rev.* févr 2015;35:1-9.
57. Ferguson ED, de Charms R. Enhancing Motivation: Change in the Classroom. *Am J Psychol.* juin 1977;90(2):333.
58. Black AE, Deci EL. The effects of instructors' autonomy support and students' autonomous motivation on learning organic chemistry: A self-determination theory perspective. *Sci Educ.* 2000;84(6):740-56.
59. Deci EL, Schwartz AJ, Sheinman L, Ryan RM. An instrument to assess adults' orientations toward control versus autonomy with children: Reflections on intrinsic motivation and perceived competence. *J Educ Psychol.* 1981;73(5):642-50.
60. Reeve J, Bolt E, Cai Y. Autonomy-supportive teachers: How they teach and motivate students. *J Educ Psychol.* 1999;91(3):537-48.
61. Reeve J, Jang H. What teachers say and do to support students' autonomy during a learning activity. *J Educ Psychol.* 2006;98(1):209-18.
62. Leroy N, Bressoux P, Sarrazin P, Trouilloud D. Impact of teachers' implicit theories and perceived pressures on the establishment of an autonomy supportive climate. *Eur J Psychol Educ.* déc 2007;22(4):529-45.
63. Mascret N, Roussel P, Cury F. Using implicit measures to highlight science teachers' implicit theories of intelligence. *Eur J Psychol Educ.* sept 2015;30(3):269-80.
64. Good C, Rattan A, Dweck CS. Why do women opt out? Sense of belonging and women's representation in mathematics. *J Pers Soc Psychol.* 2012;102(4):700-17.
65. Stipek DJ, Givvin KB, Salmon JM, MacGyvers VL. Teachers' beliefs and practices related to mathematics instruction. *Teach Teach Educ.* févr 2001;17(2):213-26.
66. Plaut VC, Markus HR. The « Inside » Story: A Cultural-Historical Analysis of Being Smart and Motivated, American Style. In: *Handbook of competence and motivation.* New York, NY, US: Guilford Publications; 2005. p. 457-88.
67. Butler R. Making judgments about ability: the role of implicit theories of ability in moderating inferences from temporal and social comparison information. *J Pers Soc Psychol.* mai 2000;78(5):965-78.
68. Heslin PA, Latham GP, VandeWalle D. The effect of implicit person theory on performance appraisals. *J Appl Psychol.* sept 2005;90(5):842-56.
69. Plaks JE, Stroessner SJ, Dweck CS, Sherman JW. Person theories and attention allocation: preferences for stereotypic versus counterstereotypic information. *J Pers Soc Psychol.* juin 2001;80(6):876-93.

70. Rattan A, Good C, Dweck CS. "It's ok — Not everyone can be good at math": Instructors with an entity theory comfort (and demotivate) students. *J Exp Soc Psychol.* mai 2012;48(3):731-7.
71. Arboleda-Flórez J, Stuart H. From Sin to Science: Fighting the Stigmatization of Mental Illnesses. *Can J Psychiatry.* août 2012;57(8):457-63.
72. Parcesepe AM, Cabassa LJ. Public stigma of mental illness in the United States: a systematic literature review. *Adm Policy Ment Health.* sept 2013;40(5):384-99.
73. Seeman N, Tang S, Brown AD, Ing A. World survey of mental illness stigma. *J Affect Disord.* 15 janv 2016;190:115-21.
74. Payne S. *Mental Health, Poverty and Social Exclusion.* :4.
75. Arboleda-Flórez J. Considerations on the Stigma of Mental Illness. *Can J Psychiatry.* nov 2003;48(10):645-50.
76. Sartorius N. Iatrogenic stigma of mental illness. *BMJ.* 22 juin 2002;324(7352):1470-1.
77. Weiss MG, Ramakrishna J, Somma D. Health-related stigma: Rethinking concepts and interventions. *Psychol Health Med.* 2006;11(3):277-87.
78. Corrigan PW. How Clinical Diagnosis Might Exacerbate the Stigma of Mental Illness. *Soc Work.* 1 janv 2007;52(1):31-9.
79. Halter MJ. The stigma of seeking care and depression. *Arch Psychiatr Nurs.* 1 oct 2004;18(5):178-84.
80. Kalisova L, Michalec J, Hadjipapanicolaou D, Raboch J. Factors influencing the level of self-stigmatisation in people with mental illness. *Int J Soc Psychiatry.* 2018;64(4):374-80.
81. Schandrin A, Norton J, Raffard S, Aouizerate B, Berna F, Brunel L, et al. A multi-dimensional approach to the relationship between insight and aggressiveness in schizophrenia: Findings from the FACE-SZ cohort. *Schizophr Res* [Internet]. août 2018 [cité 27 août 2018]; Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0920996418304742>
82. Boyd JE, Adler EP, Otilingam PG, Peters T. Internalized Stigma of Mental Illness (ISMI) Scale: A multinational review. *Compr Psychiatry.* janv 2014;55(1):221-31.
83. World Health Organization. *Mental health declaration for Europe: Facing the challenges, building solutions.* First WHO European ministerial conference on mental health, Helsinki, Finland. 2005.
84. Faulkner A. Stigma is still a significant concern in mental health. *Ment Health Today Brighton Engl.* 8 janv 2014;17.

85. Cremonini V, Pagnucci N, Giacometti F, Rubbi I. Health Care Professionals Attitudes Towards Mental Illness: Observational Study Performed at a Public Health Facility in Northern Italy. *Arch Psychiatr Nurs.* févr 2018;32(1):24-30.
86. Liggins J, Hatcher S. Stigma toward the mentally ill in the general hospital: a qualitative study. *Gen Hosp Psychiatry.* 1 sept 2005;27(5):359-64.
87. Ross CA, Goldner EM. Stigma, negative attitudes and discrimination towards mental illness within the nursing profession: a review of the literature. *J Psychiatr Ment Health Nurs.* 1 août 2009;16(6):558-67.
88. Smith GB, Hukill E. Nurses Impaired by Emotional and Psychological Dysfunction. *J Am Psychiatr Nurses Assoc.* 1996;2(6):192-200.
89. Thornicroft G. *Shunned: discrimination against people with mental illness.* Vol. 399. Oxford university press Oxford; 2006.
90. Adriaensen K, Pieters G, De Lepeleire J. [Stigmatisation of psychiatric patients by general practitioners and medical students: a review of the literature]. *Tijdschr Voor Psychiatr.* 2011;53(12):885-94.
91. Bailey SR. An exploration of critical care nurses' and doctors' attitudes towards psychiatric patients. *Aust J Adv Nurs Q Publ R Aust Nurs Fed.* mai 1998;15(3):8-14.
92. Patterson P, Whittington R, Bogg J. Measuring nurse attitudes towards deliberate self-harm: the Self-Harm Antipathy Scale (SHAS). *J Psychiatr Ment Health Nurs.* août 2007;14(5):438-45.
93. Happell B. Mental Health Nursing: challenging stigma and discrimination towards people experiencing a mental illness. *Int J Ment Health Nurs.* mars 2005;14(1):1.
94. Lethoba KG, Netswera FG, Rankhumise E. How professional nurses in a general hospital setting perceive mentally ill patients. *Curationis.* nov 2006;29(4):4-11.
95. Mavundla T, Poggenpoel M, Antoinette G. Professional nurses' experience of violence when nursing mentally ill people in general hospital settings: A phenomenological study. *Health SA Gesondheid J Interdiscip Health Sci.* 1998;4.
96. The orphans of medicare - The Globe and Mail [Internet]. [cité 28 août 2018]. Disponible sur: <https://www.theglobeandmail.com/news/national/the-orphans-of-medicare/article17988078/>
97. Loch AA, Guarniero FB, Lawson FL, Hengartner MP, Rössler W, Gattaz WF, et al. Stigma toward schizophrenia: do all psychiatrists behave the same? Latent profile analysis of a national sample of psychiatrists in Brazil. *BMC Psychiatry.* 21 mars 2013;13:92.

98. Holmes CA. The slow death of psychiatric nursing: what next? *J Psychiatr Ment Health Nurs.* août 2006;13(4):401-15.
99. Gouthro TJ. Recognizing and Addressing the Stigma Associated with Mental Health Nursing: A Critical Perspective. *Issues Ment Health Nurs.* 1 janv 2009;30(11):669-76.
100. Bassiri M, Lyons Z, Hood S. Stigmatisation of psychiatrists. :10.
101. Brenner A. Stigma about mental illness steers medical students away from psychiatry [Internet]. *The Conversation.* [cité 27 août 2018]. Disponible sur: <http://theconversation.com/stigma-about-mental-illness-steers-medical-students-away-from-psychiatry-34298>
102. Ghebrehiwet T, Barrett T. Nurses and mental health services in developing countries. *The Lancet.* sept 2007;370(9592):1016-7.
103. Hinshaw SP. *The Mark of Shame: Stigma of Mental Illness and an Agenda for Change.* Oxford University Press; 2009. 350 p.
104. Horton R. Launching a new movement for mental health. *The Lancet.* sept 2007;370(9590):806.
105. Inzlicht M, Schmader T. *Stereotype Threat: Theory, Process, and Application* [Internet]. Oxford University Press; 2011 [cité 11 août 2018]. Disponible sur: <http://www.oxfordscholarship.com/view/10.1093/acprof:oso/9780199732449.001.0001/acprof-9780199732449>
106. Steele CM, Aronson J. Stereotype threat and the intellectual test performance of African Americans. *J Pers Soc Psychol.* 1995;69(5):797-811.
107. Schmader T, Johns M, Forbes C. An Integrated Process Model of Stereotype Threat Effects on Performance. *Psychol Rev.* avr 2008;115(2):336-56.
108. Steele CM, Spencer SJ, Aronson J. Contending with group image: The psychology of stereotype and social identity threat. *Adv Exp Soc Psychol.* 2002;379-440.
109. Steele CM. A threat in the air. How stereotypes shape intellectual identity and performance. *Am Psychol.* juin 1997;52(6):613-29.
110. Beilock SL, Rydell RJ, McConnell AR. Stereotype threat and working memory: Mechanisms, alleviation, and spillover. *J Exp Psychol Gen.* 2007;136(2):256-76.
111. Quinn DM, Kahng SK, Crocker J. Discreditable: Stigma Effects of Revealing a Mental Illness History on Test Performance. *Pers Soc Psychol Bull.* juill 2004;30(7):803-15.
112. Altemeyer B. *Enemies of freedom: Understanding right-wing authoritarianism.* San Francisco, CA, US: Jossey-Bass; 1988. xxix, 378. (*Enemies of freedom: Understanding right-wing authoritarianism*).

113. Adorno, Frenkel-Brunswick, Levinson, Sanford. *The authoritarian personality*. New York: Harper. 1950.
114. Neuberg SL, Newsom JT. Personal Need for Structure: Individual Differences in the Desire for Simple Structure. *J Pers Soc Psychol*. juill 1993;65(1):113-31.
115. Fletcher GJO, Danilovics P, Fernandez G, Peterson D, Reeder GD. Attributional complexity: An individual differences measure. *J Pers Soc Psychol*. 1986;51(4):875-84.
116. Jarvis G, Petty RE. The need to evaluate. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1996;(70):172–196.
117. Cacioppo JT, Petty RE. The need for cognition. *J Pers Soc Psychol*. 1982;42(1):116-31.
118. Webster DM, Kruglanski AW. Individual differences in need for cognitive closure. *J Pers Soc Psychol*. déc 1994;67(6):1049-62.
119. Aronson J, Fried CB, Good C. Reducing the Effects of Stereotype Threat on African American College Students by Shaping Theories of Intelligence. *J Exp Soc Psychol*. mars 2002;38(2):113-25.
120. Delouvé S. *Psychologie sociale*. Paris: Dunod; 2010.
121. Rydell RJ, Hugenberg K, Ray D, Mackie DM. Implicit Theories About Groups and Stereotyping: The Role of Group Entitativity. *Pers Soc Psychol Bull*. avr 2007;33(4):549-58.
122. Froehlich L, Martiny SE, Deaux K, Goetz T, Mok SY. Being smart or getting smarter: Implicit theory of intelligence moderates stereotype threat and stereotype lift effects. *Br J Soc Psychol*. sept 2016;55(3):564-87.
123. Brothwell DR. *Digging Up Bones: The Excavation, Treatment and Study of Human Skeletal Remains*. British Museum (Natural History); 1972. 236 p.
124. Davison K. Historical aspects of mood disorders. *Psychiatry*. 2006;5(4):115-8.
125. Laffey P. Psychiatric therapy in Georgian Britain. *Psychol Med*. oct 2003;33(7):1285-97.
126. LIU J, MA H, HE Y-L, XIE B, XU Y-F, TANG H-Y, et al. Mental health system in China: history, recent service reform and future challenges. *World Psychiatry*. oct 2011;10(3):210-6.
127. Lalanne B, Méta G. *Le texte médical du Papyrus Ebers Transcription hiéroglyphique, translittération, traduction, glossaire et index*. Safran. 2017. (Langues et cultures anciennes (LCA)).
128. Bhugra D. Psychiatry in ancient Indian texts: a review. *Hist Psychiatry*. juin 1992;3(10):167-86.

129. American Academy Of Child And Adolescent Psychiatry. Talking To Kids About Mental Illnesses. 2017;
130. Taylor SM, Dear MJ. Scaling community attitudes toward the mentally ill. *Schizophr Bull.* 1981;7(2):225-40.
131. Garcia C, Golay P, Favrod J, Bonsack C. French Translation and Validation of Three Scales Evaluating Stigma in Mental Health. *Front Psychiatry* [Internet]. 18 déc 2017 [cité 19 juin 2018];8. Disponible sur: <http://journal.frontiersin.org/article/10.3389/fpsy.2017.00290/full>
132. Silva RD de C, Albuquerque SGC, Muniz A de V, Filho PPR, Ribeiro S, Pinheiro PR, et al. Reducing the Schizophrenia Stigma: A New Approach Based on Augmented Reality. *Comput Intell Neurosci* [Internet]. 2017 [cité 11 sept 2018];2017. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5727661/>
133. Schunk DH. Implicit Theories and Achievement Behavior. *Psychol Inq.* oct 1995;6(4):311-4.
134. Anderson CA. Implicit theories in broad perspective. *Psychol Inq.* 1995;6(4):286-90.
135. Dinger FC, Dickhäuser O. Does implicit theory of intelligence cause achievement goals? Evidence from an experimental study. *Int J Educ Res.* 2013;Complete(61):38-47.
136. Scott DJ, Philip AE. Attitudes of psychiatric nurses to treatment and patients. *Br J Med Psychol.* juin 1985;58(2):169-73.
137. Tay S-EC, Pariyasami S, Ravindran K, Ali MIA, Rowsudeen MT. Nurses' attitudes toward people with mental illnesses in a psychiatric hospital in Singapore. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv.* oct 2004;42(10):40-7.
138. Björkman T, Angelman T, Jönsson M. Attitudes towards people with mental illness: a cross-sectional study among nursing staff in psychiatric and somatic care. *Scand J Caring Sci.* juin 2008;22(2):170-7.
139. Chambers M, Guise V, Välimäki M, Botelho MAR, Scott A, Staniulienė V, et al. Nurses' attitudes to mental illness: A comparison of a sample of nurses from five European countries. *Int J Nurs Stud.* mars 2010;47(3):350-62.
140. COUTURE S, PENN D. Interpersonal contact and the stigma of mental illness: A review of the literature. *J Ment Health.* 1 janv 2003;12(3):291-305.
141. van der Kluit MJ, Goossens PJJ. Factors influencing attitudes of nurses in general health care toward patients with comorbid mental illness: an integrative literature review. *Issues Ment Health Nurs.* 2011;32(8):519-27.
142. Haimovitz K, Dweck CS. The Origins of Children's Growth and Fixed Mindsets: New Research and a New Proposal. *Child Dev.* nov 2017;88(6):1849-59.

143. Tamir M, John OP, Srivastava S, Gross JJ. Implicit theories of emotion: affective and social outcomes across a major life transition. *J Pers Soc Psychol.* avr 2007;92(4):731-44.
144. Mental Health - Project Implicit [Internet]. [cité 20 juin 2018]. Disponible sur: <https://implicit.harvard.edu/implicit/user/pimh/linkinfo.html>

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans **aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions**. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas **usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité**.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai **jamais leur confiance** et **n'exploiterai pas le pouvoir hérité** des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.