



HAL
open science

Stigmatisation des patients avec un diagnostic psychiatrique en médecine somatique : une revue de la littérature et présentation d'un protocole de recherche

Jonathan Trichet

► To cite this version:

Jonathan Trichet. Stigmatisation des patients avec un diagnostic psychiatrique en médecine somatique : une revue de la littérature et présentation d'un protocole de recherche. Sciences du Vivant [q-bio]. 2019. dumas-02401753

HAL Id: dumas-02401753

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02401753>

Submitted on 10 Dec 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.



**Faculté des sciences
médicales et paramédicales**
Aix-Marseille Université

**Stigmatisation des patients avec un diagnostic psychiatrique
en médecine somatique :
une revue de la littérature et présentation d'un protocole de recherche.**

T H È S E

Présentée et publiquement soutenue devant

**LA FACULTÉ DES SCIENCES MÉDICALES ET PARAMÉDICALES
DE MARSEILLE**

Le 29 Octobre 2019

Par Monsieur Jonathan TRICHET

Né le 7 février 1989 à Carpentras (84)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de PSYCHIATRIE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur NAUDIN Jean	Président
Monsieur le Docteur (MCU-PH) GUIVARCH Jokthan	Assesseur
Monsieur le Docteur (MCU-PH) CERMOLACCE Michel	Assesseur
Monsieur le Docteur BELZEAUX Raoul	Directeur
Madame le Docteur BORGES DA SILVA Virginie	Assesseur



**Faculté des sciences
médicales et paramédicales**
Aix-Marseille Université

**Stigmatisation des patients avec un diagnostic psychiatrique
en médecine somatique :
une revue de la littérature et présentation d'un protocole de recherche.**

T H È S E

Présentée et publiquement soutenue devant

**LA FACULTÉ DES SCIENCES MÉDICALES ET PARAMÉDICALES
DE MARSEILLE**

Le 29 Octobre 2019

Par Monsieur Jonathan TRICHET

Né le 7 février 1989 à Carpentras (84)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de PSYCHIATRIE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur NAUDIN Jean	Président
Monsieur le Docteur (MCU-PH) GUIVARCH Jokthan	Assesseur
Monsieur le Docteur (MCU-PH) CERMOLACCE Michel	Assesseur
Monsieur le Docteur BELZEAUX Raoul	Directeur
Madame le Docteur BORGES DA SILVA Virginie	Assesseur

AIX-MARSEILLE UNIVERSITE

Président : Yvon BERLAND

FACULTE DES SCIENCES MEDICALES ET PARAMEDICALES

Administrateur provisoire: Georges LEONETTI

Affaires Générales : Patrick DESSI
Professions Paramédicales : Philippe BERBIS

Asseseurs :

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

MM NOIRCLERC Michel
OLMER Michel
OREHEK Jean
PAPY Jean-Jacques
PAULIN Raymond
PELOUX Yves
PENAUD Antony
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
RIDINGS Bernard
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
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)

PROFESSEURS EMERITE

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	RUF0 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

2018

M. le Professeur	MARANINCHI Dominique	31/08/2021
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2019
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2019

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

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

PAGANELLI Franck	ROCHE Pierre-Hugues	THOMAS Pascal
PANUEL Michel	ROCH Antoine	THUNY Franck
PAPAZIAN Laurent	ROCHWERGER Richard	TREBUCHON-DA FONSECA Agnès
PAROLA Philippe	ROLL Patrice	TRIGLIA Jean-Michel
<i>PARRATTE Sébastien Disponibilité</i>	ROSSI Dominique	TROPIANO Patrick
PELISSIER-ALICOT Anne-Laure	ROSSI Pascal	TSIMARATOS Michel
PELLETIER Jean	ROUDIER Jean	TURRINI Olivier
PERRIN Jeanne	SALAS Sébastien	VALERO René
PETIT Philippe	<i>SAMBUC Roland Surnombre</i>	VAROQUAUX Arthur Damien
PHAM Thao	SARLES Jacques	VELLY Lionel
PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominique	SARLES/PHILIP Nicole	VEY Norbert
PIQUET Philippe	SARLON-BARTOLI Gabrielle	VIDAL Vincent
PIRRO Nicolas	SCAVARDA Didier	VIENS Patrice
POINSO François	SCHLEINITZ Nicolas	VILLANI Patrick
RACCAH Denis	SEBAG Frédéric	VITON Jean-Michel
RANQUE Stéphane	SEITZ Jean-François	VITTON Véronique
RAOULT Didier	SIELEZNEFF Igor	VIEHWEGER Heide Elke
REGIS Jean	SIMON Nicolas	VIVIER Eric
REYNAUD/GAUBERT Martine	STEIN Andréas	XERRI Luc
REYNAUD Rachel	TAIEB David	
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth	THIRION Xavier	

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

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIEN HOSPITALIER

ACHARD Vincent (<i>disponibilité</i>)	EBBO Mikaël	NGUYEN PHONG Karine
AHERFI Sarah	FABRE Alexandre	NINOVE Laetitia
ANGELAKIS Emmanouil (<i>dispo oct 2018</i>)	FAURE Alice	NOUGAIREDE Antoine
ATLAN Catherine (<i>disponibilité</i>)	FOLETTI Jean- Marc	OLLIVIER Matthieu
BARTHELEMY Pierre	FOUILLOUX Virginie	OVAERT Caroline
BEGE Thierry	FROMNOT Julien	PAULMYER/LACROIX Odile
BELIARD Sophie	GASTALDI Marguerite	PESENTI Sébastien
BERBIS Julie	GELSI/BOYER Véronique	RESSEGUIER Noémie
BERGE-LEFRANC Jean-Louis	GIUSIANO Bernard	REY Marc
BERTRAND Baptiste	GIUSIANO COURCAMBECK Sophie	ROBERT Philippe
BEYER-BERJOT Laura	GONZALEZ Jean-Michel	SABATIER Renaud
BIRNBAUM David	GOURIET Frédérique	SARI-MINODIER Irène
BONINI Francesca	GRAILLON Thomas	SAVEANU Alexandru
BOUCRAUT Joseph	GRISOLI Dominique	SECQ Véronique
BOULAMERY Audrey	GUERIN Carole	SUCHON Pierre
BOULLU/CIOCCA Sandrine	GUENOUN MEYSSIGNAC Daphné	TABOURET Emeline
BUFFAT Christophe	GUIDON Catherine	TOGA Caroline
CAMILLERI Serge	HAUTIER/KRAHN Aurélie	TOGA Isabelle
CARRON Romain	HRAIECH Sami	TOMASINI Pascale
CASSAGNE Carole	KASPI-PEZZOLI Elise	TOSELLO Barthélémy
CHAUDET Hervé	L'OLLIVIER Coralie	TROUSSE Delphine
CHRETIEN Anne-Sophie	LABIT-BOUVIER Corinne	TUCHTAN-TORRENTS Lucile
COZE Carole	LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina	VELY Frédéric
CUNY Thomas	LAGIER Aude (<i>disponibilité</i>)	VION-DURY Jean
DADOUN Frédéric (<i>disponibilité</i>)	LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude	ZATTARA/CANNONI Hélène
DALES Jean-Philippe	LEVY/MOZZICONACCI Annie	
DAUMAS Aurélie	LOOSVELD Marie	
DEGEORGES/VITTE Joëlle	MANCINI Julien	
DELLIAUX Stéphane	MARY Charles	
DESPLAT/JEGO Sophie	MASCAUX Céline	
DEVILLIER Raynier	MAUES DE PAULA André	
DUBOURG Grégory	MILLION Matthieu	
DUFOUR Jean-Charles	MOTTOLA GHIGO Giovanna	

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

(mono-appartenants)

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

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

CASANOVA Ludovic
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

MATHIEU Marion
REVIS Joana

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)
LEONE Marc (PU-PH)
MICHEL Fabrice (PU-PH)
VELLY Lionel (PU-PH)

GUIDON Catherine (MCU-PH)

ANGLAIS 11

BRANDENBURGER Chantal (PRCE)

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

METZLER/GUILLEMAIN Catherine (PU-PH)
PERRIN Jeanne (PU-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)
DUFOR Jean-Charles (MCU-PH)
GIUSIANO Bernard (MCU-PH)
MANCINI Julien (MCU-PH)

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

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)

AHERFI Sarah (MCU-PH)
ANGELAKIS Emmanouil (MCU-PH) disponibilité octobre 2018
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)
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)
SIELEZNEFF Igor (PU-PH)

BEYER-BERJOT Laura (MCU-PH)

CHIRURGIE GENERALE 5302

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 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) Disponibilité
 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)
 SALAS Sébastien (PU-PH)
 VIENS Patrice (PU-PH)

SABATIER Renaud (MCU-PH)
 TABOURET Emeline (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)
 BOUFI Mourad (PU-PH)
 MAGNAN Pierre-Edouard (PU-PH)
 PIQUET Philippe (PU-PH)
 SARLON-BARTOLI Gabrielle (PU PH)

HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE 4202

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)
 CUNY Thomas (MCU PH)

EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION 4601

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

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

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

CHIRURGIE INFANTILE 5402

GUYS Jean-Michel (PU-PH)
 JOUVE Jean-Luc (PU-PH)
 LAUNAY Franck (PU-PH)
 MERROT Thierry (PU-PH)
 VIEHWEGER Heide Elke (PU-PH)
 FAURE Alice (MCU PH)
 PESENTI Sébastien (MCU-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)

BERTRAND Baptiste (MCU-PH)
 HAUTIER/KRAHN Aurélie (MCU-PH)

GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE ; ADDICTOLOGIE 5201

BARTHET Marc (PU-PH)
 BERNARD Jean-Paul (PU-PH)
BOTTA-FRIDLUND Danielle (PU-PH) Surnombre
 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 Héléne (MCU-PH)

GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5403

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

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)
 CHRETIEN Anne-Sophie (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 D'URGENCE 4805

KERBAUL François (PU-PH)
 MICHELET Pierre (PU-PH)

**MEDECINE INTERNE ; GERIATRIE ET BIOLOGIE DU
 VEILLISSEMENT ; 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)

IMMUNOLOGIE ; 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)

DEVILLIER Raynier (MCU PH)
 GELSI/BOYER Véronique (MCU-PH)
 LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina (MCU-PH)
 LOOSVELD Marie (MCU-PH)
 SUCHON Pierre (MCU-PH)

POGGI Marjorie (MCF) (64ème section)

MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE 4603

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

OPHTALMOLOGIE 5502

DENIS Danièle (PU-PH)
 HOFFART Louis (PU-PH) *Disponibilité*
 MATONTI Frédéric (PU-PH) *Disponibilité*

PEDEPSYCHIATRIE; 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)
 MICHEL Justin (PU-PH)
 NICOLLAS Richard (PU-PH)
 TRIGLIA Jean-Michel (PU-PH)
 DEVEZE Arnaud (MCU-PH) *Disponibilité*
 REVIS Joana (MAST) (Orthophonie) (7ème Section)

**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)

PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE 4502

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

PHILOSOPHIE 17

LE COZ Pierre (PR) (17ème section)
 MATHIEU Marion (MAST)

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)
 OVAERT Caroline (MCU-PH)
 TOSELLO Barthélémy (MCU-PH)

PHYSIOLOGIE 4402

BARTOLOMEI Fabrice (PU-PH)
 BREGEON Fabienne (PU-PH)
 GABORIT Bénédicte (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)
 DADOUN Frédéric (MCU-PH) (*disponibilité*)
 DELLIAUX Stéphane (MCU-PH)
 REY Marc (MCU-PH)

PSYCHIATRIE D'ADULTES ; ADDICTOLOGIE 4903

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

RUEL Jérôme (MCF) (69ème section)
 THIRION Sylvie (MCF) (66ème section)

PSYCHOLOGIE - PSYCHOLOGIE CLINIQUE, PCYCHOLOGIE SOCIALE 16

AGHABABIAN Valérie (PR)

PNEUMOLOGIE; ADDICTOLOGIE 5101**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)

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 (MCU-PH)

REANIMATION MEDICALE ; MEDECINE URGENCE 4802

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

THERAPEUTIQUE; MEDECINE D'URGENCE; ADDICTOLOGIE 4804

AMBROSI Pierre (PU-PH)
 VILLANI Patrick (PU-PH)

DAUMAS Aurélie (MCU-PH)

RHUMATOLOGIE 5001

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

UROLOGIE 5204

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

REMERCIEMENTS

AU PRESIDENT DU JURY

Monsieur le Professeur Jean NAUDIN

Vous me faites l'honneur d'accepter la présidence du jury de cette thèse, je vous en remercie très sincèrement. Je vous remercie pour la richesse de vos enseignements tout au long de mon cursus médical, que ce soit pendant l'externat ou l'internat. Je vous remercie également de votre confiance et d'avoir accepté de diriger mon mémoire de D.E.S. Je vous prie de bien vouloir accepter l'expression de ma reconnaissance et de mon profond respect.

AU DIRECTEUR DE THESE

Monsieur le Docteur Raoul BELZEAUX

Vous m'avez fait l'honneur d'accepter de diriger ce travail de thèse. Je vous remercie de votre bienveillance, de votre disponibilité ainsi que des connaissances que vous m'avez transmises durant la préparation de ce travail. Merci également pour votre aide dans la méthodologie, la rédaction et dans vos remarques toujours justes afin d'améliorer cette thèse. Veuillez trouver ici le témoignage de ma reconnaissance et de mon profond respect.

AUX ASSESSEURS

Monsieur le Docteur Michel CERMOLACCE

Je vous suis très reconnaissant d'avoir accepté de juger ce travail de thèse. J'ai eu la chance d'avoir pu exercer par moments à vos côtés lors de mon stage en secteur fermé. J'ai apprécié m'imprégner de la finesse de vos analyses cliniques ainsi que de votre grand professionnalisme. Je vous prie d'accepter l'expression de ma reconnaissance et de mon profond respect.

Monsieur le Docteur Jokthan GUIVARCH

Je vous suis très reconnaissant d'avoir accepté de juger ce travail de thèse. Je n'ai malheureusement pas pu travailler avec vous directement au cours de mon internat. Néanmoins j'ai pu bénéficier de votre enseignement de qualité au cours de mon externat. Je vous prie d'accepter l'expression de ma reconnaissance et de mon profond respect.

Madame le Docteur Virginie BORGES DA SILVA

Je te suis très reconnaissant d'avoir accepté de siéger de mon jury de thèse. Tu as été ma première cheffe en tant qu'interne (FFI plus exactement). Je te remercie pour toutes les bases que tu m'as transmises sur lesquelles j'ai pu entamer et traverser mon internat sans embûches. Merci également pour ta disponibilité et ta bienveillance envers moi. Ton sens clinique et tes qualités humaines sont restés et resteront un exemple.

A LA FAMILLE ET AUX AMIS

A ma femme, Agnès, qui m'a remis dans le chemin des études après une longue période d'errance. Merci pour ton soutien sans faille durant ce long cursus et ce malgré les moments douloureux que nous avons traversés. Merci pour avoir été le comité de relecture et avoir rendu ce travail lisible pour les autres. Je chéris tous les jours passés à tes côtés. Je t'aime.

A ma maman, Dominique, sans qui je n'aurais probablement pas entrepris de telles études. Merci de m'avoir motivé, voire poussé au cul, au cours de ma scolarité afin d'avoir les outils en main pour pouvoir réussir dans la vie tout ce que je souhaitais entreprendre. Merci d'avoir toujours respecté mes choix et de ne m'avoir rien imposé (à part la réussite) et pour ton amour sans faille.

A mon papa, Michel, qui je le sais me regarde là d'où il est. Merci d'avoir toujours cru en moi et d'avoir toujours été fier de moi. Merci de m'avoir transmis ton amour du cinéma et de la bande dessinée, mes deux passions grâce auxquelles j'ai rencontré la femme de ma vie. Tu me manques tous les jours.

A mon papa, Frédéric, qui a toujours été patient avec moi dans mes moments d'égarement. Merci pour ta générosité et de m'avoir toujours éduqué comme ton fils. Merci de m'avoir appris la valeur du travail et de la nécessité de ne pas se reposer sur ses lauriers.

A mon frère, Julien, qui a toujours été à mes côtés. Merci pour toutes les merveilleuses années qu'on a passées ensemble, pour le comptage des raviolis et des pâtes (c'est important que tout le monde ait la même quantité). Merci pour les week-ends passés chez papa. Merci pour ton sens de la mode pointu et d'avoir fait la fashion police quand c'était nécessaire. Je n'aurais pas pu rêver d'un meilleur frère avec qui grandir.

A mes grands-parents, Michele et Pierre qui ne sont plus là et qui n'ont malheureusement pas pu suivre mes années de fac, je suis sûr qu'ils sont fiers et qu'ils me regardent avec papa. Denise et Xavier, merci de m'avoir accueilli au sein des Defline comme un membre à part entière et merci pour tous mes souvenirs d'enfance avec vous.

A ma belle-mère, Marie-Dominique, qui a toujours pris à cœur ma réussite future. Merci de m'avoir toujours soutenu et aidé dans mes démarches. Merci également pour vos succulents plats. Je suis fier de faire partie de votre famille.

A la famille Defline, Laure, Patrick, Valérie, Gérard, Arnaud, Carmen, Olivier, Vincent, Louis, Valentine et Charles. Merci pour tout ces merveilleux souvenirs et tout ces apéros.

A mes amis d'enfance : Anthony, Vincent, Samy et Skander. Notre amitié infaillible m'a permis de poursuivre ces longues études malgré les périodes difficiles. Merci pour toutes les années scolaires que nous avons passé ensemble de la maternelle au lycée. Sans vous elles n'auraient pas eu la même saveur. Je vous aime les mecs.

Aux broloh : David, Romain et Florent. Merci pour toutes ces années de fac, ces soirées, WEI, critères toujours plus soft les uns que les autres. Je ne les oublierai jamais. Romain merci également pour nos débats ciné endiablés et de répondre au téléphone quand j'ai juste envie de dire des conneries.

A ma sous colle favorite. Merci Adela et Florian pour votre soutien pendant la D4 et pour les conseils que vous m'avez apportés (même si je n'ai toujours pas compris ce qu'ils attendaient au ECN). Merci également de m'aider dans ma pratique de tous les jours quand je cale sur une prise en charge somatique. Et merci pour votre amitié tout simplement.

A mon associé, Valentin. Merci de ta confiance pour notre installation en libéral. J'ai hâte de voir ce que le futur nous réserve et de me lancer dans cette aventure professionnelle avec toi. Qui sait ? Peut-être que dans 10 ans tu seras sénateur avec un chauffeur.

A mon fils spirituel, Renaud. Merci d'avoir pris ma relève avec autant de dignité et de ferveur. Merci pour toutes les aventures que nous avons vécues au détour d'une rue et de 4 pintes.

A Hugo Turbé, grand défenseur du cinéma de genre devant l'éternel. Merci de partager cette passion pour le fantastique, le gore et le nanardesque avec moi. Merci d'avoir été là tout au long de l'externat. Bruce Campbell rules.

A mes compagnons dans le crime faluchard, Guillaume Birman dit Guizmo et Stiff. C'était un honneur d'organiser tous ces baptêmes avec vous. Les before/after Guitar Hero resteront à jamais gravés dans ma mémoire. Merci pour toutes ces grandes réflexions sur la vie : « Dans une bouteille, il y a 6 verres ».

Aux porchiots, Brian, Charles et Sadri. Merci pour tout le gras ingurgité (surtout grâce à Brian). Merci pour tous les souvenirs à base de Dominator et de musiques soft. « Attendez. Ecoutez. C'est du hardcore non ? ».

A l'homme le plus classe du monde, Fabien B. et sa non moins classe compagne Estelle. Fabien merci pour tes leçons de vie, tu es un homme sage. Estelle c'est toujours un plaisir de débattre et de partager avec toi la culture pop et geek. A Pierre, grand fan de Corto comme toute personne de goût, merci pour ton pragmatisme et également pour tes conseils en somatique.

A ma colocataire pendant 3 ans, Morgan, merci de m'avoir supporté tout ce temps. C'était 3 années formidables.

A mes nouvelles rencontres faites pendant l'internat. Merci à mon éminent confrère le Dr Crapoulet, qui a mis en lumière la myopintie et la poulycrocite, 2 affections qui touchent de plus en plus de monde et dont il est temps de se préoccuper. Merci de m'avoir fait découvrir la salle gueule et pour toutes les soirées passées ensemble. Je suis très heureux d'être ton ami. Merci à Claire Samant, qui a fini par rejoindre les bancs de la faculté de médecine. Merci pour tout l'intérêt que tu portes à la psychiatrie. Merci également pour tout les échanges que nous avons pu avoir autour du cinéma, même si nous ne sommes jamais d'accord. (Promis on reverra THX 1138). Aux sœurs Armand, merci pour votre enthousiasme et votre entrain permanent. On est toujours content de passer des soirées avec vous. Au 100 de la veine, Jade et Thomas, merci pour toute votre aide durant le mariage et notre emménagement et pour les selfies plage corona.

A l'AEM2, à la faluche et au PASTIS.

Table des matières

1. Introduction.....	2
1.1. Pathologies psychiatriques : généralités	2
1.2. La stigmatisation des patients souffrant d'un trouble psychiatrique....	5
1.3. Les comorbidités somatiques chez les patients souffrant d'un trouble psychiatrique.....	6
2. Stigmatisation des patients avec un diagnostic psychiatrique en médecine somatique : Revue systématique de la littérature	8
2.1. Définitions	8
2.2. Méthode.....	8
2.3. Résultats	9
2.3.1. Tableaux récapitulatifs des articles	11
2.3.2. Données socio-démographiques.....	24
2.3.3. Statut Professionnel	25
2.3.4. Expérience avec la psychiatrie	25
2.3.5. Attitudes des professionnels	26
2.4. Conclusion.....	28
3. Protocole de recherche STIGMA.....	29
3.1. Objectif	29
3.2. Matériel et Méthode	30
3.3. Hypothèses	36
4. Cas Cliniques illustratifs.....	37
4.1. Introduction	37
4.2. M. B.....	37
4.3. M. M.....	42
4.4. Conclusion.....	48
5. Conclusion.....	49

1. Introduction

1.1. Pathologies psychiatriques : généralités

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), les pathologies psychiatriques et les troubles du comportement représentent 12% des pathologies mondiales. Pourtant, dans la majorité des pays, les dépenses en santé mentale représentent moins de 1% des dépenses globales en santé. 40% des pays n'ont pas de programme de santé mentale et plus de 90% n'ont pas de programme incluant la prise en charge des enfants et des adolescents (1).

Les pathologies psychiatriques et les troubles du comportement sont caractérisés par une altération dans le processus de pensée, sur le plan de l'humeur et du comportement, associée à une détresse personnelle et/ou un déficit fonctionnel. Il s'agit de phénomènes qui sont clairement anormaux ou pathologiques et doivent durer dans le temps ou avoir de nombreuses récurrences (1).

La Classification Internationale des Maladies (CIM-10), publiée par l'OMS, donne une liste complète de ses maladies mentales et troubles du comportement, et les organise en 11 groupes (2) :

- 1. Troubles mentaux organiques**, y compris les troubles symptomatiques : troubles mentaux ayant en commun une étiologie organique démontrable, à type de maladie ou de lésion cérébrale, ou d'atteinte entraînant un dysfonctionnement du cerveau.
- 2. Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives** : troubles liés à l'utilisation d'une ou de plusieurs substances psychoactives prescrites ou non par un médecin.
- 3. Schizophrénie, trouble schizotypique et troubles délirants** : Les troubles schizophréniques se caractérisent habituellement par des distorsions fondamentales et caractéristiques de la pensée et de la perception, ainsi que par des affects inappropriés ou émoussés. La clarté de l'état de conscience et les capacités intellectuelles sont habituellement préservées, bien que certains déficits des fonctions cognitives puissent apparaître au cours de l'évolution. Le trouble schizotypique se caractérise par un comportement excentrique et des anomalies de la pensée et des affects, ressemblant à celles de la schizophrénie mais ne comportant

aucune anomalie schizophrénique manifeste ou caractéristique à un moment quelconque de l'évolution.

4. Troubles de l'humeur [affectifs] : Ce groupe réunit les troubles dans lesquels la perturbation fondamentale est un changement des affects ou de l'humeur dans le sens d'une dépression (avec ou sans anxiété associée) ou d'une élation. Le changement de l'humeur est habituellement accompagné d'une modification du niveau global d'activité, et la plupart des autres symptômes sont soit secondaires à ces changements de l'humeur et de l'activité, soit facilement compréhensibles dans leur contexte.

5. Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes. On retrouve dans ce groupe :

- les troubles anxieux
- les troubles obsessionnel-compulsifs caractérisés essentiellement par des idées obsédantes ou des comportements compulsifs récurrents
- les réactions à un facteur de stress sévère et les troubles de l'adaptation
- les troubles dissociatifs [de conversion] qui ont en commun une perte partielle ou complète des fonctions normales d'intégration des souvenirs, de la conscience de l'identité ou des sensations immédiates et du contrôle des mouvements corporels, et qui disparaissent après quelques semaines ou mois, en particulier quand leur survenue est associée à un événement traumatique
- les troubles somatoformes qui sont l'apparition de symptômes physiques associés à une quête médicale insistante, persistant en dépit de bilans négatifs répétés et de déclarations faites par les médecins selon lesquelles les symptômes n'ont aucune base organique.

6. Syndromes comportementaux associés à des perturbations physiologiques et à des facteurs physiques. Ceci regroupe :

- les troubles de l'alimentation (anorexie, boulimie)
- les troubles du sommeil non organiques
- les troubles sexuels non organiques
- les troubles mentaux et du comportement associés à la puerpéralité (dans les six premières semaines après l'accouchement), non classés ailleurs
- l'abus de substances n'entraînant pas de dépendance

- les syndromes comportementaux non précisés associés à des perturbations physiologiques et à des facteurs physiques.
- 7. Troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte.** On y retrouve les comportements cliniquement significatifs qui ont tendance à persister et qui sont l'expression de la manière caractéristique de vivre de l'individu et de sa façon d'établir des rapports avec lui-même et avec autrui.
- 8. Retard mental.** Il correspond à l'arrêt ou développement incomplet du fonctionnement mental, caractérisé essentiellement par une altération, durant la période du développement, des facultés qui déterminent le niveau global d'intelligence, c'est-à-dire des fonctions cognitives, du langage, de la motricité et des capacités sociales.
- 9. Troubles du développement psychologique.** Les troubles classés dans ce groupe ont en commun : un début obligatoirement dans la première ou la seconde enfance, une altération ou un retard du développement de fonctions étroitement liées à la maturation biologique du système nerveux central, une évolution continue sans rémission ni rechute.
- 10. Troubles du comportement et troubles émotionnels apparaissant habituellement durant l'enfance et l'adolescence.** Ceci comprend :
- les troubles hyperkinétiques caractérisés par un début précoce (habituellement au cours des cinq premières années de la vie), un manque de persévérance dans les activités qui exigent une participation cognitive et une tendance à passer d'une activité à l'autre sans en finir aucune, associés à une activité globale désorganisée, incoordonnée et excessive
 - les troubles des conduites caractérisés par un ensemble de conduites dyssociales, agressives ou provocatrices, répétitives et persistantes, dans lesquelles sont bafouées les règles sociales correspondant à l'âge de l'enfant
 - les troubles mixtes des conduites et troubles émotionnels caractérisés par la présence d'un comportement agressif, dyssocial ou provocateur, associé à des signes patents et marqués de dépression, d'anxiété ou d'autres troubles émotionnels
 - les troubles émotionnels apparaissant spécifiquement dans l'enfance qui sont l'exacerbation de tendances normales du développement plus que des phénomènes qualitativement anormaux en eux-mêmes

- les troubles du fonctionnement social apparaissant spécifiquement durant l'enfance et l'adolescence caractérisés par la présence d'une perturbation du fonctionnement social survenant durant l'enfance, mais qui ne présentent pas les caractéristiques d'une difficulté ou d'une altération sociale, apparemment constitutionnelle, envahissant tous les domaines du fonctionnement (à l'encontre de troubles envahissants du développement)
- les Tics qui sont des mouvements moteurs ou une vocalisation involontaire, rapide, récurrent et non rythmique (impliquant habituellement des groupes musculaires déterminés), survenant brusquement et sans but apparent.

11. Trouble mental, sans autre indication.

1.2. La stigmatisation des patients souffrant d'un trouble psychiatrique

La stigmatisation de ces patients est un des enjeux majeurs de leur prise en charge. Ce n'est qu'à partir des années 90 que les premières campagnes de sensibilisation de la population générale aux pathologies psychiatriques sont lancées. Les récentes découvertes ont pu mettre en avant des étiologies biologiques dans la survenue des maladies mentales. Que l'état physique puisse influencer sur le mental en fait quelque chose de tangible et les rend plus à même d'être appréhendées par la grand public. Cela a permis un début de démythification de la psychiatrie. En 1996 est lancé, par l'Association Mondiale de Psychiatrie, le programme « Open The Doors » visant à combattre la stigmatisation et la discrimination dont pouvaient souffrir les patients schizophrènes. Actuellement, le programme est implanté dans 20 pays (3).

De nos jours, la population générale semble mieux informée vis-à-vis des pathologies psychiatriques et a de meilleures connaissances concernant leurs étiologies, l'évolution et leur degré de sévérité. Il est également plus acceptable de se faire suivre et traiter. D'un autre côté, la stigmatisation et la discrimination ne s'est, quant à elle, pas améliorée malgré les campagnes d'information.

En effet, une méta-analyse conduite par l'équipe de Schomerus en 2012 (4) nous indique que, malgré une meilleure compréhension des mécanismes biologiques des pathologies mentales, on ne retrouve pas une meilleure acceptation sociale des patients malades.

La littérature sur la stigmatisation exercée par la population générale sur les patients atteints de pathologies psychiatriques est déjà largement documentée. Elle nous indique qu'elle est toujours très présente malgré une amélioration des connaissances et des campagnes de sensibilisation.

La stigmatisation que peut exercer le corps soignant commence à être évaluée depuis peu. Il paraît intéressant de se pencher sur ses répercussions dans la prise en charge des malades.

1.3. Les comorbidités somatiques chez les patients souffrant d'un trouble psychiatrique

Les comorbidités somatiques, chez les patients souffrant de troubles mentaux, sont très fréquemment présentes et font partie intégrante de leur prise en charge.

En 1996, Felker *et al.* rapporte que 50% des patients avec une pathologie psychiatrique sont atteints de comorbidités somatiques. Sur ces 50% de patients avec des comorbidités, l'équipe met en évidence que 35% ne seraient pas diagnostiquées et 25% seraient atteints d'affections somatiques qui pourraient être en lien avec la maladie mentale, que ce soit en tant qu'étiologie ou en tant que facteur d'exacerbation (5). Dans une étude conduite en Ohio (USA), entre 1998 et 2002, sur 608 patients décédés au sein d'un hôpital psychiatrique, on retrouve parmi les comorbidités : 24% d'obésité, 22% d'hypertension artérielle, 12% de diabète et 10% de broncho-pneumopathie obstructive (6). Jones *et al.* en 2004, compare des patients atteints de pathologies mentales vivant en communauté à la population générale et retrouve un plus haut taux d'atteinte pour certaines comorbidités : 16% de pathologies gastro-intestinales contre 6.7%, 14% d'hypertension contre 11.1%, 13% de pathologies cardiaques contre 8.2%, 12% d'asthme contre 4.6%, 12% de diabète contre 2.8% et 3% de néoplasies malignes contre 1.7% (7).

Dans le contexte de la « crise » de la psychiatrie en France, l'Académie Nationale de Médecine a publié, le 04 juin 2019, un rapport « Soigner les maladies mentales : pour un plan de mobilisation nationale » (8). Elle y fait état du phénomène de stigmatisation dans le monde du soin où la psychiatrie est délaissée, dans les hôpitaux non spécialisés, au profit de spécialités plus technologiques avec une réduction des dotations financières particulièrement défavorables comparativement à l'évolution observée pour les disciplines dites médico-chirurgicales.

Le rapport souligne également une diminution de l'espérance de vie à 15 ans des malades mentaux de 16.4 ans pour les hommes et 12.9 ans pour les femmes. Cette surmortalité n'est pas exclusivement due à des morts « non-naturelles » comme les accidents ou les suicides, mais également au retard d'accès aux soins somatiques entraînant une forte perte de chance dans la prise en charge de leurs comorbidités. Ces résultats ont été publiés dans un communiqué de l'Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé (9).

Ratios de mortalité entre taux de mortalité des personnes suivies pour des troubles psychiatriques et taux de mortalité des bénéficiaires du Régime général et des Sections locales mutualistes (SLM) par cause, selon les groupes pathologiques traités

	Taux standardisé de mortalité		Ratio de mortalité (toutes pathologies psychiatriques)
	Consommateurs régime général et SLM	Personnes suivies pour un trouble psychiatrique	
Causes externes (accidents, suicides, chutes...)	45,4	222,7	4,9
Maladies du système digestif	31,9	101,4	3,2
Etats morbides mal définis	59,7	177,5	3,0
Maladies neurodégénératives	40,9	115,6	2,8
Maladies du système respiratoire	45,8	129,0	2,8
Maladies infectieuses	14,3	39,9	2,8
Maladies endocriniennes	25,2	68,9	2,7
Tumeurs	235,3	499,1	2,1
Maladies hématologiques	2,7	5,6	2,1
Maladies cardiovasculaires	172,0	349,9	2,0
Mortalité générale (toutes causes confondues)	719,9	1 886,2	2,6
Mortalité prématurée (avant 65 ans)	143,9	629,3	4,4

Sources : Système national des données de santé (SNDS), Insee Recensement de population 2014.

Extrait de Questions d'économie de la santé n° 237 intitulé :

" Personnes suivies pour des troubles psychiques sévères :

une espérance de vie fortement réduite et une mortalité prématurée quadruplée ", Irdes, septembre 2018.

Deux objectifs sont à dégager de ce travail :

- La réalisation d'une revue de la littérature centrée sur la stigmatisation en médecine somatique des patients souffrant d'un trouble psychiatrique. Les études dans ce domaine commençant à être plus fréquentes, il semble nécessaire d'établir un état des lieux des connaissances.
- Le lancement de la rédaction d'un protocole de recherche visant à évaluer la relation entre la stigmatisation des patients et le déficit dans leur prise en charge somatique pour apporter un nouvel éclairage sur les comorbidités accrues des personnes suivies en psychiatrie et, le cas échéant, améliorer leur prise en charge.

2. Stigmatisation des patients avec un diagnostic psychiatrique en médecine somatique : Revue systématique de la littérature

2.1. Définitions

De manière générale, la stigmatisation est l'action qui consiste à dénoncer, critiquer publiquement quelqu'un ou un acte que l'on juge moralement condamnable ou répréhensible (10).

Plus précisément, le sociologue Erving Goffman définit le stigmate comme l'attribut qui rend l'individu différent de la catégorie dans laquelle on voudrait le classer. Ainsi les stigmatisés peuvent être discrédités ou discréditables selon que leur stigmate soit visible ou non (11).

Pour Thornicroft, la stigmatisation, chez les patients souffrant de troubles mentaux, est le résultat de trois éléments : l'ignorance (due à une absence d'information sur les pathologies psychiatriques), les préjugés (attitudes négatives liées essentiellement à la peur de la violence de la part des patients) et la discrimination (rejet et évitement des personnes souffrant de maladies mentales) (12).

Enfin, Link et Phelan identifient quatre composantes principales dans la stigmatisation des patients avec des troubles mentaux : d'abord l'étiquette posée sur les patients souffrants, puis les stéréotypes négatifs produits par une culture dominante et liés à cette différence d'étiquette, la séparation de ces individus dans différentes catégories (ce qui entraîne un distinguo « eux » et « nous ») et enfin les discriminations dont ils font l'objet et leur perte de statut dans la société (13).

2.2. Méthode

Pour réaliser cette revue de la littérature, nous avons utilisé la base de données en ligne PubMed. Les termes choisis afin de réunir les articles portant sur la stigmatisation des patients avec un diagnostic psychiatrique en médecine somatique ont été : Attitude of Health personnel AND Mental disorders (/psychology OR /therapy OR /nursing OR /ethnology) AND Surveys and Questionnaire AND Social Stigma.

2.3. Résultats

Sur 50 articles retrouvés, 14 ont été retenus. Ont été exclus les articles ne traitant pas du personnel soignant (administratif, assistante sociale). Ont été inclus les articles évaluant la stigmatisation de la part des étudiants (médecin, infirmier, pharmacien) et du personnel soignant somatique : infirmières, médecins, pharmaciens, ainsi que les études comparatives avec la population générale ou avec le personnel soignant psychiatrique.

Via l'analyse de la bibliographie de ces articles ainsi que la littérature grise, nous avons pu ajouter à notre revue 22 articles également pertinents et non recensés dans la base de données PubMed.

Nous avons donc pu conduire notre revue sur un total de 36 articles, qui sont répertoriés dans les tableaux suivants.

Tous retrouvent une stigmatisation bien présente et marquée dans le corps médical soignant. Toutefois, cette dernière va être différente en fonction de certaines données socio-démographiques, du statut professionnel, de l'expérience professionnelle en psychiatrie et de l'état des connaissances des soignants.

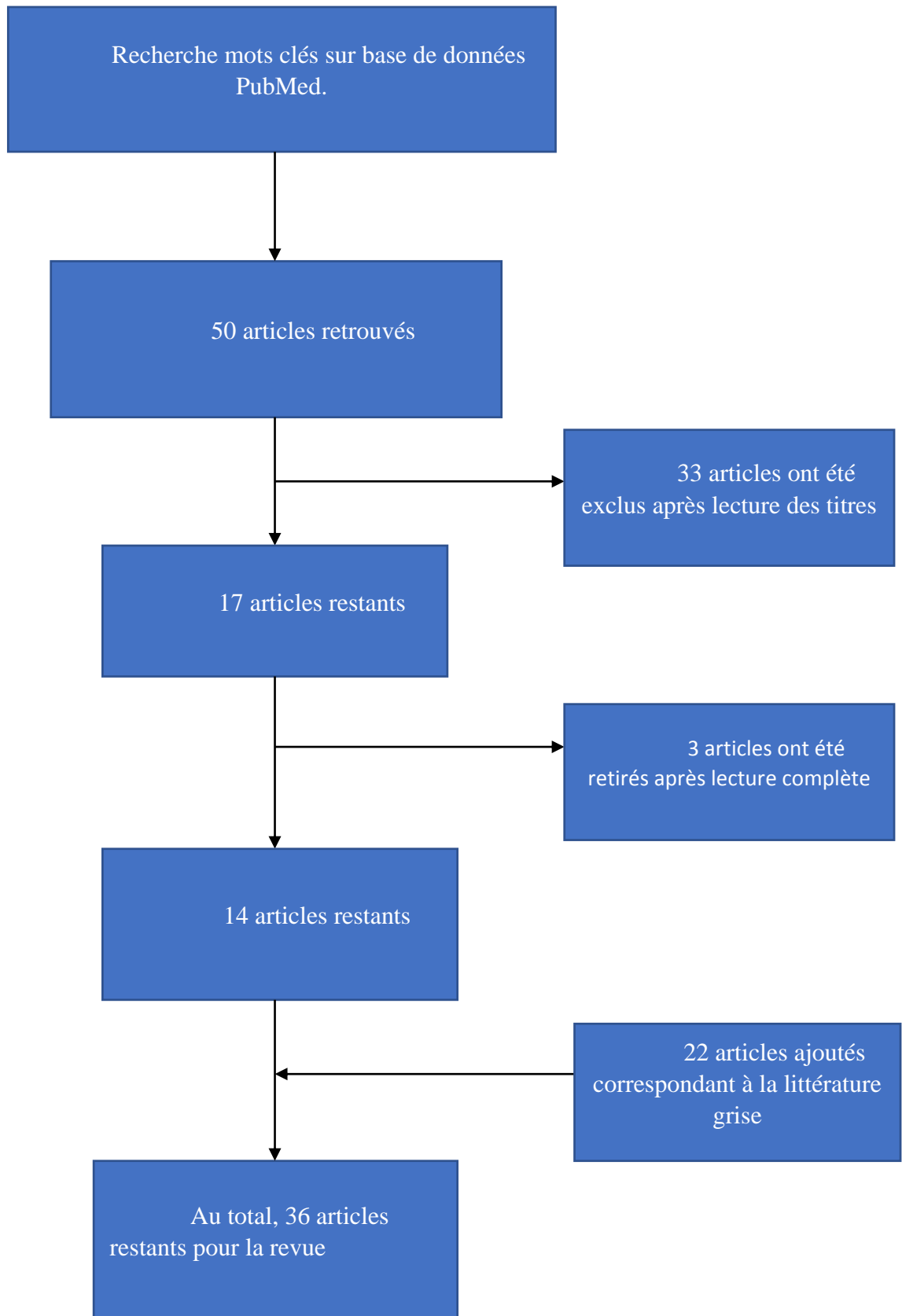


Figure 1 : Diagramme de flux de notre revue de la littérature

2.3.1. Tableaux récapitulatifs des articles

Études	Populations	Nombre de sujets	Méthode	Co variables	Résultats
<p>Alexander 2016 : Medical-Surgical Nurses' Perceptions of Psychiatric Patients: A Review of the Literature With Clinical and Practice Applications</p>	<p>Infirmières médico-chirurgicales</p>	<p>253 (au total des articles)</p>	<p>Revue de la littérature</p>		<p>Infirmières ont de nombreux stéréotypes négatifs envers les patients : peur d'eux, inconfort, manque d'empathie pour eux. Retentissement de ses stéréotypes sur la prise en charge, notamment dans la compréhension des symptômes. On retrouve une alliance thérapeutique de moins bonne qualité.</p>
<p>Ben Natan 2015 : Associative stigma related to psychiatric nursing within the nursing profession</p>	<p>Infirmières en psychiatrie et infirmières en somatique</p>	<p>108 travaillant en psychiatrie 108 travaillant en somatique</p>	<p>Etude quantitative Questionnaire d'auto-évaluation avec 52 items</p>	<p>Sexe, Pays d'origine, statut marital, religion, ancienneté</p>	<p>Stigmatisation plus prégnante parmi les infirmières en somatique.</p>

Etudes	Populations	Nombre de sujets	Méthode	Co variables	Résultats
Brinn 2000 : Patients with mental illness: general nurses' attitudes and expectations	Infirmières en soins médicaux et en chirurgie	65 questionnaires remplis	Questionnaire d'auto-évaluation	Qualification, rôle, ancienneté, formation	Peur des patients et des comportements imprévisibles. Se sentent mieux préparé-e-s si un contact précédent a été établi avec ces patients.
Björkman 2008 : Attitudes towards people with mental illness: a cross-sectional study among nursing staff in psychiatric and somatic care	Infirmières en psychiatrie et en somatique	120 : 69 en somatique et 51 en psychiatrie	Etude quantitative avec questionnaire d'auto-évaluation	Age, sexe, statut marital, ancienneté	Stigmatisation plus marquée parmi les infirmières en somatique (pensent les patients dangereux et imprévisibles).

Etudes	Populations	Nombre de sujets	Méthode	Co variables	Résultats
Ng 2017 : Determining the effectiveness of a video-based contact intervention in improving attitudes of Penang primary care nurses towards people with mental illness	Infirmières en soins primaires	206	Etude interventionnelle avec passage d'une vidéo et recueil des données avant et après	Age, sexe, statut marital, grade, religion, ethnie, qualification	Réduction de la stigmatisation pour 30%.
Ubaka 2018 : Health Professionals' Stigma towards the Psychiatric III in Nigeria	Médecins, pharmaciens et infirmières	305 : 116 médecins, 110 infirmières et 77 pharmaciens	Etude comparative descriptive Utilisation questionnaire CAMI-2	Sexe, année d'expérience, contact avec psychiatrie, profession	Pharmaciens sont plus stigmatisants envers les patients, avant les médecins et enfin les infirmiers
Wang 2017 : Risk factors towards stigma towards psychiatric patients among primary healthcare workers in China: a county study	Médecins hospitaliers, infirmières, médecins de village, autres personnels d'hôpital	395	Cross-sectional survey, questionnaire d'auto-évaluation	Sexe, âge, religion, profession, ancienneté, titre, lieu de vie, niveau d'éducation, salaire, niveau de satisfaction sur salaire et environnement de travail	Satisfaction salariale, expérience en psychiatrie, attitude des médias, contact du travailleur et réhabilitation des patients sont des facteurs d'influence

Etude	Population	Nombre de sujets	Méthode	Co variables	Résultats
Adewuya 2016 : Doctors' attitude towards people with mental illness in Western Nigeria	Médecins	312	Médecins tirés au sort. Questionnaires d'auto-évaluation sur connaissance et attitude envers patient suivi en psychiatrie	Age, sexe, religion, statut marital, ethnité, spécialité médicale, lieu d'étude, année d'exercice, contact personnel ou professionnel avec psychiatrie	Croyance en cause surnaturelle est dominante. Le malade est perçu comme dangereux avec un mauvais pronostic
Ewruhjakpor 2009 : Knowledge, Beliefs and Attitudes of Health Care Providers towards the Mentally Ill in Delta State, Nigeria	Médecins, infirmières, assistants sociales, pharmaciens, aide soignants	483	Tirés au sort sur 44 hôpitaux. Questionnaire auto-évaluation en 3 parties (croyances et connaissances dans les maladies, informations démographiques et attitudes envers malades)	Age, sexe, ethnité, profession, religion, statut marital	62% évoquent les drogues comme étiologie. 87% pensent les maladies incurables. 61% vont être maltraitants.
Janouskova 2017 : Mental illness stigma among medical students and teachers	Etudiants en médecine	457 : 308 étudiants et 149 professeurs	Etude transversale. 3 échelles utilisées : CAMI, MICA, Rihs	Age, sexe, année d'étude, titre, discipline enseignée, cours de psychiatrie	Professeurs ont attitudes plus stigmatisantes qu'étudiants. Amélioration tolérance après début des cours. Hommes sont plus stigmatisants.

Etude	Population	Nombre des sujets	Méthode	Co variables	Résultats
Jorm 1999 : Attitudes towards people with a mental disorder: a survey of the Australian public and health professionals	Population générale, Psychiatres, Médecins généralistes, Psychologues cliniciens	Population générale : 2031. Psychiatres : 1128. Médecins généralistes : 872. Psychologues cliniciens : 454	Questionnaire d'auto-évaluation autour de 2 vignettes de patients, un schizophrénie et l'autre dépression	Population générale : âge, sexe, éducation, contact avec des malades. Professionnel : âge, sexe, profession, gestion de malade souffrant de ces troubles	Professionnels ont une attitude plus négative : plus péjoratifs sur évolution des patients (conso drogue, comportement violent, suicide) et pensent que la discrimination envers ces patients sera marquée
Lawrie 1998 : General practitioners' attitudes to psychiatric and medical illness	Médecins généralistes	166	Questionnaire avec 13 items autour de vignettes de patients identiques, uniquement changé les antécédents entre : schizophrénie, dépression, diabète ou rien		Schizophrène : médecins peu enclins à les prendre en charge (risque de violence). Dépression : prescription anti-dépresseur ou psychothérapie. Diabète : orientation sur spécialiste.
Ma 2018 : Attitude towards Mental Illness among Primary Healthcare Providers: A Community-Based Study in Rural China	Médecins généralistes en campagne	361	Questionnaire d'auto-évaluation sur attitudes envers les maladies mentales	Age, sexe, éducation, titre, années d'exercice, salaire, volonté de traiter des pathologies psychiatriques, type de médecine (clinique, traditionnelle chinoise)	Attitude négative et pessimiste : 71.3% les pensent impulsifs et dangereux. 72.9% les pensent comme un fardeau pour la famille et société.

Etudes	Populations	Nombre de sujets	Méthode	Co variables	Résultats
Mukherjee 2002 : The stigmatisation of psychiatric illness: the attitudes of medical students and doctors in a London teaching hospital	Etudiants et médecins	184 médecins et 335 étudiants	Questionnaire d'auto-évaluation	Sexe, ethnie, grade médical, année d'étude, contact avec la psychiatrie	Plus de 50% pensent que patients schizophrènes ou addicts aux drogues/alcool sont dangereux et imprévisibles
Reavley 2014 : Stigmatising attitudes towards people with mental disorders: a comparison of Australian health professionals with the general community	Psychiatres, psychologues, médecins généralistes et population générale	518 médecins généralistes, 506 psychiatres, 498 psychologues cliniciens et 6019 personnes de la population générale	Vignettes de cas clinique + 2 questionnaires d'évaluation des attitudes	Sexe, âge, profession	Pour professionnels et population générale : faible et non malade, dangereux. Professionnels : femme, âge, généraliste sont plus stigmatisants. Professionnel santé mentale moins stigmatisant. Professionnel moins stigmatisants que population générale.
Sathyanath 2016 : Socially restrictive attitudes towards people with mental illness among the non-psychiatry medical professionals in a university teaching hospital in South India	Internes et médecins enseignants	66 internes et 64 médecins enseignants	Utilisation de la CAMI-scale	Sexe, âge, statut professionnel/année d'internat, contact personnel avec personne malade, contact professionnel, intérêt pour la psychiatrie comme carrière, stage en psy	Attitudes de restriction sont présentes chez un nombre important de professionnels. Seul le contact personnel avec un malade en psychiatrie réduit ces attitudes.

Etudes	Populations	Nombre de sujets	Méthode	Co variables	Résultats
Vistorie 2018 : Clinical decisions and stigmatizing attitudes towards mental health problems in primary care physicians from Latin American countries	Médecins Généralistes	387	Etude transversale. Utilisation de la MICA pour évaluer stigmatisation, un questionnaire sur les données socio-démographique et 3 vignettes de cas cliniques pour les prises en charge	Sexe, âge, années d'exercice	63.7% se sentent qualifiés pour prise en charge. Plus de 90% sont d'accord pour prendre en charge. Plus stigmatisation est importante plus le patient sera orienté vers psychiatre.
Winkler 2016 : Attitudes towards the people with mental illness: comparison between Czech medical doctors and general population	Médecins et population générale	Population générale : 1810 Médecins : 1200 (340 médecins généralistes, 210 pédiatres, 174 gynécologues, 40 neurologues/psychiatres et 336 autres spécialités	Utilisation de la CAMI scale pour les 2 populations	Sexe, âge, éducation	Médecins sont globalement moins stigmatisants que population générale. Par contre, ils sont plus en faveur de l'hospitalisation que population générale.
Chang 2017 : Stigma towards mental illness among medical and nursing students in Singapore: a cross-sectional study	Etudiants en médecine ou étudiants infirmiers	1002 : 502 en médecine et 500 en infirmier	Etude transversale avec questionnaire d'auto-évaluation	Sexe, type d'étude, ethnie, revenu, années d'étude, stage clinique	Etudiants médecins ont moins d'attitudes négatives mais dévoileraient moins leur maladie si atteints que les étudiants infirmiers.

Etude	Population	Nombre de sujets	Méthode	Co Variables	Résultats
Abuhammad 2019 : Correlates and Predictors of Stigmatization of Patients With Mental Illness Among Nursing Students	Etudiantes infirmières	169	Etude transversale		Facteurs influençant sur stigmatisation : revenus familiaux, éducation du père, expérience avec patients malades. Contact avec patient : attitude plus positive.
Chiles 2016 : Attitudes of Students at a US Medical School Toward Mental Illness and Its Causes	Etudiants en médecine	289	Questionnaires d'auto-évaluation sur attitudes envers les malades, causes de la maladie et efficacité des traitements	Sexe, année d'étude, stage en psychiatrie, contact personnel avec la psychiatrie, ethnie	Etudiant après stage convaincu de l'efficacité des traitements des troubles anxieux. Etudiants avec expérience personnelle montrent une meilleure acceptation sociale. Les étudiants non américains croient plus à une cause surnaturelle.
Da Rocha Neto 2017 : Attitudes of Brazilian Medical Students Towards Psychiatric Patients and Mental Illness: A Quantitative Study Before and After Completing the Psychiatric Clerkship	Etudiants en médecine	99 étudiants avant le stage 142 étudiants après le stage	Questionnaire d'auto-évaluation envoyé avant et après le stage en psychiatrie. Sur 3 parties : causes de la maladie, acceptation sociale et stigmatisation (CAMI) et distance sociales (FABI)	Sexe, contact personnel avec psychiatrie	Meilleure acceptation sociale après stage en psychiatrie. Pas de différence significative pour les autres facteurs.

Etudes	Population	Nombre de sujets	Méthode	Co Variables	Résultats
Economou 2017 : Medical students' attitudes to mental illnesses and to psychiatry before and after the psychiatric clerkship: Training in a specialty and a general hospital	Etudiants en médecine	678	Questionnaire d'auto-évaluation centré sur l'attitude envers la psychiatrie, envers les malades en psychiatrie et sur la distance sociale	Sexe, âge, ville d'origine, pays professionnelles avec la psychiatrie, expérience personnelle avec la psychiatrie	Stages en psychiatrie contribuent à la réduction de la stigmatisation de la psychiatrie ainsi que des patients.
Eksteen 2017 : Stigmatization towards the mentally ill: Perceptions of psychiatrists, pre-clinical and post-clinical rotation medical students	Etudiants en médecine et psychiatre	616 : 68 psychiatres et 548 étudiants	Utilisation questionnaire MICA	Sexe, âge, ethnies, expérience personnelle avec psychiatrie, années professionnelles en contact avec la psychiatrie, secteur de travail (privé ou public)	Plus de contact professionnel avec psychiatrie réduit la stigmatisation. Contact personnel avec la psychiatrie réduit la stigmatisation.
Kopera 2015 : Evaluating Explicit and Implicit Stigma of Mental Illness in Health Professionals and Medical Students	Etudiants en médecine, psychiatre et psychothérapeute (au moins 2 ans d'expérience pour les 2 groupes)	57 : 29 psychiatres et psychothérapeute et 28 étudiants	Evaluation des attitudes explicites avec un questionnaire d'auto-évaluation et des attitudes implicites avec Go/No-go association Task	Sexe, âge, profession	Les professionnels en santé mentale montrent moins de discrimination et d'attitudes restrictives que les étudiants. Les 2 groupes ont des attitudes implicites négatives.

Etude	Population	Nombre de sujets	Méthode	Co Variables	Résultats
Korszun 2012 : Medical student attitudes about mental illness: does medical-school education reduce stigma?	Etudiants en médecine	760	Questionnaire d'auto-évaluation sur attitude envers 5 patients différents : pneumonie, dépression, psychotique, injection drogue, douleurs abdominales chroniques non expliquées.	Sexe, âge, ethnies, religion, stage en psychiatrie, contact personnel avec psychiatre.	Etudiants sont plus préoccupés par les pneumonies que les douleurs abdominales chroniques sans étiologies. Les hommes sont plus stigmatisants. Etudiants Chinois et Asie du Sud sont également plus stigmatisants que les britanniques
Luo 2018 : Medical Student Attitudes Towards People with Mental Illness in China: A Qualitative Study	Etudiants en médecine	241	Questionnaire conduit par 20 psychiatres auprès d'étudiants anonymes. Basé sur étude américaine indiquant les étudiants chinois plus stigmatisants que US. Etude qualitative.		51.5% ont peur d'un comportement violent. Pour 22.82%, interagir socialement avec patient malade impacte leur image sociale. 17% pensent qu'ils ont un statut social inférieur. 4.98% trouvent leur comportement socialement non conforme. 3.73% ont peur de l'héritabilité de la maladie.

Etudes	Population	Nombre de sujets	Méthode	Co variables	Résultats
Lyons 2015 : Stigma towards mental illness among medical students in Australia and Ghana	Etudiants en médecine	207 : 118 étudiants Australien et 89 du Ghana	Questionnaire d'auto-évaluation distribué aux étudiants de dernière année		Etudiants Australiens montre une attitude plus positive et moins de stigmatisation que les étudiants du Ghana.
O'Connor 2013 : Attitudes towards patients with mental illness in Irish medical students	Etudiants en médecine	285	Questionnaire d'auto-évaluation sur les attitudes envers patients avant et après le passage de leur module de psychiatrie	Sexe, statut marital, nationalité, passage du module, autre diplôme, stage clinique, contact personnel avec psychiatrie	Femmes et contact personnel sont associés à une attitude plus tolérante. Le passage du module entraine une attitude plus positive.
O'Reilly 2011 : Impact of mental health first aid training on pharmacy students' knowledge, attitudes and self-reported behaviour: a controlled trial	Etudiants en pharmacie	272	Questionnaire d'auto-évaluation avant et après formation.	Sexe, âge, lieu de naissance de la personne et des parents, expérience personnelle avec psychiatrie, expérience professionnelle en pharmacie	Moins d'attitudes stigmatisantes après formation. Amélioration des connaissances sur les traitements. Plus confiants pour faire du conseil à des patients malades.

Etudes	Population	Nombre de sujets	Méthode	Co variables	Résultats
Pascucci 2017 : Empathy and attitudes towards mental illness among Italian medical students	Etudiants en médecine	339	Questionnaire d'auto-évaluation comprenant la CAMI scale distribué avant et après les cours théoriques de psychiatrie	Sexe, âge, année d'étude, choix de spécialité, cours de psychiatrie, stage en psychiatrie, expérience personnelle en psychiatrie	Réduction de la stigmatisation après cours de psychiatrie. Les femmes sont moins stigmatisantes. Etudiants avec choix de spécialités médicales sont moins stigmatisants que pour les choix en chirurgie.
Shen 2014 : What can the medical education do for eliminating stigma and discrimination associated with mental illness among future doctors? effect of clerkship training on chinese students' attitudes	Etudiants en médecine	325	Questionnaires AMI (attitudes toward mental illness) et ATP-30 (Attitudes toward Psychiatry-30) distribué avant et après stage de 8 semaines en psychiatrie	Sexe, âge, lieu de vie (ville ou campagne)	Attitude plus positive envers la psychiatrie et moins stigmatisantes envers les patients après stage. Par contre, toujours peu choisiraient psychiatrie en carrière (6.5% avant stage VS. 11.4% après).
Simon 2018 : Impact of education program and clinical posting in psychiatry on medical students' stigmatizing attitudes towards psychiatric and psychiatric disorders	Etudiants en médecine	174 : 72 en stage de psychiatrie et 102 en stage de neurologie	Questionnaire Mental Ill-ness : Clinicians' Attitudes (MICA) chez des étudiants en quatrième année de médecine avant et après les cours de psychiatrie.	Sexe, lieu du stage, contact	Stigmatisation est réduite après stage en psychiatrie uniquement. Femmes et personnes avec membre de la famille malade sont moins stigmatisantes.

Etude	Population	Nombre de sujets	Méthode	Co variables	Résultats
Sow 2018 : Stigmatisation de la maladie mentale par les étudiants en médecine en Guinée, Conakry	Etudiants en médecine	73 : 41 en dernière année (ont eu des cours de psychiatrie) et 32 en première année	Focus groupe : 10 en tout d'1h30	Sexe, âge, année d'étude	Beaucoup regrettent la stigmatisation mais en partagent les attitudes avec la population générale. Les étudiants en dernière année sont plus informés au niveau sémiologique. Les étiologies surnaturelles sont toujours prédominantes dans les 2 groupes. Aucun ne ferait de la psychiatrie.
Telles-Correia 2015 : Stigma and Attitudes towards Psychiatric Patients in Portuguese Medical Students	Etudiants en médecine	398 En 3 ^{ème} année ont un module d'introduction à la psychiatrie visant à déstigmatiser	Questionnaire d'auto-évaluation incluant l'échelle CAMI	Sexe, âge, nationalité, statut marital, parentalité, utilisation de toxique, prise de traitement psychiatrique, membre de la famille malade	Stigmatisation diminue avec les années de formation. Au plus bas après 3 ^{ème} année, stigmatisation tend à se réinstaller dès les 4 ^{ème} et 5 ^{ème} année.
Youssef 2018 : Attitudes toward mental illness among Caribbean medical students	Etudiants en médecine	245	Questionnaire d'attitude distribué à leur 1 ^{ère} année puis en 5 ^{ème} . En 4 ^{ème} font des stages en psychiatrie (8 semaines).	Sexe, ethnie, religion, contact personnel avec la psychiatrie	Les années d'étude améliorent la connaissance mais persistance d'une forte stigmatisation en 5 ^{ème} année. Etudiants ne souhaitent pas prendre en charge ces patients.

2.3.2. Données socio-démographiques

Le genre est une des co-variables les plus fréquemment analysées dans les études de cette revue. Une majorité des études nous indique que les femmes sont, généralement, moins stigmatisantes que les hommes. Janouskova *et al.* en République Tchèque (14), Eksteen *et al.* en Afrique du Sud (15), Korszun *et al.* au Royaume-Uni et en Chine (16), O'Connor *et al.* en Irlande (17), Pascucci *et al.* en Italie (18) et Simon *et al.* en France (19) l'ont clairement retrouvé dans leurs études respectives.

Deux études, conduites au Nigeria par Ubaka *et al.* (20) et Adewuya *et al.* (21), retrouvent une stigmatisation plus importante (pour la 1^{ère}) et une distance sociale plus importante (pour la 2^{ème}) de la part des femmes. L'équipe d'Adewuya évoque une explication qu'on pourrait qualifier de *sexiste* à ce résultat : la stigmatisation des patients est essentiellement liée à la peur des comportements dangereux et les hommes seraient plus courageux.

Une autre variable socio-démographique mise en évidence et influençant la stigmatisation est le niveau de revenu. Chang *et al.* à Singapour (22) retrouve qu'un salaire plus élevé est associé à une stigmatisation moins importante. Wang *et al.* en Chine (23) le met en lien plus avec la satisfaction salariale qu'avec le salaire en lui-même. Une étude conduite en Jordanie par Abuhammad *et al.* (24) retrouve une association entre un bas revenu familial et une stigmatisation plus importante.

Il existe également des différences sur le plan géographique. L'étude Eksteen *et al.* (15) conduite sur des population de différentes régions du monde retrouve des variations significatives de la stigmatisation entre l'Afrique noire, ayant les professionnels les plus stigmatisants suivi par l'Inde puis les Caucasiens. Dans l'étude Lyons *et al.* conduite en Australie et au Ghana (25), les étudiants Australiens ont une attitude plus positive que les étudiants Ghanéens et dans celle de Korszun *et al.* (16) les étudiants Chinois et d'Asie du Sud sont plus stigmatisants que les britanniques. Cette disparité entre l'Afrique et les pays occidentaux peut s'expliquer par une grande prédominance en des croyances surnaturelles et une origine addictologique, parmi les professionnels de santé, pour justifier les étiologies psychiatriques, Adewuya *et al.* et Ewhrudjakpor *et al.* au Nigeria (21,26). Ng *et al.* en Malaisie (27) retrouve que les infirmières de Penang ont une attitude plus que négative que les Canadiennes.

2.3.3. Statut Professionnel

Le degré de stigmatisation va différer selon le grade ou le statut professionnel au sein du personnel médical soignant.

Nous avons émis l'hypothèse en lançant cette recherche que les professionnels de la santé mentale étaient moins stigmatisants que les professionnels de somatique. Ceci a été confirmé par plusieurs études. Ainsi Ben Natan *et al.* en Israël (28) et Björkman *et al.* en Suède (29) retrouve une stigmatisation plus marquée parmi les infirmières exerçant en soin somatique que parmi les infirmières exerçant en psychiatrie. Dans l'étude de Reavley *et al.* en Australie (30), la comparaison entre psychiatres et psychologues et des médecins généralistes montre que ces derniers sont plus stigmatisants. Les étudiants en médecine sont également plus stigmatisants que les professionnels de la psychiatrie comme décrit chez Kopera *et al.* en Pologne (31).

Plus généralement, Chang *et al.* (22) met en évidence une stigmatisation moins importante des étudiants en médecine par rapport aux étudiants infirmiers. L'étude menée par Ubaka *et al.* (20), quant à elle, montre que les pharmaciens sont les plus stigmatisants suivi par les médecins puis les infirmiers. Janouskova *et al.* (14) nous indique que les professeurs de médecine sont plus stigmatisants que leurs étudiants et Pascucci *et al.* (18) que les étudiants souhaitant faire de la chirurgie le sont plus que ceux s'orientant vers une spécialité médicale.

Les études menées par Winkler *et al.* en République Tchèque (32) et Reavley *et al.* (30) retrouvent que les médecins sont moins stigmatisants que la population générale.

2.3.4. Expérience avec la psychiatrie

Nous avons également supposé que l'expérience avec la psychiatrie serait un facteur réducteur de la stigmatisation parmi les professionnels, ce qui a été confirmé également.

Ng *et al.* (27) et O'Reilly *et al.* en Australie (33), se sont centrés sur les formations proposées aux soignants via deux études interventionnelles et qui montre une diminution significative de la stigmatisation après ces formations.

Pour les étudiants en médecine, leur attitude envers les patients se retrouve beaucoup plus positive après avoir réalisé un stage en psychiatrie ou après avoir eu les cours théoriques ou les modules en lien comme retrouvé par Janouskova *et al.* (14), Da Rocha Neto *et al.* au Brésil (34), Economou *et al.* en Grèce (35), O'Connor *et al.* (17), Shen *et al.* en Chine (36), Simon *et al.* (19), Pascucci *et al.* (18), Sow *et al.* en Guinée (37), Telles-Correia *et al.* au Portugal (38) et Youssef *et al.* dans les Caraïbes (39). Les trois dernières études notent tout de même une stigmatisation qui reste importante parmi les étudiants.

Les antécédents de contact et de prise en charge de patient suivi en psychiatrie dans le cadre du travail sont également un facteur de réduction de la stigmatisation : Ubaka *et al.* (20), Wang *et al.* (23), Abuhammad *et al.* (24) et Eksteen *et al.* (15).

Enfin, les études conduites par Adewuya *et al.* (21), Sathyanath *et al.* en Inde (40), Chiles *et al.* aux Etats-unis (41) et Eksteen *et al.* (15) nous indiquent qu'un contact personnel avec la psychiatrie (membre de la famille ou ami malade, soi-même suivi en psychiatrie) est associé à une meilleure acceptation sociale des patients.

2.3.5. Attitudes des professionnels

En ce qui concerne les sentiments ressentis envers ces patients, on retrouve une large prédominance de peur notamment sur une possibilité de dangerosité avec des comportements imprévisibles et impulsifs comme décrit dans les études de Brinn *et al.* aux Pays de Galles (42), Adewuya *et al.* (21), Ma *et al.* en Chine (43), Mukherjee *et al.* en Angleterre (44), Reavley *et al.* (30), Luo *et al.* en Chine (45) et Lawrie *et al.* en Ecosse (46). Les études conduites par Ma *et al.* (43) et par Sathyanath *et al.* (40) mettent également en avant le sentiment que ces malades sont un fardeau pour la société et leur famille. Une revue de la littérature conduite par Alexander *et al.* (47) retrouve l'existence de nombreux stéréotypes négatifs ressentis par les infirmières travaillant en chirurgie (peur, inconfort) entraînant un lien thérapeutique de moins bonne qualité.

Il y a également des différences de niveau de stigmatisation selon la maladie psychiatrique concernée. La schizophrénie sera plus stigmatisée que la dépression comme l'ont décrit Mukherjee *et al.* (44), Reavley *et al.* (30) et Lawrie *et al.* (46). Une étude conduite par

Vistorte *et al.* au Brésil, Bolivie, Cuba et Chilie (48) retrouve que plus la stigmatisation du praticien est importante, plus celui-ci l'orientera rapidement vers un psychiatre.

Les attitudes de restriction sociale, tels que l'interdiction de travailler dans des lieux publics, l'opposition au mariage de patients, le malaise dans le contact social avec des malades (lien amicaux ou de voisinage) sont également présentes chez un nombre non négligeable de praticiens d'après Sathyanath *et al.* (40) et Luo *et al.* (45).

Chang *et al.* (22) met en avant une attitude globalement positive des étudiants ; par contre une majorité ne dévoilerait pas leur maladie psychiatrique s'ils étaient atteints, il s'agirait d'un signe de faiblesse pour eux.

Par rapport à la population générale, les professionnels ont une vision péjorative de l'évolution des patients (consommation de drogue, comportement violent, suicide) et pensent que la discrimination envers ces patients sera marquée comme démontré par Jorm *et al.* en Australie (49). Winkler *et al.* (32) pointe une stigmatisation moins marquée par les praticiens que par la population générale, comme cité précédemment, mais ils sont plus en faveur des hospitalisations et de l'enfermement des patients malgré la politique actuelle d'ouverture des hôpitaux psychiatriques.

Malgré les formations possibles et les stages en psychiatrie, qui contribuent à la réduction de la stigmatisation, un grand nombre d'étudiants ne sont pas encore prêts à choisir la psychiatrie comme carrière médicale (Sow *et al.* (37), Shen *et al.* (36)).

2.4. Conclusion

Cette revue de la littérature nous a permis de confirmer notre hypothèse de départ, à savoir que la stigmatisation des patients atteints de pathologies psychiatriques est bien réelle et présente parmi les différents membres du personnel soignant somatique.

Nous avons pu mettre en évidence sur le plan des données socio-démographiques que les femmes sont moins stigmatisantes que les hommes ainsi que les pays occidentaux par rapport aux pays en voie de développement.

L'expérience, que ce soit sur le plan personnel ou professionnel, est un facteur diminuant la stigmatisation envers les patients.

Le sentiment prédominant est la peur en lien avec la supposée dangerosité des patients, ce qui entraîne des attitudes négatives plus marquées pour les pathologies bruyantes comme la schizophrénie.

Le protocole de recherche STIGMA, que nous allons détailler, a été développé afin d'apporter un éclairage nouveau sur cette stigmatisation, en cherchant si elle peut être liée à un défaut de prise en charge somatique des patients atteints de pathologies psychiatriques. Il tente d'expliquer, en partie, les comorbidités accrues de ces malades.

3. Protocole de recherche STIGMA

3.1. Objectif

L'objectif de notre recherche est de décrire l'interaction entre le niveau de stigmatisation dont peuvent être victimes les patients par les médecins les prenant en charge, et la qualité de leur prise en charge sur le plan somatique.

L'objectif principal sera de rechercher le niveau de corrélation entre la probabilité de poser un diagnostic d'étiologie psychiatrique lors d'une consultation et le niveau de stigmatisation que peuvent exercer les médecins recevant ses patients.

Les objectifs secondaires, quant à eux, viseront à chercher le niveau de corrélation entre cette stigmatisation et la probabilité de réaliser des examens complémentaires, la probabilité d'une croyance en une possible complication grave et la probabilité d'une demande d'un avis psychiatrique en urgence. On cherchera également à évaluer la corrélation entre la stigmatisation et les différents sous score de l'échelle CAMI.

Les différents objectifs sont répertoriés dans le tableau ci-dessous :

Stigmatisation	Score total	Sous score : Bienveillance	Sous score : Autoritarisme	Sous score : Restriction social	Sous score : Idéologie de la communauté sur la santé mentale
Objectif 1aire : Question 1	X				
Objectif 2aire : Question 1		X	X	X	X
Objectif 2aire : Question 2	X	X	X	X	X
Objectif 2aire : Question 3	X	X	X	X	X
Objectif 2aire : Question 4	X	X	X	X	X

3.2. Matériel et Méthode

Nous avons élaboré ce protocole de recherche en collaboration avec le Dr. Belzeaux (PH en Psychiatrie au pôle universitaire de Marseille), le Dr. Tinland (PH en Psychiatrie au pôle universitaire de Marseille), M. Lampropoulos (Psychologue social) et Mme Carrere (interne en psychiatrie).

Le protocole de recherche sera lancé par Mme Carrere pour sa propre thèse.

Afin d'évaluer la prise en charge somatique des patients, nous avons créé 4 vignettes de cas cliniques en partenariat avec un interne d'endocrinologie (M. Mourre) et une assistante des urgences de l'hôpital Nord de Marseille (Dr. Mahboubi). Les vignettes 1 et 2 sont identiques à l'exception de l'antécédent de suivi en psychiatrie. Il en est de même pour les vignettes 3 et 4.

Les vignettes sont présentées ci-dessous :

Cas Clinique numéro 1 :

Un homme de 45 ans se présente à votre consultation pour des douleurs abdominales intenses.

Le patient décrit les douleurs comme étant diffuses.

Intensité décrite à 7/10.

Le reste de l'examen clinique est sans particularité. Constantes vitales dans les limites de la normale.

Antécédents :

Pas d'antécédents médicaux à noter.

Cas Clinique numéro 2 :

Un homme de 45 ans se présente à votre consultation pour des douleurs abdominales intenses.

Le patient décrit les douleurs comme étant diffuses.

Intensité décrite à 7/10.

Le reste de l'examen clinique est sans particularité. Constantes vitales dans les limites de la normale.

Antécédents :

Pas d'antécédents somatiques à noter.

Suivi pour une dépression chronique avec forte symptomatologie anxieuse.

Cas clinique numéro 3 :

Patiente de 32 ans, adressée à votre consultation pour un état d'agitation et une confusion depuis le début de la journée.

La patiente vit seule, le signalement a été fait par ses voisins.

Antécédents :

On retrouve un suivi pour dysthyroïdie.

Pas d'autres antécédents à noter.

Cas clinique numéro 4 :

Patiente de 32 ans, adressée à votre consultation pour un état d'agitation et une confusion depuis le début de la journée.

La patiente vit seule, le signalement a été fait par ses voisins.

Antécédents :

On retrouve un suivi pour dysthyroïdie ainsi qu'un suivi pour une schizophrénie paranoïde (pas de notion de rupture de traitements ou de suivi).

Les questions posées seront les mêmes pour les 4 vignettes, à savoir :

Questions :

- Question 1 : Pensez-vous que l'étiologie peut être psychiatrique ?
- Question 2 : Faites-vous des examens complémentaires ?
- Question 3 : Demandez-vous un avis psychiatrique en urgence ?
- Question 4 : Êtes-vous inquiet d'une possible complication grave ?

Les réponses seront évaluées par le biais d'une échelle Likert à 9 points :

Pas du tout en accord		Neutre					En accord total	
1	2	3	4	5	6	7	8	9

La stigmatisation sera mesurée grâce à l'échelle CAMI. Elle a été développée à la fin des années 70 par les Professeurs Martin Taylor et Michael Dear, enseignants en géographie à l'Université d'Hamilton (Ontario, Canada). Le but de cette échelle étant, à cette période, de mesurer et d'expliquer la réticence à l'installation de centre de soins psychiatriques par leur voisinage.

Actuellement l'échelle est composée de 4 facteurs :

- Autoritarisme comprenant 6 items
- Bienveillance comprenant 7 items
- Restriction sociale comprenant 7 items
- Idéologie de la communauté sur la santé mentale comprenant 5 items

Les réponses sont cotées sur une échelle likert à 5 points allant de 1 (total désaccord) à 5 (en accord total). Un score total et quatre sous-scores peuvent être calculés. Un score total élevé est le signe d'une attitude moins stigmatisante.

L'échelle CAMI a été traduite en français par l'équipe de Carla Garcia *et al.* en 2017 (50).

L'autorisation pour son utilisation dans cette étude a été validée par mail par le Pr Graham Thornicroft.

L'échelle est présentée ci-dessous :

Echelle CAMI

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.

Les cas cliniques ainsi que l'échelle CAMI seront adressés à tous les médecins de l'AP-HM, via des *mailing lists*. Le protocole sera présenté comme une étude des pratiques, en vue d'une amélioration des soins. Et ce après accord des instances réglementaires adéquates.

En plus des données relatives aux réponses des cas cliniques et de l'échelle CAMI nous recueillerons également certaines co-variables. Ces dernières ont été choisies en lien avec notre revue de la littérature ayant montré une incidence sur la stigmatisation des patients.

Les co-variables choisies sont :

- L'âge des personnes interrogées
- Le sexe des personnes interrogées
- Leur grade actuel (interne, CCA, Assistant spécialiste, PH, MCU, PU...)
- Leur année d'internat, s'ils sont actuellement internes
- Leur spécialité
- Un passage en stage de psychiatrie pendant l'externat
- Un passage en stage de psychiatrie pendant l'internat
- La présence ou non d'un proche suivi en psychiatrie

Afin de réduire au maximum les biais au cours du recueil des données, les cas cliniques vont être randomiser en 4 groupes. Chaque groupe aura un des quatre cas, présentés précédemment, à traiter. Le passage de l'échelle CAMI sera également randomisé en 2 groupes, un groupe répondra à l'échelle avant le cas clinique et l'autre aura à la traiter après le cas clinique.

3.3. Hypothèses

Notre hypothèse principale est de retrouver une corrélation négative entre le niveau de stigmatisation dont peuvent faire preuve les médecins et la probabilité d'attribution des symptômes à une étiologie psychiatrique. Par ailleurs, sur les cas témoins sans antécédent psychiatrique, nous nous attendons à retrouver un maximum de réponses négatives concernant la probable étiologie psychiatrique quel que soit le niveau de stigmatisation.

Concernant les sous scores nous nous attendons à retrouver une influence plus importante des facteurs Restriction social et Idéologie au vue de notre revue de la littérature.

4. Cas Cliniques illustratifs

4.1. Introduction

Afin d'étayer le sujet, nous allons présenter 2 cas cliniques dont l'antécédent diagnostique a été l'objet de stigmatisation marquante :

- M. B., patient de 66 ans, suivi pour un trouble schizo-affectif qui a évolué vers une démence vasculaire et dont le cas m'a été signalé par une collègue interne.
- M. M., patient décédé en 2019 à l'âge de 35 ans, suivi pour un trouble de l'humeur bipolaire. Une blessure par arme à feu a entraîné une plaie béante au niveau du sacrum qui n'a cessé de se surinfecter, provoquant une amputation puis la mort du patient. Il m'a été donné de le suivre à deux reprises au cours de l'internat.

Chaque cas sera illustré par un témoignage de psychiatres les ayant suivis, où ils nous présenteront leur difficulté dans la prise en charge somatique de ses patients, du fait de leur antécédent.

4.2. M. B.

L'histoire de M. B. commence en Algérie, où il est né en 1953 dans une fratrie de 4 garçons. Il a tenu un emploi dans l'administration avant de venir en France en 1972 où il a travaillé dans le bâtiment. Il ne travaille plus depuis les années 90 suite au début de sa pathologie psychiatrique. Il a eu une pension d'invalidité dans un premier temps, et touche désormais l'AAH (allocation pour adultes handicapés). Il a été marié une première fois et a eu deux fils de 28 et 25 ans avec qui il n'a que peu de contact. Son divorce a été prononcé en 2002. Il a vécu en HLM pendant de très nombreuses années, seul et très isolé sur le plan social.

Dans ses antécédents personnels, on note une coronaropathie avec séquelles ischémiques en territoire antérieur et antéroseptal (FEVG 45%) ainsi qu'une hernie discale. Au niveau familial, son frère a fait six infarctus du myocarde avant 50 ans. Son tabagisme est sevré depuis plusieurs années.

Son suivi en psychiatrie a débuté dans les années 80 sur ses CMP de secteur, puis en libéral pendant quelques temps (suite au départ à la retraite du psychiatre qui le suivait au centre). Finalement, il a repris contact avec l'assistance publique en 2010. Il décrivait une aggravation de sa symptomatologie (étant en rupture de traitement) : sa thymie était au plus bas avec une forte participation anxieuse, qu'il met en lien avec un isolement social majeur, un logement précaire et des idées de persécutions très envahissantes. Il présente des idées noires sans velléité de passage à l'acte et une certaine désinhibition « *j'arrête les gens dans la rue pour leur raconter ma vie* ». Concernant son sentiment de persécution il évoque « *des gitans qui me voulait du mal. Je suis allé les voir pour leur dire de me laisser tranquille. C'était ma mauvaise personne qui parlait, alors ils ont eu peur et maintenant c'est bon* ».

A cette époque, le patient évoquait des troubles mnésiques avec une désorientation temporelle objectivée par le psychiatre. Au cours de cette reprise de suivi, on lui a réintroduit un traitement de fond qu'il avait déjà, à savoir du Zyprexa® 15mg et du Zoloft® 50mg le matin. Les quelques tests de mémoires réalisés à ce moment-là ne montraient pas de troubles phasiques ou praxiques ni de désorientation temporo-spatiale (DTS). La mémoire à courte terme était limitée avec aucun mot sur 3 retenu après quelques minutes. Il décrit également des épisodes d'hémi-parésie droite à prédominance brachiofaciale évoluant depuis plusieurs semaines et pouvant survenir plusieurs fois par jour. Le scanner réalisé revient normal, un débit sanguin cérébral retrouvait des hypoperfusions relativement symétriques, pas d'IRM réalisé ou d'holter-ECG pour compléter le bilan. Il est conclu à de probables crises d'angoisse.

Début 2011, le patient est hospitalisé en HDJ pour introduction d'un traitement par Leponex® devant une symptomatologie psychiatrique ne s'améliorant pas malgré les traitements bien conduits. Les idées délirantes de persécution sont toujours très présentes ainsi que la symptomatologie dépressive. Le Zyprexa® est remplacé par de l'Abilify® puis par le Semap® qui permet une amélioration des idées de persécution. Au final, le Semap® est changé pour du Xeroquel®. Les troubles mnésiques sont toujours présents mais stables.

Entre 2011 et 2015, l'évolution est relativement stable sur le plan psychiatrique. Les idées délirantes de persécution sont centrées essentiellement sur ses voisins. Ces derniers feraient « *du bruit spécialement pour moi, je dois les déranger* ». Sa fluctuation thymique est congruente aux symptômes persécutoires. Dans le même temps, le patient cherche à changer de logement. En mai 2015, son psychiatre traitant note une dégradation cognitive et des troubles mnésiques. Des rendez-vous sont prévus mais le patient ne s'y rend pas. A partir de juin, il ne se présente plus aux consultations.

Il revient en décembre, il était parti en Algérie où il s'est marié avec une femme de 42 ans. Le patient a été en rupture de suivi et de traitement pendant 4 mois. Son traitement est réintroduit, puis suit une nouvelle rupture de suivi.

On retrouve M. B. 8 mois plus tard, en 2016, où il est adressé aux urgences psychiatriques de l'hôpital de la Conception (Marseille) par les urgences générales après avoir incendié son appartement. A son arrivée, le patient présente un tableau de désorientation spatio-temporel marqué avec un discours incohérent. Lors de son passage aux urgences, aucun examen complémentaire n'a été conduit. En effet, il a été adressé dans les plus brefs délais auprès d'un psychiatre devant ses antécédents de suivi en psychiatrie. On remarque le non-respect des conduites à tenir devant l'aggravation d'un trouble psychiatrique associé à une désorientation spatio-temporelle, à savoir l'élimination d'une cause somatique. Aucune imagerie n'a été réalisée en première intention en vue de rechercher un diagnostic différentiel, sur le seul argument de son antécédent de pathologie psychiatrique. Cette stigmatisation liée à son diagnostic va se poursuivre tout au long de sa prise en charge malgré l'évolution clairement neurologique de ses troubles. Un bilan de confusion est finalement réalisé 2 jours plus tard, le scanner ne retrouve pas de lésions récentes mais une occlusion ancienne de l'artère cérébrale postérieure gauche à l'origine d'une hypodensité temporale interne gauche. Les autres examens ne retrouvent pas d'anomalies. Malgré tout l'état confusionnel persiste et la famille note une réelle rupture avec l'état antérieur (autonome et sans désorientation). Le test MMSE qui a été réalisé montrait un score de 10/30 et le BREF de 6/18. Un avis spécialisé par un neurologue est demandé et conclut à une démence vasculaire. L'équipe de soins commencent à évoquer un transfert en SSR pour ce patient. Un diagnostic de trouble schizo-affectif a tout de même été posé au cours de l'hospitalisation.

Durant l'année 2016, l'état clinique de M. B. continue de se dégrader. Le syndrome démentiel est de plus en plus marqué avec une désorientation temporo-spatiale au premier plan, des troubles majeurs de la mémoire et des passages à l'acte hétéro-agressif. De plus, les tentatives de fugue sont nombreuses avec mise en danger en lien avec sa DTS. Plusieurs AVC surviennent au cours de l'hospitalisation, les scanners cérébraux indiquent de multiples lésions ischémiques séquellaires frontales bilatérales, des noyaux gris, occipito-temporale gauche et mésencéphalique. Les scanners TSao retrouvent de l'athérome intro-crânien marqué, une surcharge athéromateuse avec plaques non sténosantes des portions M1 des artères sylviennes, une plaque sténosante de la portion P1 de l'artère cérébrale postérieure droite et une occlusion dès sa portion P1 de l'artère cérébrale postérieure gauche.

En décembre 2016, l'antécédent de suivi psychiatrique entrave de nouveau sa prise en charge. En effet, nous le retrouvons avec un déficit moteur de tout l'hémicorps droit et une DTS toujours très marquée, des déficits sensitifs et un déficit au niveau du VII nerfs crâniens à droite. Les médecins s'orientent vers le STROKE mais la prise en charge en urgence est récusée, de même le SAMU refuse un transport médicalisé. Il n'est finalement transporté aux urgences que plusieurs heures plus tard. On voit dans cette situation que la stigmatisation des patients peut influencer de manière majeure sur leur prise en charge et, dans ce cas précis, retarde les soins avec une grande perte de chance pour le malade.

Il est hospitalisé en janvier 2017 en unité de Neurologie, devant les antécédents d'accidents vasculaires cérébraux multiples, pour bilan diagnostique. Deux hypothèses sont évoquées : une vascularite cérébrale ou un athérome intracrânien. Une tuberculose latente est également retrouvée, d'où l'introduction d'un traitement antituberculeux par Rifater®. Malgré les hypothèses clairement d'ordre somatique ainsi que la tuberculose latente, le patient est de nouveau adressé en psychiatrie en vue d'un placement en SSR bien qu'il n'y ait plus (voire même qu'il n'y ait jamais eu) d'indication d'hospitalisation en psychiatrie. En effet, depuis son arrivée aux urgences en 2016, le tableau clinique de M. B. est marqué par une désorientation temporo-spatiale, des conduites d'errance avec risque de fugue et de mise en danger de lui-même, des troubles mnésiques majeurs ainsi que des troubles du comportement avec menaces hétéro-agressives. Aucun élément d'ordre thymique ou psychotique n'est retrouvé au cours de cette hospitalisation. Les traitements instaurés, le Risperdal® puis l'Haldol® (dernier traitement du patient), n'ont en aucun cas amélioré la symptomatologie décrite plus haut. Malgré ce, le patient reste hospitalisé dans une unité non adaptée à sa pathologie avec pour unique justification son antécédent diagnostique de trouble schizo-affectif. Une demande en service de gériatrie long séjour est demandée, mais est refusée, toujours à cause de ses antécédents de suivi en psychiatrie, arguant l'impossibilité de justifier l'origine neurologique de ses troubles récents.

Le patient est finalement adressé dans une unité fermée dans un EHPAD en décembre 2017 mais sera de nouveau hospitalisé en psychiatrie 2 mois plus tard pour des troubles du comportement.

M. B. sera définitivement hospitalisé dans cet EHPAD à partir de mars 2018, nous n'avons plus d'information à partir de cette date dans son dossier médical.

Témoignage Dr M. :

« J'ai rencontré M. B. au cours de mon internat. Et l'ai suivi pendant quasiment toute la durée de mon stage de 6 mois. Mon premier contact avec lui a été lors d'une garde en 2016, où on l'a reçu des urgences générales avec comme motif d'admission : « Patient avec antécédents de suivi en psychiatrie, qui a mis le feu à son appartement, et qui est désorienté ». Je me rappelle avoir été marquée par la non-réalisation d'examen complémentaire. En effet, son tableau clinique, notamment sa désorientation temporo-spatiale, était très impressionnant. Il connaissait à peine son prénom, ne connaissait pas la date, le lieu où il était, ni même les événements ayant conduit à l'incendie de son appartement. Nous l'avons d'abord transféré dans une unité de patients aigus puis dans un service de patients chroniques devant la difficulté de prise en charge : il s'agissait du service où j'ai réalisé mon stage.

Finalement, nous avons demandé un avis neurologique dans le service qui a authentifié une démence vasculaire et préconisé une orientation en SSR. La prise en charge a commencé à se compliquer à ce moment-là. Un diagnostic de trouble schizo-affectif avait été posé a posteriori mais, en retraçant son histoire, nous avons surtout retrouvé des épisodes dépressifs teintés d'idées de persécution à bas bruit qui se sont majorées au moment de l'incendie. Son tableau étant assez atypique, nous nous sommes demandé si les idées délirantes étaient réellement d'origine psychiatrique ou s'il s'agissait d'une manifestation précoce (troubles psycho-comportementaux) de sa démence.

Sur le plan légal, la prise en charge a également été difficile. Le patient était en soins libres mais pouvait-il réellement donner son consentement devant sa démence ? De plus, nous ne pouvions le transférer en secteur fermé car son mode de placement ne le permettait pas et ce n'était pas adapté pour lui. La mise d'une contrainte a été écartée, car nous savions qu'une fois posée, il aurait été impossible de l'adresser dans une unité adaptée à sa pathologie ; la contrainte aurait entraîné une stigmatisation majeure pour le patient.

Nous lui avons prescrit des neuroleptiques pour l'apaiser mais ils ne sont pas indiqués en cas de démence car ils ont tendance à aggraver les capacités cognitives du patient. En général, des mesures non médicamenteuses (contact fréquent, musique, rassurance, objets qui lui appartenaient pour repère) sont à mettre en place mais cela était impossible dans un service avec une vingtaine de lits et un staff infirmier de service classique.

Pour en revenir à l'épisode du SAMU, le transport médicalisé nous a été refusé car le patient n'était pas prioritaire devant ses antécédents de démence et psychiatrique. De même les urgences générales se défaussaient à chaque fois lors d'une suspicion d'AVC car ils déclaraient ne rien pouvoir faire de plus que nous dans le service, à savoir un scanner et des bilans sanguins.

Nous avons envoyé des demandes de SSR dans toute la région PACA, en n'essayant que des refus : soit au motif de l'absence de secteur fermé dans leur établissement, soit pour ses antécédents de suivi en psychiatrie. Notre demande pour un accueil sur une unité d'hospitalisation longue durée dans un service de gériatrie s'est vu refusée car M. B. était « *déjà suivi pour un trouble psychiatrique et donc du lard ou du cochon on ne sait pas trop ce qu'il a* » (*sic*). Ceci a été justifié également par le fait qu'en psychiatrie nous avons moins d'impératif de turn-over, et qu'on pouvait donc garder le patient plus longtemps.

Sa prise en charge était bloquée à la fin de mon stage. Je suis heureuse qu'il ait pu être adressé dans une unité spécialisée. »

4.3. M. M.

M. M. aurait été actuellement dans sa 35^{ème} année. Il a grandi dans des quartiers populaires marseillais et a passé son adolescence et son début de vie d'adulte dans la petite délinquance avec des passages d'incarcération à la prison des Baumettes. Il effectuait essentiellement des vols et des cambriolages. En 2006, alors âgé de 23 ans, il vole à plusieurs reprises le même commerçant. Ce dernier, exténué, lui tire dessus à bout portant avec un fusil. Il en résulte une paraplégie des membres inférieurs sur un traumatisme médullaire en D8-D9. Une large plaie située au niveau du sacrum, au point d'impact, nécessite des soins stricts et réguliers afin d'éviter tout risque infectieux.

On retrouve dans ses antécédents, en plus de sa paraplégie :

- un hématome cérébral sur projectile intracrânien,
- une phlébite fémoropoplité droite
- une péritonite
- une ostéite du sacrum suite à ses escarres, traité en 2011
- une amputation de sa jambe droite

A partir de 2010, il est suivi sur son secteur. Dans un premier temps, un diagnostic de schizophrénie paranoïde est posé et un traitement par NAP d'Haldol Decanoas® est introduit. Le diagnostic évolue pour un trouble de l'humeur bipolaire de type 1 associé à un trouble de la personnalité anti-sociale devant des épisodes maniaques fréquents avec accélération psychomotrice, logorrhée, tachypsychie, des idées délirantes mégalomaniaques « *je vais jouer la coupe du monde de foot* », des comportements hétéro-agressifs et une opposition majeure aux soins qu'ils soient psychiatriques ou somatiques. Au cours de ces dernières années (entre 2006 et 2010), le patient n'a que très peu suivi les recommandations pour la prise en charge de sa plaie. Il en résulte des escarres creusant au niveau sacro-fessier et des troubles vésicaux associés, nécessitant des sondages quotidiens.

Entre 2010 et 2014, M. M. est suivi sur son secteur et est régulièrement hospitalisé sous contrainte dans un contexte de rupture thérapeutique avec décompensation maniaque et crise clastique au domicile. Sur le plan somatique, les troubles s'aggravent. Le patient fait régulièrement des pics fébriles sur point d'entrée cutané mais il met régulièrement en échec les soins devant une opposition majeure. En 2011, il contracte une ostéite du sacrum qui sera traitée par Tienam® et Rifadine®. Sur le plan psychiatrique, son traitement consiste en du Zyprexa®, de l'Atarax®, de la Depakote®, du Rivotril® et le NAP d'Haldol Decanoas®. Le seul traitement qui restera tout au long de sa prise en charge est le NAP, car dans son opposition il n'accepte que très rarement les traitements per os, ce qui a rendu sa prise en charge somatique d'autant plus difficile. Finalement, une colostomie et une urostomie seront réalisées devant une vessie neurologique et des infections urinaires à répétition ainsi que la survenue d'une péritonite. Le patient sera en rupture de suivi psychiatrique et de traitement à partir de 2014 et ce jusqu'en 2017.

En janvier 2017, dans un contexte de rupture thérapeutique et de décompensation de sa pathologie psychiatrique, sa mère prévient les pompiers et il est adressé aux urgences générales. De là, devant l'état clinique de ses escarres et de son état somatique en général, il est hospitalisé en chirurgie plastique et réparatrice. Dès le lendemain, le service joint l'équipe de liaison psychiatrique afin de le réorienter. Le patient est dans un refus complet des soins, délirant et agité, et ils ne veulent pas le prendre en charge tant qu'il n'est pas stabilisé sur le plan psychique. Le patient sera alors orienté sur les urgences psychiatriques puis sur son secteur où il était suivi auparavant en soins sous contrainte. Rapidement, sa plaie se surinfecte et un transfert aux urgences est nécessaire. Aucun service de somatique n'accepte de recevoir le patient au vu de ses antécédents psychiatriques et de la difficulté à mettre en place les soins, il est donc renvoyé

au domicile malgré la gravité de sa situation. Il s'agit là du premier réel incident dans la prise en charge de ce patient, incident qui va devenir une banalité durant les trois dernières années de sa vie.

Il est de nouveau adressé aux urgences psychiatriques quelques jours plus tard. Une demande de transfert en service d'infectiologie est refusée car une précédente hospitalisation se serait mal passée. Il est finalement hospitalisé en service de dermatologie pendant une dizaine de jours, avec un suivi régulier par une équipe de psychiatrie de liaison. Puis il est adressé dans une maison de soins. Il y reste 2 mois avant d'être réorienté sur les urgences psychiatriques devant un refus de son antibiothérapie et une agressivité envers le personnel. L'hospitalisation dure une dizaine de jours. Sur le plan somatique, ses escarres ne cessent de se creuser. Lorsque l'on revient sur son opposition aux soins, il répond que c'est son droit de mourir. Toutes les demandes de transfert en service de soins somatiques ou en maison d'accueil spécialisée sont refusées au motif de ses antécédents psychiatriques, malgré les troubles somatiques graves qui ne sont pas gérables en service d'urgences psychiatriques. Le transfert sur son secteur a été également très difficile et a nécessité de nombreuses négociations, le patient ayant éreinté les équipes soignantes. Il sort d'hospitalisation en août 2017 et un appartement lui est trouvé, qu'il incendie en avril 2018.

A partir d'avril 2018, le patient est de nouveau admis sur son secteur. Une amputation de sa jambe droite est nécessaire, celle-ci étant en nécrose suite à l'évolution de son escarre. Il nécessite un isolement car il est porteur de bactéries multi-résistantes. En juin, il sera resectorisé dans un autre hôpital de Marseille suite à l'épuisement des équipes soignantes l'ayant suivi jusque-là. Il y restera jusqu'à son décès.

A cette période, le patient est stable sur le plan psychiatrique. Il exprime une forte lassitude par rapport à son hospitalisation de longue durée et souhaiterait retrouver un logement. Les soins somatiques sont, quant à eux, très prenants et mobilisent pas moins de 3 infirmiers pendant 1 heure tous les jours. Fin juin, il fait un choc septique sur point d'appel cutané. Il refuse de nouveau les soins des urgences et est réadressé dans son service de psychiatrie. Le patient est déclaré en LATA, c'est-à-dire qu'aucun soin de réanimation ne sera pratiqué sur lui si son pronostic vital est engagé.

Son état clinique se dégrade fortement. Les escarres se surinfectent régulièrement entraînant de nombreux chocs septiques et il devient difficile de l'adresser aux urgences, car certains médecins refusent de le recevoir.

L'équipe du service fait plusieurs demandes d'hospitalisation en service de soins palliatifs ou de soins de suite et de réadaptation ainsi que dans des services d'infectiologie devant des difficultés grandissantes à prendre en charge ses plaies qui se surinfectent et se nécrosent. Malgré sa stabilité sur le plan thymique, toutes les demandes sont refusées au motif de ses antécédents.

Début décembre 2018, M. M. est de nouveau transféré aux urgences. On lui transfuse 3 poches de sang pour une anémie chronique inflammatoire sur son escarre sacrée. Il contracte également une bronchite aiguë sans pneumopathie qui sera traitée par Augmentin®. Il est de nouveau réadressé dans le service psychiatrique qui le suit.

Finalement le 11 décembre 2018, il présente une insuffisance respiratoire brutale avec 63% de saturation, un état de semi-conscience, des crépitants bilatéraux de la base à l'apex à l'auscultation pulmonaire et un tirage respiratoire. Avec 12 litres d'oxygène il ne sera qu'à 94%. Il est transféré aux urgences somatiques puis mis en protocole de soins palliatifs à l'Hospitalisation de Très Courte Durée.

Il décède fin décembre 2018.

Témoignage du Dr M. :

« J'ai suivi M. M. durant mon internat, au cours d'un de mes stages de 6 mois sur son secteur de prise en charge d'origine avant sa re-sectorisation. Là aussi la prise en charge était très difficile. Il fallait tout le temps négocier pour qu'il soit reçu sur les urgences. Il y a même eu une période où il était, officieusement, interdit des urgences...

Je me rappelle 3 situations qui m'ont marquée :

- On avait adressé M. M. en service de chirurgie afin de réaliser l'amputation de sa jambe droite. L'escarre était devenue trop importante et la jambe était en train de nécroser. Il est donc admis dans ce service en soin libres afin de réaliser l'acte chirurgical qui se déroule sans encombre. Et le lendemain, on nous le réadresse sans nous avoir prévenus au préalable. Qui plus est, les médecins l'avaient mis en soins sous contrainte afin d'être sûrs que nous l'hospitaliserions à son arrivée et ne pas avoir à le garder dans leur service.

- Le patient avait été évacué en service d'infectiologie pour réaliser un bilan devant une hyperthermie. A peine était-il arrivé que l'interne du service me passe un coup de téléphone pour le réadresser devant des troubles du comportement, en justifiant que sur le plan somatique il n'y a rien de particulier à entreprendre à part une antibiothérapie. En pleine discussion, elle doit raccrocher car le patient était en train de faire un choc septique.
- Enfin, quand nous l'adressions pour des bilans en lien avec sa pathologie somatique nous joignons à chaque fois un protocole de sédation afin de faciliter les examens. Nous savions qu'il était très opposant aux soins. Une fois, un interne m'a répondu que « *ce n'était pas son boulot de faire ça* ».

Toute sa prise en charge a été émaillée de difficultés similaires. Les équipes étaient épuisées devant les soins somatiques quotidiens à gérer pour lui et le reste du pavillon. »

Témoignage Dr B. :

« J'ai suivi M. M. durant les derniers mois de sa vie après qu'il soit resectorisé. Je suis praticien hospitalier dans ce service. La première chose qui m'a marqué c'est la re-sectorisation en elle-même, elle a été vécue très violemment que ce soit par le patient ou l'équipe. En effet, après avoir été suivi pendant des années sur son ancien secteur, il nous a été adressé avec juste un simple courrier. Il n'avait jamais vu les lieux ou rencontré l'équipe avant et on ne nous avait pas informé sur les difficultés majeures concernant sa prise en charge somatique.

Régulièrement l'équipe était très inquiète quant à l'évolution de sa plaie peu favorable, et nous poussait pour que nous trouvions une solution plus adaptée pour lui et pour eux. En effet, il est resté environ 7 mois dans le service et a épuisé l'équipe tant ses soins étaient chronophages.

Nous l'adressions régulièrement aux urgences générales pour des hyperthermies et des anémies mais il n'y restait que quelques heures et il était renvoyé sans traitement particulier. Un jour, on a même reçu un coup de fil des urgentistes dès son arrivée pour nous le réadresser sans examens. Nous leur avons demandé un certificat pour justifier un tel retour, ce n'est que là qu'ils ont consenti à le garder quelques heures pour faire un bilan sanguin.

Une autre fois, nous l'avions adressé pour une hyperthermie à 40°C et une anémie sur son escarre à 6 g/dl. M. M. nous a été renvoyé dans le même état clinique. Rien n'avait été entrepris.

Nous comprenions d'autant moins ce rejet et cette stigmatisation envers ce patient qu'il était parfaitement stable sur le plan clinique depuis son arrivée dans notre service.

Au final, la seule fois où il est resté aux urgences c'est au moment de son décès.

Nous avons également appris que la déclaration en LATA avait été décidée unilatéralement, par les médecins des urgences et des différents médecins somatiques le prenant en charge, sans avoir recherché l'accord du patient ni de sa famille, ce qui est interdit.

Le sentiment d'impuissance nous a vraiment marqué dans cette prise en charge. Nous avons beau demander de l'aide aux personnes compétentes, son histoire psychiatrique était une véritable barrière à l'avancement de ses soins. »

4.4. Conclusion

La présentation de ses deux cas cliniques ne se veut pas être une démonstration à charge sur nos confrères somaticiens mais une illustration de la réelle difficulté de la prise en charge des patients sur le plan somatique. La stigmatisation, par leurs antécédents de suivi psychiatrique, est une composante importante de cette difficulté à notre avis.

Dans le cas de notre premier patient, la frontière entre neurologie et psychiatrie est toujours très fine, relique de la neuro-psychiatrie en tant que spécialité. Et effectivement, le suivi et la prise en charge d'un patient atteint de démence peuvent être conduits en service de psychiatrie ou de géro-psi-chiatrie mais nécessitent obligatoirement un suivi par un neurologue. Un consensus concernant la prise en charge des patients atteints de démence n'a pas encore été établi.

Le deuxième cas clinique illustre la stigmatisation dont sont victimes les patients avec une pathologie lourde et bruyante. Ici, on retrouve une attitude que l'on a pu mettre en évidence dans notre revue à savoir la peur que peuvent éprouver les praticiens envers ses patients (le sentiment de dangerosité qui peut être ressenti et l'angoisse de l'impulsivité).

5. Conclusion

Les patients que nous suivons dans notre discipline ont toujours été sujets à d'importantes stigmatisations de la part de leur pairs. Toujours mis à l'écart de la population générale, ils ont été auréolés d'une part de mysticisme (possession démoniaque, sorcellerie...) pendant de nombreux siècles et le sont encore dans certains pays actuellement.

Aujourd'hui, bien que les avancées médicales aient permis de mieux appréhender ses pathologies psychiatriques et de mieux informer la population générale, une image négative de nos patients perdure. Le sentiment de dangerosité et d'impulsivité notamment est toujours très fort et a nourri l'imaginaire collectif au travers de la littérature (*Dr Jekyll et Mr Hyde* de Robert Louis Stevenson ou *American Psycho* de Bret Easton Ellis) et du cinéma (de *Split* de M. Night Shyamalan à *Shock Corridor* de Samuel Fuller, en passant par *Vol au-dessus d'un nid de coucou* de Milos Forman ou *Shutter Island* de Martin Scorsese).

Cet imaginaire populaire est, de fait, partagé par les professionnels de la santé. La littérature scientifique a déjà établi l'existence d'une stigmatisation, par la population générale, envers les patients souffrant de pathologie psychiatrique. Depuis une vingtaine d'années, des praticiens s'intéressent à cette attitude stigmatisante que peuvent avoir les professionnels de la santé envers ses malades. C'est ce qui nous a intéressés dans ce travail, en nous centrant sur l'attitude des professionnels en médecine somatique.

La revue de la littérature conduite a permis de confirmer que la stigmatisation des patients atteints de pathologies psychiatriques est bien présente parmi les différents membres du personnel soignant somatique. Il en ressort également que les femmes sont moins stigmatisantes que les hommes et que les pays en voie de développement le sont d'avantage que les pays occidentaux (notamment du fait de leur culture toujours très ancrée dans la religion et leur imaginaire démonologique lié à la pathologie mentale). Nous avons également pu mettre en évidence que des formations sur la pathologie mentale, des contacts personnels (famille, amis) ou des stages réalisés en psychiatrie étaient associés à une réduction de cette stigmatisation. La peur, en lien avec la supposée dangerosité des patients, est toujours très présente parmi les professionnels notamment concernant les pathologies les plus bruyantes comme la schizophrénie.

Au cours de nos années d'exercice, il nous a été donné à tous de faire face à des situations cliniques complexes comme celle de M. B., patient atteint d'une démence vasculaire dont la prise en charge en service spécialisé a pris plusieurs années, ou de M. M., patient atteint d'un trouble de l'humeur bipolaire, dont les antécédents de troubles du comportement l'ont suivi tout au long de sa prise en charge somatique.

Cette stigmatisation qui peut être exercée par nos confrères somaticiens, mais qui peut également venir de nous-mêmes (bien que non étudié ici), associée aux données recueillies dans cette revue de la littérature nous a interrogés sur une problématique importante en psychiatrie : les comorbidités somatiques des patients souffrant de pathologies mentales.

Il a déjà été démontré dans la littérature que les patients souffrant de troubles psychiatriques sont plus à même de développer de nombreuses comorbidités (HTA, diabète, atteinte pulmonaire...) par rapport à la population générale.

Nous nous sommes donc posé la question : y a-t-il un lien entre cette stigmatisation exercée par les professionnels de la santé somatique et le développement de ces comorbidités ?

Afin d'y apporter un début de réponse, nous avons mis en place un protocole de recherche visant à mettre en évidence un lien, s'il existe, entre ces deux facteurs. Ce protocole à destination de tous les médecins de l'AP-HM sera composé de 4 vignettes de cas cliniques détaillées précédemment, visant à évaluer les conduites de prise en charge, et d'une échelle d'évaluation de la stigmatisation, l'échelle CAMI. Cette étude sera conduite ultérieurement, à l'occasion d'un nouveau travail sur la stigmatisation.

L'objectif étant ici, non pas d'accuser la pratique de certains médecins somatiques, mais bien d'apporter de nouvelles pistes de réflexion concernant la prise en charge somatique des patients souffrant de troubles psychiatriques.

Bibliographie

1. Weltgesundheitsorganisation, éditeur. Mental health: new understanding, new hope. repr. Geneva: World Health Organization; 2002. 178 p. (The world health report).
2. WHO | ICD-10 online versions [Internet]. WHO. [cité 1 juill 2019]. Disponible sur: <http://www.who.int/classifications/icd/icdonlineversions/en/>
3. Sartorius N, Schulze H. Reducing the Stigma of Mental Illness: A Report from a Global Programme of the World Psychiatric Association [Internet]. Cambridge: Cambridge University Press; 2005 [cité 3 juin 2019]. Disponible sur: <https://www.cambridge.org/core/product/identifiant/9780511544255/type/book>
4. Schomerus G, Schwahn C, Holzinger A, Corrigan PW, Grabe HJ, Carta MG, et al. Evolution of public attitudes about mental illness: a systematic review and meta-analysis: Evolution of public attitudes. *Acta Psychiatr Scand*. juin 2012;125(6):440- 52.
5. Felker B, Yazel JJ, Short D. Mortality and medical comorbidity among psychiatric patients: a review. *Psychiatr Serv Wash DC*. déc 1996;47(12):1356- 63.
6. Miller BJ, Paschall CB, Svendsen DP. Mortality and medical comorbidity among patients with serious mental illness. *Psychiatr Serv Wash DC*. oct 2006;57(10):1482- 7.
7. Jones DR, Macias C, Barreira PJ, Fisher WH, Hargreaves WA, Harding CM. Prevalence, severity, and co-occurrence of chronic physical health problems of persons with serious mental illness. *Psychiatr Serv Wash DC*. nov 2004;55(11):1250- 7.
8. Soigner les maladies mentales : pour un plan de mobilisation nationale [Internet]. Académie nationale de médecine | Une institution dans son temps. 2019 [cité 2 juill 2019]. Disponible sur: <http://www.academie-medecine.fr/soigner-les-maladies-mentales-pour-un-plan-de-mobilisation-nationale/>
9. Communiqué de presse : Personnes suivies pour des troubles psychiques sévères : une espérance de vie fortement réduite et une mortalité prématurée quadruplée - IRDES [Internet]. [cité 2 juill 2019]. Disponible sur: <https://www.irdes.fr/presse/communiques/180-personnes-suivies-pour-des-troubles-psychiques-severes-une-esperance-de-vie-fortement-reduite.html>
10. Larousse É. Définitions : stigmatiser - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cité 19 mai 2019]. Disponible sur: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/stigmatiser/74714>
11. Goffman E, Kihm A. Stigmaté: les usages sociaux des handicaps. Les éd. de minuit; 1975.
12. Thornicroft G, Rose D, Kassam A, Sartorius N. Stigma: ignorance, prejudice or discrimination? *Br J Psychiatry*. mars 2007;190(3):192- 3.
13. Link BG, Phelan JC. Labeling and Stigma. In: Aneshensel CS, Phelan JC, Bierman A, éditeurs. *Handbook of the Sociology of Mental Health* [Internet]. Dordrecht: Springer Netherlands; 2013 [cité 20 mai 2019]. p. 525- 41. (Handbooks of Sociology and Social Research). Disponible sur: https://doi.org/10.1007/978-94-007-4276-5_25

14. Janoušková M, Weissová A, Formánek T, Pasz J, Bankovská Motlová L. Mental illness stigma among medical students and teachers. *Int J Soc Psychiatry*. déc 2017;63(8):744- 51.
15. Eksteen H-C, Becker PJ, Lippi G. Stigmatization towards the mentally ill: Perceptions of psychiatrists, pre-clinical and post-clinical rotation medical students. *Int J Soc Psychiatry*. déc 2017;63(8):782- 91.
16. Korszun A, Dinos S, Ahmed K, Bhui K. Medical student attitudes about mental illness: does medical-school education reduce stigma? *Acad Psychiatry J Am Assoc Dir Psychiatr Resid Train Assoc Acad Psychiatry*. 1 mai 2012;36(3):197- 204.
17. O' Connor K, Brennan D, O' Loughlin K, Wilson L, Pillay D, Clarke M, et al. Attitudes towards patients with mental illness in Irish medical students. *Ir J Med Sci*. déc 2013;182(4):679- 85.
18. Pascucci M, Ventriglio A, Stella E, Di Sabatino D, La Montagna M, Nicastro R, et al. Empathy and attitudes towards mental illness among Italian medical students. *Int J Cult Ment Health*. 3 avr 2017;10(2):174- 84.
19. Simon N, Verdoux H. [Impact of education program and clinical posting in psychiatry on medical students' stigmatizing attitudes towards psychiatry and psychiatric disorders]. *L'Encephale*. sept 2018;44(4):329- 36.
20. Ubaka CM, Chikezie CM, Amorha KC, Ukwe CV. Health Professionals' Stigma towards the Psychiatric Ill in Nigeria. *Ethiop J Health Sci*. juill 2018;28(4):483- 94.
21. Adewuya AO, Oguntade AA. Doctors' attitude towards people with mental illness in Western Nigeria. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. nov 2007;42(11):931- 6.
22. Chang S, Ong HL, Seow E, Chua BY, Abdin E, Samari E, et al. Stigma towards mental illness among medical and nursing students in Singapore: a cross-sectional study. *BMJ Open*. 4 déc 2017;7(12):e018099.
23. Wang Y, Wang X, Zhang W, Liang X, Tian D, Qu Z. Risk factors of the stigma towards psychiatric patients among primary healthcare workers in China: a county study. *BMC Psychiatry*. 08 2017;17(1):62.
24. Abuhammad S, Hatamleh R, Howard K, Ahmad MM. Correlates and Predictors of Stigmatization of Patients With Mental Illness Among Nursing Students. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv*. 1 janv 2019;57(1):43- 51.
25. Lyons Z, Laugharne J, Laugharne R, Appiah-Poku J. Stigma towards mental illness among medical students in Australia and Ghana. *Acad Psychiatry J Am Assoc Dir Psychiatr Resid Train Assoc Acad Psychiatry*. juin 2015;39(3):305- 8.
26. Ewhrudjakpor C. Knowledge, Beliefs and Attitudes of Health Care Providers towards the Mentally Ill in Delta State, Nigeria. *Stud Ethno-Med*. janv 2009;3(1):19- 25.
27. Ng YP, Rashid A, O'Brien F. Determining the effectiveness of a video-based contact intervention in improving attitudes of Penang primary care nurses towards people with mental illness. *PLoS One*. 2017;12(11):e0187861.
28. Ben Natan M, Drori T, Hochman O. Associative stigma related to psychiatric nursing within the nursing profession. *Arch Psychiatr Nurs*. déc 2015;29(6):388- 92.

29. 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.
30. Reavley NJ, Mackinnon AJ, Morgan AJ, Jorm AF. Stigmatising attitudes towards people with mental disorders: a comparison of Australian health professionals with the general community. *Aust N Z J Psychiatry.* mai 2014;48(5):433- 41.
31. Kopera M, Suszek H, Bonar E, Myszka M, Gmaj B, Ilgen M, et al. Evaluating Explicit and Implicit Stigma of Mental Illness in Mental Health Professionals and Medical Students. *Community Ment Health J.* juill 2015;51(5):628- 34.
32. Winkler P, Mladá K, Janoušková M, Weissová A, Tušková E, Csémy L, et al. Attitudes towards the people with mental illness: comparison between Czech medical doctors and general population. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2016;51(9):1265- 73.
33. O'Reilly CL, Bell JS, Kelly PJ, Chen TF. Impact of mental health first aid training on pharmacy students' knowledge, attitudes and self-reported behaviour: a controlled trial. *Aust N Z J Psychiatry.* juill 2011;45(7):549- 57.
34. da Rocha Neto HG, Rosenheck RA, Stefanovics EA, Cavalcanti MT. Attitudes of Brazilian Medical Students Towards Psychiatric Patients and Mental Illness: A Quantitative Study Before and After Completing the Psychiatric Clerkship. *Acad Psychiatry J Am Assoc Dir Psychiatr Resid Train Assoc Acad Psychiatry.* juin 2017;41(3):315- 9.
35. Economou M, Kontoangelos K, Peppou LE, Arvaniti A, Samakouri M, Douzenis A, et al. Medical students' attitudes to mental illnesses and to psychiatry before and after the psychiatric clerkship: Training in a specialty and a general hospital. *Psychiatry Res.* 2017;258:108- 15.
36. Shen Y, Dong H, Fan X, Zhang Z, Li L, Lv H, et al. What can the medical education do for eliminating stigma and discrimination associated with mental illness among future doctors? effect of clerkship training on chinese students' attitudes. *Int J Psychiatry Med.* 2014;47(3):241- 54.
37. Sow A, Van Dormael M, Criel B, Conde S, Dewez M, de Spiegelaere M. Stigmatisation de la maladie mentale par les étudiants en médecine en Guinée, Conakry. *Santé Publique.* 2018;30(2):253.
38. Telles-Correia D, Gama Marques J, Gramaça J, Sampaio D. Stigma and Attitudes towards Psychiatric Patients in Portuguese Medical Students. *Acta Médica Port.* 20 oct 2015;28(6):715.
39. Youssef FF. Attitudes toward mental illness among Caribbean medical students. *Educ Health Abingdon Engl.* avr 2018;31(1):3- 9.
40. Sathyanath S, Mendonsa RD, Thattil AM, Chandran VM, Karkal RS. Socially restrictive attitudes towards people with mental illness among the non-psychiatry medical professionals in a university teaching hospital in South India. *Int J Soc Psychiatry.* mai 2016;62(3):221- 6.
41. Chiles C, Stefanovics E, Rosenheck R. Attitudes of Students at a US Medical School Toward Mental Illness and Its Causes. *Acad Psychiatry.* juin 2017;41(3):320- 5.
42. Brinn F. Patients with mental illness: general nurses' attitudes and expectations. *Nurs Stand.* 22 mars 2000;14(27):32- 6.

43. Ma Z, Huang H, Nie G, Silenzio VMB, Wei B. Attitude towards Mental Illness among Primary Healthcare Providers: A Community-Based Study in Rural China. *BioMed Res Int.* 2018;2018:8715272.
44. Mukherjee R, Fialho A, Wijetunge A, Checinski K, Surgenor T. The stigmatisation of psychiatric illness: the attitudes of medical students and doctors in a London teaching hospital. *Psychiatr Bull.* mai 2002;26(05):178- 81.
45. Luo A, He H, Mohamed S, Rosenheck R. Medical Student Attitudes Towards People with Mental Illness in China: A Qualitative Study. *Cult Med Psychiatry.* sept 2018;42(3):535- 51.
46. Lawrie SM, Martin K, McNeill G, Drife J, Chrystie P, Reid A, et al. General practitioners' attitudes to psychiatric and medical illness. *Psychol Med.* nov 1998;28(6):1463- 7.
47. Alexander V, Ellis H, Barrett B. Medical-Surgical Nurses' Perceptions of Psychiatric Patients: A Review of the Literature With Clinical and Practice Applications. *Arch Psychiatr Nurs.* avr 2016;30(2):262- 70.
48. Vistorte AOR, Ribeiro W, Ziebold C, Asevedo E, Evans-Lacko S, Keeley JW, et al. Clinical decisions and stigmatizing attitudes towards mental health problems in primary care physicians from Latin American countries. *PloS One.* 2018;13(11):e0206440.
49. Jorm AF, Korten AE, Jacomb PA, Christensen H, Henderson S. Attitudes towards people with a mental disorder: a survey of the Australian public and health professionals. *Aust N Z J Psychiatry.* févr 1999;33(1):77- 83.
50. 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 17 févr 2019];8. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5741647/>

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.

Résumé :

Contexte : La stigmatisation qu'exerce la population générale sur les patients souffrant de troubles psychiatriques est largement documentée dans la littérature. Malgré les campagnes de sensibilisation aux pathologies mentales, des stéréotypes négatifs persistent. Par extension, nous nous sommes donc interrogés sur l'existence de cette stigmatisation dans le corps soignant somatique et également sur son impact éventuel dans la prise en charge somatique de ces patients.

Revue de la littérature : Elle a permis de confirmer que la stigmatisation des patients atteints de pathologies psychiatriques est bien présente parmi les différents membres du personnel soignant somatique. Il en ressort également que les femmes sont moins stigmatisantes que les hommes et que les pays en voie de développement le sont d'avantage que les pays occidentaux (notamment du fait de leur culture toujours très ancrée dans la religion et leur imaginaire démonologique lié à la pathologie mentale). Nous avons également pu mettre en évidence que des formations sur la pathologie mentale, des contacts personnels (famille, amis) ou des stages réalisés en psychiatrie étaient associés à une réduction de cette stigmatisation. La peur, en lien avec la supposée dangerosité des patients, est toujours très présente parmi les professionnels notamment concernant les pathologies les plus bruyantes comme la schizophrénie.

Protocole de recherche : Afin d'évaluer le niveau de corrélation entre la stigmatisation que peuvent exercer les soignants en somatique sur les patients souffrant d'une pathologie mentale et la prise en charge des patients, nous avons mis en place un protocole de recherche. Il sera à destination de tous les médecins de l'AP-HM et sera composé de 4 vignettes de cas cliniques, visant à évaluer les conduites de prise en charge, et d'une échelle d'évaluation de la stigmatisation, l'échelle CAMI.

Cas Clinique : Nous présenterons les situations cliniques de deux patients dont les antécédents psychiatriques ont été un frein majeur dans leur prise en charge sur le plan somatique.

Conclusion : L'objectif étant ici, non pas d'accuser la pratique de certains médecins somatiques, mais bien d'apporter de nouvelles pistes de réflexion concernant la prise en charge somatique des patients souffrant de troubles psychiatriques.

Mots-clés : Stigmatisation, Préjudice, Pathologie mentale, Soins Somatiques, Professionnel de santé