



HAL
open science

Étude de la représentation des personnes atteintes de troubles psychiatriques chez les internes en médecine français

Noémie Navez

► **To cite this version:**

Noémie Navez. Étude de la représentation des personnes atteintes de troubles psychiatriques chez les internes en médecine français. Sciences du Vivant [q-bio]. 2021. dumas-03382321

HAL Id: dumas-03382321

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03382321v1>

Submitted on 18 Oct 2021

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

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

Université de Bordeaux
U.F.R des SCIENCES MÉDICALES

Année 2021

N°3124

Thèse pour l'obtention du
DIPLÔME D'ÉTAT de DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Le 21 septembre 2021

Par **Noémie NAVEZ**

Née le 30 mai 1992, à Paris (75)

**Étude de la représentation des personnes atteintes de troubles psychiatriques
chez les internes en médecine français**

Directeur de thèse :

Madame le Professeur Marie TOURNIER

Jury :

Madame le Professeur Hélène VERDOUX, Président

Monsieur le Professeur Cédric GALERA, Juge

Madame le Docteur Cécile FAVEROLLE, Juge

Monsieur le Professeur Eric FAKRA, Rapporteur

REMERCIEMENTS

AU RAPPORTEUR

Monsieur le Professeur Eric FAKRA

Professeur des Universités – Praticien hospitalier

Service de psychiatrie adulte

Centre Hospitalier Universitaire de Saint-Etienne

Je suis très honorée que vous ayez accepté d’être le rapporteur de ma thèse. Veuillez trouver ici le témoignage de tout mon respect et ma profonde reconnaissance.

AUX MEMBRES DU JURY

Monsieur le Professeur Cédric GALERA

Professeur des Universités – Praticien hospitalier

Pôle Universitaire de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent (PUPEA)

Centre Hospitalier Charles Perrens, Bordeaux

Je vous remercie d'avoir accepté de faire partie de ce jury de thèse. Je vous remercie également pour la qualité et la clarté de vos enseignements dont j'ai pu bénéficier au cours de mon internat.

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

Madame le Docteur Cécile FAVEROLLE

Médecin généraliste - Service de médecine somatique

Pôle Psychiatrie d'Urgence Médoc-Arcachon (PUMA)

Centre Hospitalier Charles Perrens, Bordeaux

Je te remercie d'avoir accepté de juger mon travail. C'est un plaisir et une expérience enrichissante de pouvoir échanger avec toi autour des prises en charge des patients, merci pour ta disponibilité et ta pédagogie.

À LA DIRECTRICE DE THÈSE

Madame le Professeur Marie TOURNIER

Professeur des Universités – Praticien hospitalier

Docteur en Épidémiologie

Pôle Universitaire de Psychiatrie Adulte (UNIVA)

Centre Hospitalier Charles Perrens, Bordeaux

Je vous remercie d'avoir accepté de diriger ce travail de thèse, de m'avoir fait confiance et de m'avoir soutenue dans cette tâche. J'ai eu la chance de bénéficier de votre grande expérience, de vos conseils avisés et de votre disponibilité. Je n'oublie pas non plus votre implication dans notre formation et la richesse de vos enseignements.

Vous trouverez dans ce travail de thèse le témoignage de ma gratitude et de mon profond respect.

À LA PRÉSIDENTE DU JURY

Madame le Professeur Hélène VERDOUX

Professeur des Universités - Praticien hospitalier

Docteur en Épidémiologie

Chef du Pôle Universitaire de Psychiatrie Adulte (UNIVA)

Centre Hospitalier Charles Perrens, Bordeaux

Je vous remercie de me faire l'honneur de présider ce jury. Au cours de mon internat, j'ai apprécié bénéficier de la qualité, de la richesse et de la rigueur de vos enseignements qui ont largement contribué à enrichir mes connaissances. Je vous suis également reconnaissante de la bienveillance et du soutien dont vous avez fait preuve à mon égard lors de mon semestre à Carreire 6.

Que ces remerciements soient l'occasion de vous manifester mon estime, mon admiration et mon profond respect.

A Mathias, d'être là dans mon quotidien, merci pour ta joie, ton humour, ta patience, tes encouragements et tes bons conseils. Tu m'as soutenue à chaque étape de ce travail et tu as su être présent quand j'en ai eu besoin. J'aime chacun de nos moments passés ensemble. Tu es merveilleux et chaque jour je réalise la chance de t'avoir à mes côtés.

A mes parents, qui ont su me transmettre de belles valeurs et m'ont donné toutes les clefs pour réussir et accomplir ce que je souhaite. A votre soutien sans faille tout au long de ma scolarité et de mes études de médecine. Merci Maman pour ta patience, ta bienveillance, et notamment pour ton aide et tes remarques sur ce travail. Merci Papa pour ta gentillesse, ta générosité et l'amour que tu me portes. Même à distance, vous restez les piliers dont chaque enfant pourrait rêver. J'espère continuer à vous rendre fiers.

A Nicolas, mon frère, je suis ravie de pouvoir rattraper le temps perdu et d'apprendre enfin à mieux te connaître. Tu es une belle personne et j'ai de la chance de te compter parmi les membres de ma famille. Sans oublier Anne-Sophie et Lucile, ma nièce préférée. C'est toujours un plaisir de partager d'heureux moments avec vous, merci pour votre gentillesse infinie et votre soutien.

Aux autres membres de ma famille, Axel, Marie, Clotilde, Christine, Anne, qui malgré la distance font toujours preuve de bienveillance et de soutien à mon égard. Merci de croire en moi depuis le début.

A mes grand-mères, Lucile et Muguettes qui m'ont beaucoup appris sur la vie et sur le monde à travers leurs expériences.

A Hélène, toujours là depuis plus de dix ans, malgré les aléas de la vie et nos divers déménagements. Je me souviens encore de notre rencontre, le premier jour de rentrée en BCPST. Je t'admire pour toutes tes convictions, tes valeurs et ton parcours. A tout ce qu'on a partagé et à toutes nos aventures, merci d'exister. Une pensée également à Maëla et à toutes les personnes géniales rencontrées lors de cette riche année.

A Julie, ma plus belle rencontre de PACES, à notre binôme de la BSG, nos pauses café, nos repas sur le parvis du Panthéon, nos discussions interminables. Ça n'aurait pas eu la même saveur sans toi, je ne l'oublierai pas.

A Victoria, à toutes ces années de médecine avec toi, de nos virées shopping à nos révisions intensives de D4 à Hossegor. Merci pour ces échanges et cette capacité à me rassurer lors des moments de doutes que tu partages souvent. A tes côtés je me suis toujours sentie moins seule. Je suis ravie que l'on continue sur le même chemin de la psychiatrie.

A Violaine, il aura fallu une deuxième rencontre pour enfin te découvrir, merci d'avoir été un soutien infailible pendant la D4 et de continuer à l'être. Tu m'impressionnes par ton parcours brillant malgré toutes les difficultés que tu as pu traverser, tu feras un excellent médecin je n'en doute pas.

A tous mes copains de promo de Paris 6, qui m'ont accompagnée pendant la P2 et les années d'externat. Merci pour ces bons moments et ces soirées passées en votre compagnie.

A Morgane et Natasha, la « team Agen », l'internat n'aurait pas été pareil sans vous. A nos délires, nos virées sportives, nos moments de doutes et à tout ce qu'on a partagé. Merci d'être encore là chaque jour.

A Amandine, ma co-interne pendant un semestre difficile, merci d'avoir été aussi présente et compréhensive, je ne l'oublie pas. C'est toujours un plaisir d'échanger avec toi. Un merci à Julien également, pour sa gentillesse et son aide sur les statistiques.

A ma super promo de psychiatrie, Mélanie, Florian, Marie, Zélia, Alessandra, Joanna, Vincent, Paul et tous les autres, je suis ravie de vous avoir rencontré, d'avoir partagé congrès, soirées, formations et autres déménagements. J'espère continuer à vous voir longtemps.

A mes belles rencontres de l'internat, Safia, Claire, Manon, Sophie-Athéna, à mes co-internes actuels Fabien et Viviane et à tous les autres internes bordelais que je continue de découvrir encore chaque midi à Charles Perrens, c'est toujours un plaisir d'échanger avec vous.

A toutes les équipes médicales et paramédicales qui m'ont accueillie au cours de mon internat, merci pour votre pédagogie et votre gentillesse qui m'ont permis d'apprendre dans les meilleures conditions possibles.

Au Dr Nadège Etchebarne, dont le cours a inspiré le sujet de mon travail de thèse, merci pour les conseils et les encouragements à me lancer dans cette voie.

A toutes les rencontres que je n'ai pas citées mais qui m'ont inspirée, ont pu influencer mes choix et m'ont permis d'en arriver là aujourd'hui.

REMERCIEMENTS.....	1
ABRÉVIATIONS.....	9
INTRODUCTION.....	10
PARTIE 1 : STIGMATISATION ET SANTÉ MENTALE.....	11
1. DEFINITIONS DES CONCEPTS.....	11
1.1. <i>Santé mentale et psychiatrie</i>	11
1.1.1. Concept et histoire de la santé mentale.....	11
1.1.2. Définitions de la santé mentale	13
1.1.3. La maladie ou le trouble mental	13
1.1.4. Les troubles psychiatriques dans la société	14
1.2. <i>Stigmatisation, stéréotypes, discrimination, préjugés : concepts et définitions</i>	15
1.2.1. Stigmatisation	15
1.2.2. Étiquetage et déviance.....	16
1.2.3. Stéréotypes, attitudes et préjugés	16
1.2.4. Discrimination.....	18
1.3. <i>La stigmatisation dans le champ de la santé mentale</i>	19
2. REPRESENTATIONS DE LA SANTE MENTALE: A L'ORIGINE DE LA STIGMATISATION	20
2.1. <i>Quelles représentations en population générale ?</i>	20
2.1.1. Une représentation globalement négative dans la population générale.....	20
2.1.2. En France, l'enquête « La santé mentale en population générale : images et réalités ».....	21
2.1.3. Une stigmatisation différente selon le type de troubles ?	22
2.2. <i>Le rôle des médias dans la stigmatisation en santé mentale</i>	24
2.2.1. Maladie mentale et médias d'information	24
2.2.2. Maladie mentale et médias de divertissement.....	24
2.2.3. La maladie mentale et le stéréotype de dangerosité	26
2.2.4. L'influence des représentations médiatiques sur la stigmatisation	26
3. UNE STIGMATISATION PAR LES PROFESSIONNELS DE SANTE	27
3.1. <i>Une stigmatisation présente dans tous les systèmes de soin</i>	27
3.1.1. Des facteurs de stigmatisation spécifiques aux professionnels de santé	28
3.2. <i>La stigmatisation de la psychiatrie</i>	28
3.2.1. La psychiatrie, une spécialité « sous-estimée » ?	29
3.2.2. La psychiatrie dans les médias	30
3.2.3. La psychiatrie vue par le corps enseignant médical	31
3.2.4. Stigmatisation et impact sur le choix de carrière des étudiants	32
3.2.5. Le choix de la psychiatrie en France.....	32
4. LES CONSEQUENCES DE LA STIGMATISATION DES TROUBLES PSYCHIATRIQUES	33
4.1. <i>Des conséquences sur la prise en charge globale des patients</i>	33
4.1.1. Une surmortalité des patients atteints de troubles psychiatriques.....	33
4.1.2. Une prise en charge « somatique » impactée par la stigmatisation.....	34
4.1.3. Un impact sur la prise en charge psychiatrique.....	36

4.2.	<i>Discrimination dans la vie quotidienne</i>	37
4.3.	<i>Stigmatisation et conséquences psychologiques</i>	37
4.3.1.	La stigmatisation perçue ou ressentie	37
4.3.2.	La stigmatisation vécue ou expérimentée.....	38
4.3.3.	La stigmatisation internalisée ou auto-stigmatisation.....	38
5.	LES ACTIONS CONTRE LA STIGMATISATION EN SANTE MENTALE	38
5.1.	<i>Campagnes de déstigmatisation auprès de la population générale</i>	38
5.2.	<i>Des interventions spécifiques aux professionnels de santé</i>	39
5.3.	<i>Le cas des étudiants en médecine</i>	40
PARTIE 2 : ÉTUDE PERSONNELLE : REPRESENTATION DES PERSONNES ATTEINTES		
DE TROUBLES PSYCHIATRIQUES CHEZ LES INTERNES EN MEDECINE FRANÇAIS.42		
1.	OBJECTIFS DE L'ÉTUDE	42
2.	METHODES	42
2.1.	<i>Population étudiée</i>	42
2.1.1.	Choix de la population étudiée	42
2.1.2.	Méthode de recrutement.....	43
2.2.	<i>Collection des données</i>	43
2.3.	<i>Mesure de la stigmatisation</i>	44
2.3.1.	Choix de l'outil de mesure	44
2.3.2.	Score OMS-HC	45
2.4.	<i>Analyses statistiques</i>	45
3.	RESULTATS.....	46
3.1.	<i>Description de l'échantillon de population</i>	46
3.2.	<i>Description des internes ayant effectué ou non un stage en psychiatrie</i>	48
3.3.	<i>Étude de la validité de l'échelle OMS-HC</i>	49
3.4.	<i>Scores de stigmatisation de la population étudiée</i>	50
3.5.	<i>Influence de l'expérience d'un stage en psychiatrie sur le niveau de stigmatisation</i>	51
4.	DISCUSSION	55
4.1.	<i>Synthèse des principaux résultats</i>	55
4.2.	<i>Propositions d'amélioration dans le contexte du cursus médical français actuel</i>	56
4.3.	<i>Limites de l'étude</i>	57
CONCLUSION		59
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES		60
ANNEXES		71
SERMENT D'HIPPOCRATE		75

ABRÉVIATIONS

APA (American Psychiatric Association)

CIM (Classification internationale des maladies)

CHU (Centre Hospitalier Universitaire)

DES (Diplôme d'étude spécialisé)

DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)

ECN (Examen Classant National)

ECT (Électro convulsivothérapie)

HAS (Haute Autorité de santé)

IHME (Institute for Health Metrics and Evaluation)

ISNAR-MG (InterSyndicale Nationale Autonome Représentative des Internes de Médecine Générale)

ISNI (InterSyndicale Nationale des Internes)

GHE (Global Health Estimates)

LFSM (Ligne Française pour la Santé Mentale)

OMS (Organisation mondiale de la santé)

OMS-HC (Opening Minds Stigma Scale for Health Care Providers)

ONU (Organisation des Nations Unies)

SMPG (Santé mentale en population générale)

SNDS (Système National des Données de Santé)

SLM (Section Locale Mutualiste)

YLD (Years Lived with Disability)

INTRODUCTION

Les troubles psychiatriques sont des pathologies fréquentes dans la population et sont une cause importante de mortalité, de morbidité et de handicap dans le monde (1). La maladie mentale affecte d'ailleurs indirectement tous les individus par le biais de leurs relations avec leurs famille, amis et collègues. Malgré la fréquence de ces troubles, les personnes qui en souffrent sont victimes de stigmatisation dans notre société.

La stigmatisation est un phénomène complexe, comprenant des attitudes et comportements négatifs envers un individu ou un groupe donnés. Selon Link & Phelan, elle existe « lorsque des éléments d'étiquetage, de stéréotypes, de séparation, de perte de statut et de discrimination se produisent ensemble dans une situation de pouvoir qui le permet » (2). Ainsi, la stigmatisation à l'égard des troubles mentaux provoque discrimination, isolement, baisse de l'estime de soi et diminution de la qualité de vie. Certains auteurs rapportent qu'elle peut avoir des conséquences pires que les maladies elles-mêmes (3). Les croyances et attitudes sont largement influencées par les médias d'information ou de divertissement à travers des stéréotypes sur les maladies psychiatriques et sur la psychiatrie elle-même. Elles sont ainsi très répandues dans la population générale. De même, la stigmatisation envers les patients atteints de troubles psychiatriques est courante chez les professionnels de santé et contribue à une surmortalité de ces patients (4). Elle fait obstacle à la recherche d'aide, diminue l'accès au soin et l'observance thérapeutique (5). D'une manière générale, ces patients bénéficient d'une prise en charge de moins bonne qualité (6). Lutter contre la stigmatisation associée à la maladie mentale est donc un enjeu majeur de santé publique.

De nombreuses campagnes anti-stigmatisation ont vu le jour à travers le monde dans l'objectif d'améliorer les attitudes et de réduire les discriminations, certaines ayant des programmes ciblant spécifiquement les professionnels de santé (7). Parmi les professionnels de santé, les étudiants en médecine considérés comme les « médecins de demain » constituent une cible prometteuse pour les interventions anti-stigmatisation, des études suggérant que leurs attitudes sont plus facilement modifiables. Au début de leurs études, les étudiants en médecine ont des croyances et attitudes à l'égard des troubles psychiatriques similaires à celles de la population générale. L'hypothèse a été faite qu'un stage en psychiatrie fait au cours du cursus médical pourrait être un moyen efficace de lutter contre la stigmatisation, en permettant d'approfondir les connaissances sur les maladies mentales et d'interagir avec des personnes qui en souffrent.

Dans notre étude, nous nous intéresserons à la représentation des personnes atteintes de maladie mentale dans un échantillon d'internes en médecine français. Lors de notre phase préparatoire, nous avons recherché les outils psychométriques cités dans la littérature pour évaluer le niveau de stigmatisation et mesurer l'efficacité des interventions. De nombreux outils psychométriques existent ; parmi eux, l'échelle de stigmatisation OMS-HC, introduite en 2012 par Kassam *et al.* pour mesurer la stigmatisation parmi les soignants, a montré de bonnes validité et fiabilité (8). Nous avons traduit en

français cette échelle puis nous l'avons utilisée dans le but d'enquêter sur le niveau de stigmatisation des internes en fonction de l'expérience d'un stage en psychiatrie ou non au cours de leur cursus. Dans une dernière partie, nous discutons les résultats de notre enquête.

PARTIE 1 : STIGMATISATION ET SANTÉ MENTALE

1. DEFINITIONS DES CONCEPTS

1.1. Santé mentale et psychiatrie

1.1.1. Concept et histoire de la santé mentale

Afin de mieux comprendre les enjeux actuels autour de la santé mentale, il est nécessaire de s'intéresser à sa terminologie. Le **concept de santé mentale** est relativement récent et englobe plusieurs significations qui ont pu évoluer au fil du temps.

Le premier à utiliser le terme « **d'hygiène mentale** » en 1843, est William Sweetser, professeur de médecine aux États-Unis. Il est considéré comme un précurseur des approches contemporaines de la santé mentale (9). En 1893, Isaac Ray, l'un des fondateurs de *l'American Psychiatric Association* (APA), a défini l'hygiène mentale comme « l'art de préserver l'esprit contre tous les incidents et influences qui pourraient endommager ou détruire son énergie, sa qualité, ou son développement » (10). Adolph Meyer, également très impliqué dans le mouvement d'hygiène mentale aux États-Unis, s'intéresse dès 1908 au lien entre hygiène mentale et prévention de la maladie mentale. Il propose un programme de recherche basé sur la conviction que les troubles mentaux ont pour cause l'interaction entre la biologie et les événements de l'histoire de vie (11).

En parallèle en France, le Dr Edouard développe la notion de prophylaxie « le traitement de la folie n'a que des armes bien faibles à diriger contre le mal, qu'il serait plus facile d'empêcher » (12). Il fonde en 1921 la Ligue Française de Prophylaxie et d'Hygiène Mentale (rebaptisée en 1996 : Ligue Française pour la Santé Mentale (LFSM)).

En 1933, a lieu le premier congrès international sur l'hygiène mentale avec l'objectif de déterminer la meilleure façon de soigner et de traiter les troubles mentaux, de les prévenir et de préserver la santé mentale. On observe des divergences d'opinion entre les psychiatres qui se consacrent au traitement des troubles mentaux par des moyens biologiques et les hygiénistes mentaux qui tentent de promouvoir la santé mentale en changeant les institutions de la société. Le champ de l'hygiène mentale s'intègre au sein d'un dispositif global de prévention médicale, morale et sociale (lutte contre les fléaux sociaux, la tuberculose, l'alcoolisme, la mortalité infantile...). Deux courants de pensée sont notamment au cœur du mouvement hygiéniste : l'eugénisme et le dépistage précoce des troubles chez l'enfant(13).

Dans les années qui ont suivi la Seconde Guerre mondiale, les références à l'hygiène mentale ont été progressivement remplacées par le terme « **santé mentale** » (10). Dans les années 1990, il est décrit

un glissement sémantique du terme de santé mentale qu'on assimile de plus en plus à la psychiatrie et à la psychopathologie. La santé mentale est représentée comme un continuum unique : troubles psychiatriques et mauvaise santé mentale sont étroitement liés et interdépendants. Les pouvoirs publics, notamment français, prennent progressivement conscience des coûts économiques et humains de la santé mentale pour la société. C'est un domaine de la santé qui recouvre à la fois une dimension individuelle et une dimension sociétale majeure.

En 2000 à Paris, « la charte de l'usager en santé mentale » est créée et met en lumière les droits essentiels des personnes prises en charge dans un service de psychiatrie. « L'usager en santé mentale est une personne qui ne se réduit pas à une maladie, mais souffre d'une maladie ».

Corey M Keyes propose en 2005 un modèle à deux continuums de maladie mentale et de santé mentale qui soutient que les deux ont des dimensions liées, mais distinctes. Un continuum indique la présence ou l'absence de santé mentale, l'autre la présence ou l'absence de maladie mentale. Par exemple, les personnes ayant une santé mentale optimale peuvent également souffrir d'une maladie mentale et les personnes sans maladie mentale peuvent également avoir une mauvaise santé mentale (14, 15).

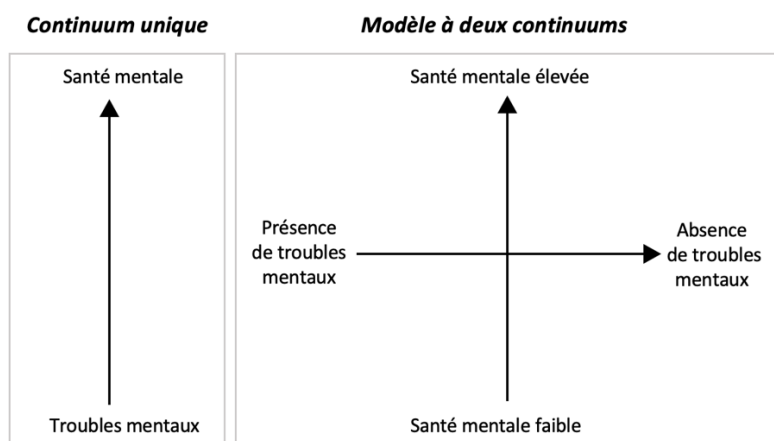


Figure 1. Modèles de la santé mentale et des troubles mentaux

La Commission européenne de l'Union européenne et la Conférence ministérielle européenne de l'OMS (2006), dans leur rapport, distinguent deux aspects à la santé mentale : la santé mentale « positive » (autonomie, bien être, épanouissement personnel) et « négative » qui regroupe deux formes : d'une part la détresse psychologique réactionnelle (induite par les situations éprouvantes et difficultés existentielles), d'autre part les troubles psychiatriques de durée variable et plus ou moins sévères et/ou handicapants. La Santé mentale a été reconnue comme une priorité internationale par l'ONU ; portée par le Plan d'action 2013-2020 de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) (16). On peut alors distinguer la promotion de la santé mentale qui vise à optimiser et améliorer la santé mentale positive (agir sur les facteurs protecteurs) de la population et la prévention en matière de santé mentale qui vise à réduire les problèmes de santé mentale (agir sur les facteurs de risque).

Aujourd'hui en France, la promotion et la prévention en matière de santé mentale sont aussi reconnues comme des axes de travail majeurs de Santé publique. Le premier "plan de santé mentale" a été lancé en 2005 par la Haute Autorité de Santé (HAS). Depuis se sont succédé plusieurs plans qui visent la promotion du bien-être, la prévention et la détection précoce des troubles psychiques, la prise en charge thérapeutique et l'accompagnement social et médico-social des personnes présentant des troubles psychiques. Un nouveau programme « psychiatrie et santé mentale » en assure la continuité pour la période 2018-2023. Il s'articule autour de quatre thèmes : Droits des patients et sécurité en psychiatrie ; Troubles mentaux sévères et persistants et handicap psychique ; Pédopsychiatrie ; Psychiatrie, santé mentale et addictions (17).

1.1.2. Définitions de la santé mentale

La notion de santé mentale est vaste et peut paraître difficile à définir au vu de la multiplicité des conceptions de santé mentale dans le monde. La santé mentale serait de façon consensuelle, le socle du bien-être d'un individu et du bon fonctionnement d'une société. Selon l'OMS, elle fait partie intégrante de la santé globale d'un individu. En effet, sa **définition de la santé** : « un état de complet bien-être physique, mental et social, [qui] ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité » intègre le bien-être mental au même niveau que le bien-être physique (18). Elle définit la **santé mentale** comme « un état de bien-être qui permet à chacun de réaliser son potentiel, de faire face aux difficultés normales de la vie, de travailler avec succès et de manière productive et d'être en mesure d'apporter une contribution à la communauté » (19).

Une autre définition de la santé mentale est proposée par Jean Sutter (1975), psychiatre français, reprise dans le Grand Dictionnaire de la Psychologie comme « l'aptitude du psychisme à fonctionner de façon harmonieuse, agréable, efficace et à faire face avec souplesse aux situations difficiles en étant capable de retrouver son équilibre » (20).

Ces définitions se rejoignent sur le fait que la santé mentale ne se limite pas à l'absence de maladie, c'est également un état positif ou négatif qui se distingue de la maladie mentale.

1.1.3. La maladie ou le trouble mental

La **maladie mentale** désigne collectivement tous les troubles mentaux pouvant être diagnostiqués, c'est-à-dire les conditions de santé caractérisées par des altérations de la pensée, de l'humeur ou du comportement associées à la détresse ou à une altération du fonctionnement. Dans la littérature scientifique actuelle on retrouve le plus souvent le terme de **trouble mental** (« *mental disorder* ») ou de **trouble psychiatrique** (« *psychiatric disorder* ») mais le terme de **maladie mentale** (« *mental illness* ») est également largement utilisé.

En français, ces termes semblent être utilisés de manière interchangeable. Bien qu'il pourrait exister une différence de perception ou de connotation par la population générale de ces différents termes, on ne retrouve pas d'étude en ce sens aujourd'hui. Dans le champ de la psychiatrie, le terme de maladie tend progressivement à être remplacé par le terme de trouble, qui est le plus utilisé dans les

classifications internationales. On remarque que dans ces classifications, le terme de « maladie » (*disease*) semble réservé à des conditions dont les mécanismes physiologiques ou l'étiologie organique sont jugés clairs. Les deux principales classifications sont le Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux (DSM) publié par *l'American Psychiatric Association* et la Classification internationale des maladies (CIM) publiée par l'OMS.

La dernière version du DSM, le DSM-5 définit d'ailleurs un **trouble mental** comme étant « *un syndrome caractérisé par des perturbations cliniquement significatives dans la cognition, la régulation des émotions, ou le comportement d'une personne qui reflètent un dysfonctionnement dans les processus psychologiques, biologiques, ou développementaux sous-jacents au fonctionnement mental* » (21).

On peut également trouver les termes de **handicap mental ou psychique**. Il s'agit alors de la conséquence sociale d'une déficience dans le fonctionnement psychique, c'est-à-dire d'une limitation importante, durable ou définitive des fonctions mentales (cognition, jugement, intelligence, mémoire, émotions). Cette déficience peut être congénitale ou acquise à la suite d'une maladie, d'un accident ou du vieillissement. Selon l'OMS, le handicap mental congénital se définit comme « *un déficit significatif du développement intellectuel associé à des limitations de comportement adaptatif se manifestant avant 18 ans* ». En France, le **handicap psychique** est officiellement reconnu par la loi depuis le 11 février 2005, il concerne les troubles mentaux sans forcément une atteinte des capacités intellectuelles. Il est fait une distinction avec le **handicap mental ou intellectuel** qui est défini par des difficultés de compréhension et une limitation dans la rapidité des fonctions mentales sur le plan de la compréhension et des connaissances.

Dans un souci de faciliter la lecture, les termes de troubles mentaux, troubles psychiatriques et maladies mentales seront utilisés avec la même signification pour la suite de ce travail.

1.1.4. Les troubles psychiatriques dans la société

Selon les estimations de l'IHME (*Institute for Health Metrics and Evaluation*)¹, la prévalence des troubles mentaux, incluant les troubles de l'usage de substances en 2019, serait d'environ 15%, ce qui représente plus d'un milliard d'individus dans le monde (22). Les données les plus récentes de l'OMS « *Global Health Estimates (GHE)* » sur les causes d'invalidité dans le monde mettent en avant que la dépression en est l'une des premières causes (23). Parmi les 20 premières causes « *d'années vécues avec un handicap* » (*Years lived with disability* ou YLD) qui est une des mesures de morbidité, on retrouve les troubles dépressifs, les troubles anxieux, la schizophrénie, les troubles de l'usage de l'alcool et de substances, soit cinq pathologies classées dans les troubles mentaux.

En France, les troubles psychiatriques concernent 12 millions de personnes, soit presque 17% de la population française (22). Les troubles les plus courants en France en 2019 étaient les troubles

¹ Centre de recherche indépendant sur la santé globale, Université de Washington

anxieux, avec environ 4 millions de personnes (soit 7% de la population), suivis des troubles dépressifs, qui affectent plus de 3 millions de personnes (soit 4,7% de la population). On estime que 2 millions de français (3,3%) souffrent de troubles liés à la consommation de drogues et d'alcool. Les troubles bipolaires touchent près de 600 000 personnes (1,0% de la population), tandis que les troubles schizophréniques touchent environ 200 000 personnes (0,3%). Les troubles psychiatriques représentent le premier poste de dépenses du régime général de l'assurance maladie par pathologie, avant les cancers et les maladies cardio-vasculaires, soit 19,8 milliards d'euros (sur 137 milliards remboursés). Les « maladies psychiatriques » et les « prises en charge par psychotropes » non associées à un diagnostic précis représentent 14,5% des dépenses d'assurance maladie du régime général. Le coût économique et social des troubles mentaux est évalué à 109 milliards d'euros par an (24).

Les troubles psychiatriques sont donc des pathologies très fréquentes avec un impact financier et social majeur dans notre société.

1.2. Stigmatisation, stéréotypes, discrimination, préjugés : concepts et définitions

Stigmatisation, stéréotypes, discrimination et préjugés sont des termes souvent utilisés en sciences humaines et répandus dans le langage courant qui ne sont pas des synonymes même s'ils paraissent proches.

1.2.1. Stigmatisation

Étymologiquement, « stigmatiser » dérive du latin *stigma* « marqué au fer rouge », lui-même dérivé du grec ancien *stigma* « piqûre ». Selon le dictionnaire Larousse, « stigmatiser » au sens propre et historique signifie « imprimer sur le corps de quelqu'un une marque indélébile à titre de châtiment : jadis, on stigmatisait au fer rouge les condamnés » (25). Au sens figuré, « stigmatiser » c'est « dénoncer, blâmer ou critiquer publiquement quelqu'un ou un fait que l'on juge moralement condamnable ou répréhensible ». Aujourd'hui, le terme de stigmatisation, c'est-à-dire l'action de stigmatiser, est communément utilisé au sens de « mise à l'écart d'une personne pour ses différences qui sont considérées comme contraires aux normes de la société ».

Pour le sociologue américain Erving Goffman, dans son ouvrage *Stigmate, Les usages sociaux des handicaps (1963)*, la stigmatisation est un processus dynamique de dévaluation qui discrédite significativement un individu aux yeux des autres (26). Un individu stigmatisé « se définit comme n'étant en rien différent d'un quelconque être humain, alors même qu'il se conçoit (et que les autres le définissent) comme quelqu'un à part ». Il existerait deux formes de stigmates : les stigmates visibles, comme certains attributs physiques (handicap physique, couleur de la peau, cicatrice, surpoids...) et les stigmates invisibles à l'œil nu comme la maladie mentale, un passé criminel, les préférences sexuelles, etc. Lorsque le stigmate est visible, l'individu est « discrédité » par ses pairs et perçu comme occupant une position inférieure, ce qui modifiera la nature de ses relations. Le stigmate affecte ainsi son identité sociale, son identité personnelle et le regard qu'il se porte.

Lorsqu'il est invisible, l'individu est « discréditable » et son problème devient celui du contrôle de l'information à propos de son stigmat. Le sentiment de ne pas pouvoir jouer le même rôle social que les autres du fait du stigmat a pour conséquences une dévalorisation et une perte d'estime de soi, ce qui développe le sentiment de culpabilité. La stigmatisation peut être largement véhiculée par les médias qui font écho aux valeurs de la société.

1.2.2. Étiquetage et déviance

Afin de mieux comprendre la notion de stigmatisation, il faut s'intéresser à la **théorie de l'étiquetage** (*labeling*), développée par le sociologue américain H. S. Becker dans son livre *Outsiders* (1963)(27). Cette théorie se réfère directement à la construction sociale de la déviance. Les groupes sociaux instituent des normes dont la transgression constitue la déviance, ils appliquent ces normes à certains individus qui sont étiquetés déviants comme par exemple, les toxicomanes, les fous, les gros, etc. Cette identification limite la capacité de ces personnes à rejoindre le corps social conforme, puisqu'ils seront jugés en fonction de leurs actes déviants.

La **déviance** se définit alors comme « la position d'un individu ou d'un groupe qui conteste, transgresse et qui se met à l'écart de règles et de normes en vigueur dans un système social donné ». Elle désigne donc tout comportement de transgression des normes sociales, sanctionné par la société. Elle est ainsi intimement liée à la définition des attentes et valeurs des groupes sociaux. La déviance qui peut amener aux situations d'exclusion, de ségrégation ou de marginalité peut être comprise comme un écart par rapport aux normes et valeurs de la société ou au groupe d'appartenance.

Dans le champ d'application de la santé mentale, la théorie de l'étiquetage est sujette à controverse. Link critique une théorisation qui prétend que « l'idée de l'étiquetage crée la maladie mentale » (28). Avec Phelan, ils font évoluer la théorie initiale vers la **théorie de l'étiquetage modifiée** (2). Link montre que « l'étiquetage peut affecter la vie des personnes d'autres façons qu'en produisant directement le désordre mental » et que les personnes étiquetées et traitées comme des cas psychiatriques subissent un certain nombre de discriminations sur le revenu, l'emploi, le logement, la santé, etc. Il s'intéresse aux conséquences du stigmat et non à ses causes. Il clarifie également le processus qui mène une personne stigmatisée à intérioriser le jugement et le regard négatif que porte la société sur sa maladie et ce, avant d'avoir été étiqueté. Il s'agit dans ce cas d'**auto-étiquetage**, élément totalement négligé dans la théorie de l'étiquetage. Les individus stigmatisés ont tendance à s'appliquer à eux-mêmes des conceptions péjoratives et auto-discriminatoires du trouble mental. Elles sont le reflet des représentations sociales des désordres mentaux en vigueur dans la société (29).

1.2.3. Stéréotypes, attitudes et préjugés

La définition de « **stéréotype** » en sciences humaines est la suivante : « un stéréotype est l'image d'un sujet dans un cadre de référence donné, telle qu'elle y est habituellement admise et véhiculée » (30). De manière simple, il s'agit d'un « ensemble de croyances à propos d'un groupe social ».

Les stéréotypes sont des idées consensuelles, c'est-à-dire socialement partagées ; on peut les voir comme des ensembles de connaissances relatives à des groupes sociaux. Ces croyances sont apprises dès l'enfance et diffusées dans les groupes sociaux sans que l'adhésion au contenu de celles-ci soient nécessaire (31).

Dans le langage courant, le terme « **attitude** » est utilisé pour désigner une manière de se tenir, une position du corps (posture) et au sens figuré, une conduite que l'on tient dans certaines circonstances (comportement). Le dictionnaire Larousse définit aussi l'attitude comme « un ensemble des opinions manifestées par un individu, un groupe social ou une institution, se traduisant par un comportement habituel ou circonstancié » . En psychologie sociale, l'attitude est un concept indispensable dans l'explication du comportement social, il existe cependant plusieurs définitions et concepts selon les auteurs qui s'y sont intéressés. En 1935, Allport propose la définition suivante : « Une attitude représente un état mental et neuropsychologique de préparation à répondre, organisé à la suite de l'expérience et qui exerce une influence directrice et dynamique sur la réponse de l'individu à tous les objets et à toutes les situations qui s'y rapportent » (32). Ainsi, une attitude permettrait de prédire les comportements réels et potentiels d'un individu devant une stimulation sociale. Il est à noter que l'attitude est fondée sur une expérience, et donc acquise ; elle est par ce fait à distinguer de l'instinct social (33). L'attitude peut être définie par sa composante évaluative (34), c'est-à-dire qu'elle est seulement une disposition globalement favorable ou défavorable envers un objet.

Rosenberg et Hovland (1960) quant à eux, distinguent trois composantes structurelles aux attitudes (35):

- *Cognitive* : concerne les connaissances et croyances que l'individu a concernant l'objet (peut correspondre aux stéréotypes).
- *Affective* : concerne les émotions positives ou négatives que l'individu éprouve à l'égard de l'objet.
- *Comportementale ou conative* : qui est relative aux comportements passés et présents de l'individu face à cet objet et à ses intentions comportementales futures.

Cependant, les attitudes ne semblent pas être les seuls déterminants des comportements. Fishbein et Ajzen (1975) proposent une théorie selon laquelle le comportement est déterminé par l'intention d'agir de la personne, la théorie de l'action raisonnée (36). Cette intention comportementale dépend de deux facteurs : l'attitude et les normes subjectives. Ces normes dépendent de la probabilité perçue que certaines personnes, influentes dans la situation ou importantes aux yeux de l'individu, jugent le comportement de façon favorable ou défavorable.

Une attitude est donc une prédisposition à réagir d'une façon systématiquement favorable ou défavorable face à certains aspects du monde qui nous entoure. L'objet d'une attitude peut être n'importe quelle réalité à la condition qu'elle soit perçue par l'individu comme une entité distincte : une personne, un groupe, un organisme, un mouvement social ou religieux, etc. L'attitude désigne surtout une intention et n'est donc pas directement observable. En psychométrie, il est fréquent de

tenter de mesurer les attitudes via des questionnaires comportant des échelles telles que celle de Likert où pour chaque énoncé, les individus indiquent leur degré d'accord ou de désaccord.

Le terme « **préjugé** » (jugé avant) désigne en droit « ce qui a été jugé auparavant dans un cas semblable ou analogue ». En général il représente un « jugement porté par avance, d'une opinion que l'on se fait d'avance, d'après les circonstances les apparences favorables ou contraires » et en particulier, une « opinion généralement reçue et adoptée sans examen » (37). En psychologie sociale, le préjugé fait référence à une **attitude défavorable** envers les membres d'un groupe social. Cette attitude se manifeste sous la forme d'évaluations négatives (par exemple, l'attribution de traits négatifs ou d'intentions malsaines) et de sentiments hostiles (le mépris, la haine...). Cette attitude constitue souvent une réaction défensive à une menace perçue et sert à créer ou maintenir des relations de statut hiérarchiques entre groupes sociaux. Une fois formés, les préjugés sont appliqués à l'ensemble des membres d'un groupe sans tenir compte des traits qui caractérisent chaque individu. A la différence des stéréotypes qui ont valeur de connaissance, les préjugés sont caractérisés par leur charge affective. En tant qu'attitudes, ils constituent un jugement de valeur simple à l'égard d'un groupe social ou d'une personne appartenant à ce groupe social (31).

1.2.4. Discrimination

Le mot « discrimination » vient du latin « *discriminis* », qui signifie « séparation ». La « discrimination » est, selon la définition du Larousse : « Fait de distinguer et de traiter différemment (le plus souvent plus mal) quelqu'un ou un groupe par rapport au reste de la collectivité ou par rapport à une autre personne » (38).

Les textes internationaux fondamentaux relatifs aux droits humains interdisent toute discrimination, qu'elle soit basée sur la race, la couleur, le sexe, la langue, la religion, l'opinion politique, l'origine nationale ou sociale, la propriété, la naissance, ou tout autre statut (incluant l'état de santé). La discrimination se réfère donc au domaine du droit (et à la loi) et doit être distinguée de la stigmatisation. C'est la distinction, l'isolement, la ségrégation de personnes ou d'un groupe de personnes par rapport à un ensemble plus large. Elle consiste à restreindre les droits de certains en leur appliquant un traitement spécifique défavorable.

Finalement on peut dire que la discrimination est plutôt un comportement, une réponse, en conséquence du stigmat, du stéréotype ou du préjugé.

Pour conclure sur la définition de ces différents termes, on a d'une part le stigmat qui est une marque distinctive et négative de la personne, mise en exergue de façon à réduire l'identité de cette personne à cette marque. Le stéréotype est une généralisation hâtive, une image mentale disponible rapidement à partir de savoirs généraux. Le préjugé quant à lui se constitue souvent à partir des stéréotypes à notre disposition, mais se déclenche à partir d'une réaction liée aux affects de l'individu, de son rapport aux normes et de ses valeurs. Enfin, la discrimination se traduit par un acte, un comportement qui est induit par le préjugé.

Pour résumer, on peut dire que la stigmatisation combine des problèmes :

- de connaissance (ignorance)
- d'attitudes (préjugés)
- de comportements (discrimination)(39)

1.3. La stigmatisation dans le champ de la santé mentale

La stigmatisation est phénomène social commun, étendu à des champs d'application très larges et multiples : la santé, le chômage, le handicap, l'origine ethnique, la profession... Les populations ciblées par la stigmatisation dépendent du contexte et des époques. Cependant, à l'intérieur d'une même population, souffrir d'un trouble psychiatrique a toujours été une source de stigmatisation importante et ce dans toute l'histoire de nos sociétés. Par exemple, les personnes souffrant de troubles mentaux ont été désignées comme habitées par les démons dans la Bible et brûlées comme sorcières au Moyen Age. Elles ont été exterminées dans l'Allemagne nazie. Elles ont été écartées de la société et privées de droit durant la période asilaire de la première moitié du XX^e siècle dans la plupart des pays industrialisés (40). Aujourd'hui encore, avoir souffert d'un trouble mental constitue un obstacle important pour obtenir ou garder un emploi ou obtenir des soins adéquats comme nous le verrons plus tard.

Avec la théorie de l'étiquetage modifié, Link s'est intéressé au stigmate dans le champ d'application des troubles mentaux et en 2001, Link et Phelan décrivent un mécanisme de stigmatisation en cinq étapes : étiqueter, stéréotyper, séparer, discriminer, priver de pouvoir (2).

- **L'étiquetage (le « labeling ») et les étiquettes (ou labels) :** distinguer les différences superficielles. Il s'agit de la première étape du mécanisme de stigmatisation et, dans une conception simpliste, parfois confondue avec la stigmatisation elle-même. Dans ce cas, il suffirait d'utiliser d'autres termes, des périphrases ou de ne pas poser de diagnostic pour éviter la stigmatisation. Or cela peut au contraire priver les personnes du pouvoir de comprendre et de gérer leur maladie.
- **La stéréotypisation ou les stéréotypes :** ici il s'agit « des croyances culturelles dominantes qui lient les personnes étiquetées à des caractéristiques indésirables, des stéréotypes négatifs » (2) : attribuer des défauts. De nombreux stéréotypes négatifs existent concernant les personnes atteintes de troubles psychiatriques, ils sont largement diffusés dans les médias d'information et de divertissement comme nous le verrons plus tard.
- **La distance sociale :** les personnes étiquetées sont placées dans des catégories distinctes qui impliquent un degré de séparation entre « eux » et « nous ». Ainsi, dans l'approche du champ psychiatrique, plusieurs auteurs, notamment Estroff (1981), ont relevé comment les malades sont souvent jugés « être la chose qu'ils sont étiquetés ». On parle de personnes qui sont alors « schizophrènes », plutôt que de les décrire comme ayant un épisode schizophrénique.

Cette pratique révèle sa composante de stigmatisation parce qu'elle installe une séparation et une distance sociale. A l'extrême, cette séparation entre « eux » et « nous » va jusqu'à remettre en question leur humanité. Cette séparation se traduit dans les attitudes : il devient normal de traiter différemment les personnes stigmatisées car elles n'obtiennent pas la même considération de leurs besoins.

- **La perte de statut et la discrimination** : ces deux processus impliquent un traitement basé sur l'iniquité et l'inégalité. Un individu, une catégorie ou un groupe étiqueté et stigmatisé est souvent destiné à expérimenter une perte de statut et à subir une inégalité de traitement. De façon générale, la perte de statut implique « une hiérarchisation descendante de la personne dans la stratification des statuts » (2). La discrimination peut prendre diverses formes, qu'elle soit individuelle (attitude directe du stigmatisateur) ou structurelle. Par exemple, les lieux de soins psychiatriques sont souvent plus éloignés de la ville, moins accessibles en transport public, les professionnels de santé mentale obtiennent moins de prestige, disposent de moins de moyen pour la recherche ou les soins (41).
- **Les relations de pouvoir** : la privation d'un pouvoir social. Le pouvoir est un agent « essentiel dans la production sociale du stigmaté ». Dans le cas du stigmaté psychiatrique, des individus ou des catégories sans pouvoir, comme les personnes souffrant de troubles psychiatriques sont dans une relation asymétrique avec les individus ou les groupes ayant un pouvoir comme les médecins ou les psychiatres, les travailleurs sociaux ou les juges, les employeurs ou les bailleurs (29).

Ainsi, la compréhension de ces mécanismes de stigmatisation est essentielle pour définir les cibles et les actions qui doivent être menées à plusieurs niveaux pour lutter contre la stigmatisation des troubles psychiatriques.

2. REPRESENTATIONS DE LA SANTE MENTALE: A L'ORIGINE DE LA STIGMATISATION

2.1. Quelles représentations en population générale ?

2.1.1. Une représentation globalement négative dans la population générale

Les premières études portant sur la représentation des troubles psychiatriques dans la population générale ont conclu que le grand public craignait, n'appréciait pas les « malades mentaux » et souhaitait les éviter à tout prix (42). Un exemple particulièrement frappant a été rapporté en 1957 dans l'étude nommée *Closed Ranks* (43). Les chercheurs ont mesuré les préjugés (attitudes) dans une ville rurale canadienne, puis ont offert aux résidents un programme éducatif sur la santé mentale. Ils ont été confrontés à une réaction si hostile qu'ils ont été obligés d'arrêter l'étude. En 1961, Nunnally a conclu que le grand public n'était pas tant mal informé que non informé sur la maladie mentale et des tests sémantiques ont suggéré que leurs attitudes envers les malades mentaux étaient très négatives : « en moyenne les gens généralisent au point de considérer que les malades mentaux sont sales, inintelligents, peu sincères et sans valeur » (44).

Quelles sont les causes de cette vision négative de la maladie mentale et des personnes qui en souffrent ? Une revue de la littérature (Hayward 1997) propose quatre explications possibles (42) :

- **La dangerosité** : L'idée de la dangerosité est la plus simple : les gens ont peur des malades mentaux parce qu'ils pensent qu'ils sont sujets à la violence. Par exemple, Link *et al.* (1987) montrent que la distance sociale par rapport aux malades mentaux est en corrélation avec la croyance qu'ils sont dangereux et violents (28).
- **L'attribution de responsabilité** : L'idée d'attribution de responsabilité est développée dans un article de Weiner *et al.* (1988)(45). Ils ont étudié les jugements et réactions d'étudiants face à différents groupes stigmatisés, tels que les patients atteints du sida, les personnes obèses et les anciens combattants souffrant de problèmes psychologiques. Les personnes souffrant de problèmes mentaux et/ou comportementaux étaient considérées comme plus responsables de leur état que les autres. Cela implique de croire que les patients souffrant de troubles mentaux « choisissent » de se comporter comme ils le font.
- **Le mauvais pronostic** : C'est l'idée que les maladies mentales sont plus stigmatisées si elles sont perçues comme chroniques, difficiles à traiter et de mauvais pronostic. Ainsi un plus grand rejet social est corrélé à la croyance du mauvais pronostic des maladies mentales (46).
- **La perturbation de l'interaction sociale** : Une autre cause possible de stigmatisation réside dans la perturbation des interactions sociales normales, fondées sur le rôle social. L'idée est que ceux qui souffrent de maladie mentale ne rentrent pas dans les schémas « normaux » d'interaction sociale. Les personnes ne se sentiraient pas à l'aise dans des situations où les règles normales d'interaction sociale ne fonctionnent pas. Goffman décrit en détail les différentes tensions sur les interactions entre individus stigmatisés et non stigmatisés (26). Le malaise ressenti dans les interactions sociales pourrait en partie être dû à leurs propres peurs et insécurités et à la pensée que la personne avec laquelle ils interagissent est imprévisible et ne respecte pas les « règles sociales ». Pour appuyer cette hypothèse on peut également évoquer le fait que la familiarité avec la maladie mentale (c'est-à-dire le fait d'être plus proche et donc plus exposé) diminue la stigmatisation (47, 48).

2.1.2. En France, l'enquête « La santé mentale en population générale : images et réalités »

L'enquête « La santé mentale en population générale : images et réalités (SMPG)» (2010) étudie les représentations sociales de la population vis-à-vis de la santé mentale à travers trois archétypes fabriqués historiquement, socialement, culturellement et médicalement : le fou, le malade mental, le dépressif (49). Cette enquête est réalisée sur un échantillon de 36 000 personnes représentatives de la population générale française. L'hypothèse est que ces trois dénominateurs seraient utilisés par la population dans des stratégies globales de désignation. Étudier les différences de perception de ces mots employés couramment par les populations et les médias permettrait entre-autre d'appréhender les implications que ces représentations sociales peuvent avoir sur l'accès aux soins psychiatriques.

Selon l'enquête, pour la population générale, le « fou » est inadapté au monde, à la société, à la réalité et il ne correspond à aucun des schémas qui régissent l'individu. La seule loi concernant le fou est qu'il n'est concerné par aucune. Le « fou » est associé à des comportements violents, notamment le meurtre. Il n'y a pas de cause externe à sa folie, il s'agit de sa nature même. Le « malade mental » quant à lui est perçu comme un être différent, mais contrairement au fou, on peut lui attribuer une maladie, une cause, un traitement médical. De nombreux comportements violents et dangereux sont associés à l'image du malade mental (viol, inceste, violence envers soi ou envers les autres) mais aussi le délire, la déficience intellectuelle et le discours bizarre. Le fou et le malade mental sont décrits comme exclus, peu guérissables, à soigner contre leur gré par médicaments et hospitalisation. On retrouve la notion d'irresponsabilité pour ces deux représentations : ils n'ont pas conscience de leur état ou de leurs actes. A l'inverse, le « dépressif » est vu comme un personnage plus familier, conscient de son état, en souffrance et surtout guérissable. Il souffre de « dépression » qui fait référence selon la population à la souffrance psychologique et qui est majoritairement causée par un facteur environnemental externe (problèmes affectifs, relationnels, professionnels...).

En résumé, le « fou », c'est celui qui n'a pas conscience de lui-même et dont les actes ne peuvent être expliqués ; le « malade mental » est un fou intégré à une dimension médicale (maladie, cause, traitement) ; le « dépressif » correspond à un état passager justifié par les événements de vie et l'histoire individuelle.

Dans l'étude de ces archétypes on retrouve les causes de stigmatisation évoquées en amont telles que la croyance en la dangerosité, la perturbation dans les interactions sociales (notamment le fait d'être « imprévisible », « bizarre ») et le mauvais pronostic pour les images du « fou » et du « malade mental ». Cependant, on ne retrouve pas l'attribution de responsabilité ; au contraire, il y a ici la notion d'irresponsabilité. L'irresponsabilité des patients souffrant de troubles psychiatriques est d'ailleurs l'objet de grands débats et controverses entre judiciarisation et la médicalisation de certains comportements et ce depuis l'Antiquité (40). Dans cette enquête, on ne retrouve pas ces différentes causes (dangerosité, responsabilité, mauvais pronostic, trouble de l'interaction sociale) dans l'image du « dépressif », qui est finalement la moins stigmatisée des trois. On peut alors s'interroger sur la représentation des différents troubles psychiatriques par la population générale.

2.1.3. Une stigmatisation différente selon le type de troubles ?

Dans la majorité des articles sur la stigmatisation des troubles psychiatriques, aucune distinction n'est faite entre les différents troubles psychiatriques. On s'intéresse soit à la « maladie mentale » en général, soit à un diagnostic précis (stigmatisation de la schizophrénie par exemple) mais il existe peu d'études comparatives entre les troubles. Or, il apparaît dans l'enquête étudiée ci-dessus que le « dépressif » est jugé avec plus d'empathie par la population générale. Se pose donc la question de différents degrés de stigmatisation entre les différents troubles psychiatriques.

La dépression serait une pathologie moins stigmatisée ? Pendant longtemps la dépression a été considérée comme consécutive à une faiblesse de caractère ou un manque de volonté.

Une étude australienne datant de 2005 a observé que près d'un quart des personnes pensaient que la dépression était un signe de faiblesse personnelle et qu'elles n'engageraient pas quelqu'un souffrant de dépression. Près d'un tiers pensaient que les personnes déprimées « pourraient juste se secouer pour se ressaisir » et 42 % ont déclaré qu'elles ne voteraient pas pour un homme ou une femme politique souffrant de dépression (50). Cela suggère l'idée d'une responsabilité de la maladie dans le cas du trouble dépressif, voire d'une absence de maladie (état « choisi »).

Une vaste enquête menée auprès de la population générale en Grande Bretagne a étudié les opinions des répondants sur sept troubles distincts (dépression, démence, trouble panique, schizophrénie, trouble de l'usage de l'alcool, trouble de l'usage de substance, troubles du comportement alimentaire) en 1998 puis en 2003 (51) et retrouve des opinions stigmatisantes chez des hommes et des femmes de toutes les classes sociales, vivant dans toutes les régions du pays. Il existe cependant des différences dans la nature et l'étendue de la stigmatisation attachée aux sept troubles. Les troubles les plus stigmatisés étaient la « toxicomanie », « l'alcoolisme » et la « schizophrénie ». Deux tiers des répondant pensent que les personnes atteintes de schizophrénie sont dangereuses, trois-quarts qu'elles sont imprévisibles et la moitié qu'il sera difficile de leur parler. On retrouve des pourcentages similaires concernant les personnes atteintes de trouble de l'usage avec en plus le fait que trois personnes sur cinq pensent qu'elles sont responsables de leur état (ce qui n'est pas retrouvé pour la schizophrénie). Les personnes atteintes de dépression rencontreront moins de personnes qui les jugent dangereuses - environ une personne sur cinq - mais comme pour la schizophrénie, environ la moitié penseront qu'elles sont imprévisibles et qu'il sera difficile de leur parler. Une proportion plus élevée de personnes a exprimé des opinions positives sur les personnes souffrant de dépression, de troubles anxieux, de démence et de troubles de l'alimentation. Le schéma des réponses en 2003 est similaire à celui observé en 1998, ce qui suggère que les sept troubles sont reconnus de manière cohérente et qu'il existe des divergences d'opinion réelles et durables à leur sujet. Bien que souvent minime, une réduction des pourcentages d'opinion négative a été observée, notamment concernant la dépression, suggérant une évolution temporelle positive sur la stigmatisation.

Plus récemment, Krendl et Freeman (2017) ont étudié les croyances liées à la stigmatisation de neuf troubles mentaux sur deux dimensions importantes de la stigmatisation (52):

- La non-désirabilité sociale qui englobe le statut, la moralité et la menace perçue ou dangerosité, dans la mesure où la menace perçue ou l'immoralité d'une maladie peuvent contribuer à son indésirabilité sociale globale.
- L'aspect incontrôlable perçu de la maladie qui comprend son évolution, sa visibilité, sa responsabilité.

La schizophrénie et les troubles psychotiques étaient dissociées des troubles bipolaires, des troubles anxieux et du trouble obsessionnel compulsif sur la première dimension, suggérant qu'ils sont plus socialement indésirables. De même, ils étaient distingués de la dépression et du trouble de stress post-traumatique sur la deuxième dimension, suggérant qu'ils sont perçus comme moins contrôlables.

Des croyances et opinions stigmatisantes existent pour tous les troubles mentaux mais à des degrés différents et avec des significations différentes. Globalement, la stigmatisation touche de façon plus importantes les patients atteints de troubles mentaux sévères (principalement de schizophrénie). Comprendre les différents types de stigmatisation selon les pathologies pourra permettre d'appréhender d'une autre façon les actions de lutte contre la stigmatisation des troubles psychiatriques.

2.2. Le rôle des médias dans la stigmatisation en santé mentale

2.2.1. Maladie mentale et médias d'information

La stigmatisation en santé mentale est présente dans la population générale. On peut se demander quel est le rôle des médias de masse sur cette stigmatisation. En effet le grand public compte sur les médias comme une source clé d'information sur la maladie mentale, la télévision et les journaux ou magazines étant les sources les plus courantes (53). Dès 1957, on observe que les médias d'information donnent une image inexacte de la maladie mentale (54). Près de 40 ans plus tard, une revue de la littérature sur la représentation de la maladie mentale dans les médias tire les mêmes conclusions (55) :

- La maladie mentale est dépeinte négativement dans les médias de masse.
- Les présentations médiatiques de la maladie mentale favorisent les images négatives et les stéréotypes.
- Il existe un lien étroit entre la maladie mentale et la violence dans les messages médiatiques.

La maladie mentale n'est pas seulement présente dans les médias d'information mais dans tous les types de médias.

2.2.2. Maladie mentale et médias de divertissement

Depuis plusieurs décennies, la maladie mentale est un trouble fréquemment décrit dans les programmes de cinéma et de télévision aux heures de grande écoute, avec plus de 10% des films d'une année donnée présentant une maladie mentale sous une forme ou une autre. La maladie mentale est également représentée dans environ 20,5% des programmes télévisés, 72,1% de ces représentations étant violentes (56).

Sur 34 films produits par Disney entre 1937 et 2001 et disponibles en vidéo, 85% contiennent des références verbales à la maladie mentale et 21% des personnages principaux sont qualifiés de malades mentaux (57). Les références étaient principalement utilisées pour mettre à part et dénigrer les personnages auxquels elles se référaient. La popularité de ces longs métrages d'animation et le fait qu'ils soient principalement visionnés par de jeunes téléspectateurs suggèrent un impact sur l'apprentissage d'attitudes préjudiciables et de comportements de distanciation envers les personnes atteintes de maladie mentale. Ainsi, les enfants peuvent apprendre à étiqueter et à stéréotyper les autres en utilisant cette terminologie dénigrante, la jugeant appropriée et amusante.

Au-delà de la quantité des références à la maladie mentale, des études se sont intéressées à la qualité ou à la nature de ces représentations. Diverses techniques de « cadrage » sont utilisées pour indiquer que les personnages atteints d'une maladie mentale sont différents des autres personnages. Le langage péjoratif - par exemple, des termes comme «fou», «psycho», «dérangé», «loufoque » - est également souvent utilisé par d'autres personnages en référence au personnage en question (58). Les personnages eux-mêmes ont souvent des caractéristiques distinctives et peu attrayantes, comme des dents pourries ou des cheveux indisciplinés (59). En 1991, Hyler, Gabbard et Schneider ont identifié six stéréotypes prédominants de la maladie mentale au cinéma (60):

- « **Le maniaque tueur** » : il s'agit du stéréotype négatif le plus souvent cité, perpétué par les films et programmes de télévision, associant maladie mentale et dangerosité.
- « **L'esprit libre rebelle** » : il a été observé que les personnages excentriques, différents, ou libres d'esprit sont souvent qualifiés de malades mentaux et traités de manière inappropriée (souvent incarcérés). Généralement justice est rendue, la bonne santé mentale du personnage est « confirmée » et il est de nouveau le bienvenu dans la société, sous entendant que les personnages gentils ne peuvent pas être malades mentaux.
- « **La patiente séductrice** » : sous ce stéréotype, les femmes atteintes de maladie mentale sont dépeintes comme nymphomanes, avec des pouvoirs de séduction qui peuvent détruire les hommes. Ces représentations suggèrent que les problèmes sont de leur propre fait et qu'elles méritent une punition plutôt qu'un traitement.
- « **Le membre éclairé de la société** » : suggérant que les personnes ayant des opinions et des comportements déviants sont des membres éclairés de la société car elles en ont rejeté les conventions contraignantes. Cela sous-entend que la maladie mentale n'existe pas et que les établissements psychiatriques sont des moyens de coercition dont il faut se défendre.
- « **Le parasite narcissique** » : ce stéréotype dépeint les personnes atteintes de maladie mentale comme privilégiées, obsédées par elles-mêmes et trop préoccupées par leurs problèmes insignifiants.
- « **Le spécimen de zoo** » : ce stéréotype dépeint les personnes atteintes de maladie mentale comme déshumanisées, sans droit, ouvertes à une observation scientifique sans réserve.

Un autre stéréotype est fréquemment retrouvé dans les films et programmes télévisés pour enfants : « le simplet », qui semble perdu, se comporte de manière illogique et comique. (56, 58, 60). Enfin, un stéréotype cinématographique plus récemment identifié, «le schizophrène possédé» suggère une interaction entre la maladie mentale et des entités surnaturelles. Avoir un trouble psychiatrique s'apparente à être possédé par un démon, ce qui rappelle certaines représentations du Moyen-Âge. Cela renforce les messages stigmatisants sur les personnes atteintes de schizophrénie qui semblent alors plus aberrantes et déshumanisées (61).

Les jeux vidéo sont désormais utilisés par un large public notamment d'adolescents. Or, parmi les jeux vidéo les plus populaires de ces dernières années, les images négatives de la maladie mentale

prédominant. Un quart des jeux présentent au moins un personnage atteint de maladie mentale (62). Parmi ces personnages, 69% correspondent au stéréotype du « maniaque tueur » vu précédemment. Les jeux vidéo jouent un rôle dans la perpétuation du stéréotype atteinte d'une maladie mentale violente.

Ainsi, les médias de divertissement participent à diffuser des stéréotypes sur la maladie mentale et notamment le stéréotype de la dangerosité. Les représentations inexactes et négatives ont une importance sur la façon dont les téléspectateurs interprètent les messages des médias sur la maladie mentale et ces interprétations impactent les attitudes et les croyances du grand public et des personnes atteintes de maladie mentale (61).

2.2.3. La maladie mentale et le stéréotype de dangerosité

La dangerosité pour les autres et la violence sont les représentations négatives les plus courantes des reportages médiatiques sur la maladie mentale. Dans une étude canadienne, 40% des articles abordaient la maladie mentale dans le contexte de la criminalité, des comportements déviants et des prisons parmi plus de 11 000 articles de journaux recensés (63). Des étiquettes de maladie ont également été attribuées aux personnes soupçonnées de comportement criminel sur la simple base des rapports de leurs voisins, d'un policier, ou même à la suite des propres spéculations des journalistes, sans preuves à l'appui. Seulement 25% des articles faisaient intervenir un expert en psychiatrie. Pourtant, contrairement à ce que suggèrent les médias, la maladie mentale n'est qu'un faible prédicteur de comportement violent (64). En effet, bien qu'une relation statistique avec la violence ait été démontrée dans certains troubles mentaux graves tels que la schizophrénie, seule une petite proportion de la violence sociale peut être attribuée à des personnes souffrant de troubles mentaux (65, 66).

Par ailleurs, il semble qu'être atteint de maladie mentale augmente surtout le risque de subir des violences (64). Les personnes atteintes de schizophrénie sont plus susceptibles d'être victimes de violences que d'en être les auteurs. Dans une étude, les personnes atteintes de schizophrénie étaient au moins 14 fois plus susceptibles d'être victimes d'un crime violent que d'être arrêtées pour un crime violent (67). Finalement, le risque associé au fait d'être dans la communauté était plus élevé que le risque que ces personnes représentaient pour la communauté.

2.2.4. L'influence des représentations médiatiques sur la stigmatisation

Malgré la surreprésentation des représentations négatives des troubles psychiatriques dans les médias d'information, il existe peu de recherches sur leur influence sur la stigmatisation. Par ailleurs, de nombreuses études concernent uniquement les journaux imprimés. Or, la tendance est aux actualités en ligne et au partage via les réseaux sociaux. Avec l'interactivité que permettent les réseaux sociaux, c'est-à-dire la possibilité d'aimer, commenter, partager, de visionner des vidéos et des images supplémentaires, l'exploration de l'impact de ce type d'informations sur la stigmatisation liée à la maladie mentale est nécessaire. Ainsi, une revue publiée en 2018 confirme le lien entre les reportages de médias sur la maladie mentale et la stigmatisation et s'intéresse aux interventions qui ont pour

objectif d'en atténuer l'impact négatif (68). Les résultats de trois études comparant l'impact de la lecture de reportages positifs, neutres ou négatifs ont systématiquement montré que les rapports positifs qui remettaient en question la stigmatisation (informatifs ou axés sur le rétablissement), étaient susceptibles de conduire à une réduction des attitudes stigmatisantes, tandis que les rapports négatifs qui incluaient des stéréotypes de violence et de dangerosité ont directement accru ces attitudes. Les représentations médiatiques de fusillades de masse perpétrées par des personnes déclarées atteintes de maladie mentale avaient un impact négatif sur les attitudes, la perception de la dangerosité perçue et la distance sociale, renforçant les stéréotypes (69).

Les commentaires sur les reportages publiés en ligne par des lecteurs sont généralement cohérents avec le ton de l'article (positif ou négatif) (70). Étonnamment, les représentations positives ont reçu le plus grand nombre de « partages » sur les réseaux sociaux dans une étude. Ces résultats révèlent le rôle potentiel des médias interactifs et sociaux dans la réduction de la stigmatisation.

Les interventions impliquant des journalistes et des étudiants en journalisme se sont avérées améliorer considérablement leurs attitudes à l'égard de la maladie mentale et accroître leur sensibilisation à la stigmatisation liée à la maladie mentale (71, 72, 73). Cependant, même lorsque les reportages sont classés comme « positifs » sur les troubles mentaux (tels que ceux décrivant les causes biogénétiques de la schizophrénie ou agissant pour susciter la sympathie), ils n'entraînent pas toujours une diminution de tous les aspects de la stigmatisation, augmentant même parfois le désir de distance sociale (74, 75).

3. UNE STIGMATISATION PAR LES PROFESSIONNELS DE SANTE

3.1. Une stigmatisation présente dans tous les systèmes de soin

De nombreuses personnes atteintes d'une maladie psychiatrique déclarent que les professionnels de santé sont une source importante de stigmatisation et de discrimination dans de nombreux pays du monde (76, 77). Elles se sentent souvent dévalorisées, rejetées et déshumanisées par les soignants avec lesquels elles entrent en contact. Les thèmes principaux comprennent le sentiment d'exclusion des décisions médicales, les menaces subtiles ou franches de traitement coercitif, la difficulté à demander de l'aide, les informations insuffisantes sur leur état ou sur les traitements possibles, le sentiment d'être traitées de manière paternaliste ou humiliante... (78, 79, 80). La littérature sur la stigmatisation par les professionnels de la santé des personnes atteintes de maladie mentale est riche et s'intéresse à ses mécanismes et aux moyens de la réduire (4, 81).

Il est important de noter que les attitudes stigmatisantes sont également répandues parmi les professionnels de la santé mentale (82, 83, 84). Certains troubles, en particulier, ont tendance à être rejetés dans les services de soins psychiatriques. Par exemple, dans une étude portant sur les attitudes d'infirmier(e)s australien(ne)s en psychiatrie à l'égard du trouble de la personnalité borderline, la majorité des répondants avaient des attitudes et émotions négatives lors de la prise en charge de ces

patients et les percevaient comme des manipulateurs (85). Près d'un tiers les voyaient comme des « nuisances » ou des « pertes de temps ».

L'omniprésence avec laquelle les interactions négatives sont signalées suggère que le problème n'est pas isolé à quelques professionnels insensibles, mais qu'il est de nature plus systémique. Ce problème est lié à la façon dont la culture des soins hiérarchise et perçoit les personnes atteintes de maladie mentale. Les attitudes et les comportements stigmatisants envers les personnes atteintes de maladie mentale existent dans tout le spectre des soins de santé (4, 83, 86).

3.1.1. Des facteurs de stigmatisation spécifiques aux professionnels de santé

Il semble logique de penser que les professionnels de santé partagent initialement les mêmes stéréotypes que la population générale ; pourtant, leur statut de soignant leur confère quelques spécificités. Par exemple, les professionnels de santé ont tendance à avoir des opinions pessimistes sur la réalité et la probabilité de guérison des patients souffrant de troubles psychiatriques. Ce pessimisme est associé à un sentiment d'impuissance, ce qui amène à croire que « ce qu'ils font n'a pas d'importance » (87). De plus, un manque de formation et de compétences, susceptible de conduire à une prise en charge moins efficace, peut entraîner un sentiment de peur ou d'anxiété ainsi qu'un désir d'évitement et de distance sociale parmi les praticiens. En résulte un impact négatif sur les interactions patient-soignant et sur la qualité des soins (86, 88).

La stigmatisation liée à la maladie mentale imprègne également le secteur de la santé en tant que lieu de travail. Le personnel soignant n'est pas encouragé à parler ouvertement de ses difficultés ou à demander de l'aide pour des problèmes psychologiques ou psychiatriques (89, 90). La distance sociale et la séparation « eux » / « nous » au sein de la stigmatisation s'illustrent par la réticence des soignants à demander de l'aide pour des problèmes de santé mentale. Il existe une réserve chez les psychiatres à recevoir des soins psychiatriques, à prendre des médicaments psychotropes et une tendance à l'automédication en cas de dépression. Ce refus de rechercher ou accepter un traitement pour la dépression est corrélé avec le niveau de stigmatisation perçue. Pour un médecin malade, être patient signifie devenir membre d'un groupe perçu comme séparé et auquel il ne peut s'identifier sans risquer de menacer son estime de lui en raison de la stigmatisation intériorisée et l'anticipation d'un rejet par ses collègues. L'autodiagnostic et l'autotraitement peuvent conduire à un déni supplémentaire, à un traitement incomplet et à des conséquences plus graves, y compris le suicide. Il est important d'éduquer le personnel soignant sur les troubles psychiatriques et de leur permettre un environnement adéquat favorisant la divulgation de la maladie afin de recevoir de l'aide et du soutien (91).

3.2. La stigmatisation de la psychiatrie

La stigmatisation des patients souffrant de troubles mentaux, celle des psychiatres et de la psychiatrie en tant que profession médicale sont étroitement liées ; on parle de stigmatisation associative ou secondaire. En effet, la stigmatisation s'étend de la personne stigmatisée aux personnes qui sont en contact étroit avec elle, qu'il s'agisse de membres de la famille, d'amis ou de professionnels de la santé

mentale. Bien que la psychiatrie se soit énormément améliorée au cours des dernières décennies en ce qui concerne les concepts de troubles mentaux, les normes diagnostiques et scientifiques, les compétences thérapeutiques, l'efficacité des traitements et les structures de soin, l'image négative de la psychiatrie ainsi que la stigmatisation des psychiatres et des institutions psychiatriques persistent. Il existe de nombreuses divergences ; par exemple, entre la prévalence élevée des troubles psychiatriques et leur stigmatisation, entre l'efficacité du traitement psychiatrique et les taux élevés de sous-diagnostic et de sous-traitement, ainsi qu'entre le coût économique direct et indirect élevé causé par les troubles mentaux et le faible intérêt du grand public pour ces questions.

Contrairement à la stigmatisation de leurs patients qui fait l'objet de nombreuses publications, la stigmatisation de la psychiatrie et des psychiatres semble moins étudiée (92).

3.2.1. La psychiatrie, une spécialité « sous-estimée » ?

Un article paru en 2016 explore les causes, les explications et les conséquences de l'image négative de la psychiatrie (92). La mésestime de la psychiatrie résulte à la fois des préjugés injustifiés du grand public, des médias de masse et des professionnels de santé, ainsi que de la complexité objective du statut particulier de la psychiatrie. Parmi les préjugés injustifiés, sont cités entre autres : la surestimation de la coercition, la stigmatisation associative, le manque de connaissance du public, le problème du continuum entre la normalité et la psychopathologie, le traitement psychopharmacologique.

En effet, la psychiatrie est la seule discipline médicale considérée comme coercitive depuis ses débuts en tant que discipline médicale (scientifique) il y a 200 ans. Au début du XIX^e siècle, l'institutionnalisation de la psychiatrie a organisé un système de soins dans de grands hôpitaux (asiles) en dehors des villes qui permettaient d'isoler les patients de la société. L'image négative du public de la psychiatrie institutionnelle semble encore enracinée dans ces représentations historiquement fondées de la prise en charge des troubles mentaux. Dans une enquête représentative allemande menée en 2000, 25% des personnes interrogées pensaient à tort que les patients n'étaient pas libres à l'hôpital et 50% que les camisoles de force étaient toujours utilisées (93). Ces opinions avaient abouti au mouvement anti-psychiatrie dans les années 1970. En 2009, l'un des chefs de file de ce mouvement, le psychiatre Thomas Szasz, connu pour sa critique idéologique de la psychiatrie en tant que science et son interrogation sur son fondement éthique, définissait encore la psychiatrie par la coercition et non par la guérison (94).

Il existe par ailleurs une faible connaissance des troubles psychiatriques, de leur reconnaissance et de leur prise en charge dans le grand public (95). S'il est prouvé que de meilleures connaissances en santé mentale peuvent être apportées par différents types d'intervention, il est important de rappeler que l'information seule ne modifie pas les attitudes ou les comportements. Cependant, il est possible que les interventions spécifiques à un trouble soient plus efficaces que les approches générales des troubles mentaux.

Enfin le manque de biomarqueurs attestant de la fiabilité du diagnostic clinique des troubles mentaux soutient le propos d'autres disciplines médicales selon laquelle la psychiatrie est différente de la médecine, qu'elle n'est ni exacte, ni scientifiquement fondée. Ainsi, la critique par le public, la communauté médicale ou autres organisations est facilitée, allant jusqu'à l'idée que les troubles mentaux n'existent pas ou que les diagnostics manquent de fondement scientifique et sont utilisés à des fins de contrôle social, politique ou économiques. La modification répétée des manuels de diagnostic redéfinit le seuil entre la normalité et le trouble en une ou deux décennies de manière différentielle, par consensus du comité de rédaction en fonction des derniers résultats scientifiques. Cette habitude donne l'impression que les diagnostics psychiatriques semblent être arbitraires et non scientifiquement fondés, bien que des problèmes similaires surviennent dans d'autres disciplines (par exemple, tension artérielle, syndrome métabolique)(92).

3.2.2. *La psychiatrie dans les médias*

Comme on a pu le voir précédemment, les représentations données dans les médias ont un impact sur la stigmatisation. Il en est de même concernant la discipline psychiatrique et les psychiatres. Les images médiatiques de la psychiatrie sont négatives, avec des images de traitements psychiatriques oppressifs, et des représentations populaires de professionnels de la santé mentale peu éthiques, exploités ou eux-mêmes « mentalement dérangés » (96).

L'électroconvulsivothérapie (ECT) ou anciennement « électrochocs » est un exemple de traitement particulièrement stigmatisé dans les médias. Alors qu'il existe un consensus médical sur son efficacité dans plusieurs troubles mentaux ainsi que sur son innocuité, l'ECT est régulièrement utilisée comme métaphore de la répression, du contrôle de l'esprit et du comportement. La majorité des films et programmes montrent une image négative et inexacte du traitement : souvent l'ECT est administrée sans consentement, sans anesthésie et dans certains cas s'apparente à une torture exercée par les médecins psychiatres. Le traitement est souvent présenté comme douloureux, effaçant la mémoire et endommageant le cerveau (97, 98). De même, les hôpitaux psychiatriques sont toujours associés à des portes verrouillées, des camisoles de force et des médicaments psychotropes addictifs, sédatifs, invasifs et inefficaces, tandis que leurs effets positifs sont sous-estimés.

Enfin, les psychiatres ont eux-mêmes une image particulièrement négative dans les médias, notamment dans les films, les bandes dessinées et les romans (82, 99). Le psychiatre est souvent dépeint comme un meurtrier, un charlatan, un escroc ou un incompetent, incapable de gérer sa propre vie. Toutes ces représentations suggèrent une crainte globale des psychiatres, avec l'idée qu'ils ont le pouvoir de nuire, de s'immiscer dans les pensées, de « piéger » des personnes. Le phénomène de « contagion de la folie » est aussi une idée répandue avec des psychiatres qui deviennent patients au cours de leur carrière, ce qui diffuse le stéréotype qu'il « faut être fou pour comprendre les fous ». Or, ces représentations fictives représentent les images les plus répandues et les plus accessibles de la profession au grand public (99).

Dans la réalité, l'existence en psychiatrie des « soins sans consentement » est une différence fondamentale avec les autres spécialités médicales qui ne peuvent pas contraindre un patient à accepter des soins. Il est probable que la méconnaissance du public sur les procédures d'hospitalisation en psychiatrie renforce l'idée que le psychiatre détient à lui seul un pouvoir juridique de privation de liberté sur les individus. De là, il peut découler une méfiance à l'égard des psychiatres et des difficultés à chercher de l'aide au sein des structures de soins psychiatriques. Ces représentations négatives de la psychiatrie, des psychiatres et des soins psychiatriques peuvent retarder la prise en charge de patients souffrant de troubles mentaux.

3.2.3. La psychiatrie vue par le corps enseignant médical

La psychiatrie souffre d'une image négative auprès du grand public, souvent renforcée par la méconnaissance de celui-ci, mais qu'en est-il auprès du reste du corps médical ?

Une enquête réalisée sur plus de 1000 professeurs de médecine (non psychiatres) issus de 15 centres hospitalo-universitaires situés en Europe, en Asie et au Royaume-Unis a étudié la représentation de la psychiatrie en tant que discipline, des psychiatres et des patients souffrant de troubles mentaux (100). Premièrement, les compétences des psychiatres en tant que médecins sont directement remises en question. En effet, 90% des répondants considèrent que les psychiatres ne sont pas de bons modèles pour les étudiants en médecine. Pour certains, les psychiatres ont des compétences médicales de mauvaise qualité, ne s'intéressent pas suffisamment à la physiologie et les traitements psychiatriques ne sont pas efficaces.

Deuxièmement, les patients souffrant de troubles psychiatriques sont considérés comme différents des autres patients. Plus de quatre enseignants sur cinq trouvent plus approprié qu'ils soient traités dans des établissements spécialisés en dehors du milieu hospitalier général, ce qui suggère une forme de désir de distance sociale avec ces patients. Les trois quarts pensent que les patients psychiatriques sont épuisants sur le plan émotionnel. Environ la moitié estiment qu'ils ne sont pas particulièrement reconnaissants pour les soins reçus ou qu'ils sont moins intéressants que les autres patients. Près d'une personne sur dix considère que les maladies psychiatriques ne doivent pas recevoir la même attention que les maladies somatiques, suggérant une hiérarchisation des pathologies.

Enfin, le choix d'une carrière dans la psychiatrie apparaît comme un choix par défaut. Près d'un tiers des répondants pensent qu'un élève brillant n'est pas encouragé à entrer en psychiatrie par ses enseignants. En tant que carrière, la psychiatrie est perçue comme ayant un faible prestige par rapport aux autres spécialités. Environ une personne sur cinq pense que les étudiants sont attirés par la psychiatrie en raison de leurs propres troubles mentaux.

Ces résultats peuvent expliquer la difficulté de recrutement en psychiatrie dans de nombreux pays et montrent un lien complexe entre la stigmatisation de la psychiatrie et celle des patients souffrant de troubles psychiatriques.

3.2.4. Stigmatisation et impact sur le choix de carrière des étudiants

Plusieurs études montrent que les étudiants en médecine sont peu nombreux à envisager une carrière en psychiatrie. Parmi les arguments des étudiants, on retrouve le fait que la psychiatrie n'utilise pas la majorité de ce qui a été enseigné lors de la formation médicale ; que c'est « inefficace » et « pas assez scientifique » ; que c'est trop « exigeant émotionnellement » ; et enfin que les psychiatres ont une image « peu attrayante ». L'image négative de la psychiatrie est ainsi considérée comme l'un des principaux facteurs de pénurie de jeunes psychiatres, ce qui semble être un problème international (101).

Dans une étude britannique qui posait la question « Pourquoi les étudiants ne choisissent pas la psychiatrie ? » à 390 médecins (cliniciens ou enseignants), les préjugés expliquaient le manque d'attrait pour cette spécialité (102). Parmi les répondants, 57% évoquaient les attitudes négatives à l'égard des psychiatres de la part des autres médecins et professionnels de santé. « *Les chirurgiens pensent que pour être psychiatre, il faut être bizarre* » ; « *D'autres spécialistes pensent qu'il n'y a pas vraiment besoin d'être médecin pour travailler en psychiatrie* » ; « *La croyance au sein de la profession médicale selon laquelle la psychiatrie est moins importante que les autres spécialités médicales* ». Parmi eux, 40% ont directement utilisé l'expression « *stigmatisation de la psychiatrie* » comme frein au choix de la spécialité et 39% évoquent la stigmatisation générale associée aux troubles de santé mentale. « *Les patients sont considérés comme inutiles* » et « *les étudiants ont peur des patients psychiatriques chroniques ou difficiles* ». Par ailleurs, 37% pensent qu'il y a un enseignement insuffisant et une mauvaise image du rôle des psychiatres avec « *moins de visibilité des psychiatres dans l'enseignement de premier cycle en général* ». Enfin, pour 26% d'entre eux, la psychiatrie ne serait pas suffisamment médicale ou scientifique : « *Il n'y a pas assez de science en psychiatrie* » ; « *Ce n'est pas objectivable* » ; « *Les psychiatres sont perçus comme trop paresseux pour travailler avec la « vraie » médecine* ».

Il est intéressant de constater que les principaux arguments rapportés par les répondants sont d'une part les stéréotypes largement diffusés dans les médias comme vus précédemment et, d'autre part, les attitudes stigmatisantes qui en découlent, que ce soit par les confrères ou par la société. Certains soulignent la place accordée à l'enseignement de la psychiatrie en premier cycle qui ne semble pas représentative de l'importance de la prévalence et de la morbidité des troubles psychiatriques dans la société.

3.2.5. Le choix de la psychiatrie en France

En France, le choix de la spécialité s'effectue à l'issue de l'Examen Classant National (ECN) qui remplace le concours de l'internat depuis 2002. Pour rappel, cet examen a lieu après la 6^e année des études médicales et permet de classer 8000 à 9000 étudiants chaque année. Entre la 7^e et la 11^e année d'étude on parle alors « d'interne en médecine ». Chaque année des postes d'internes sont ouverts sur le territoire dans chacune des 44 spécialités médicales ou chirurgicales. En 2020, sur les 527 postes

nationaux ouverts à la psychiatrie, 58 (11%) n'ont pas été pourvus ce qui classe cette spécialité parmi les moins choisies (avec Gériatrie, Biologie, Santé publique et Santé au travail).

La psychiatrie n'est pas une spécialité attrayante en France pour les étudiants en médecine depuis de nombreuses années. Une étude publiée en 2015 interrogeant les internes de médecine vient valider les préjugés sur le choix de carrière en psychiatrie que l'on retrouvait dans les précédentes études (102, 103). Parmi les internes toutes spécialités confondues, près de 60 % pensent que l'interne de psychiatrie a probablement des antécédents personnels psychiatriques et qu'il est bizarre, plus de 40 % pensent que les internes de psychiatrie ne sont plus médecins, plus du tiers d'entre eux pensent que les internes de psychiatrie sont des « tire-au-flanc » et un peu plus de 30 % pensent qu'un interne de psychiatrie a raté les ECN et devrait « mal finir » car la psychiatrie est « contagieuse ».

Ainsi le choix de la psychiatrie est encore une fois associé à des idées négatives de moins bonne réussite dans les études, de compétences médicales moindres et de choix par « défaut ». Pourtant, l'enquête montre que les internes de psychiatrie ont significativement plus choisi leur spécialité à l'ECN que leurs confrères. De même, il n'y a pas de différence significative concernant les antécédents psychiatriques personnels entre les internes de psychiatrie et ceux des autres spécialités. Ils ne déclarent d'ailleurs pas prendre plus de traitement psychotrope, ni à la demande, ni au long cours. Les caractéristiques retrouvées dans cette étude vont donc à l'encontre des clichés retrouvés (104).

La stigmatisation de la maladie mentale, des personnes qui en souffrent et de tout ce qui les entoure est une réalité actuelle dans le monde médical et il semble essentiel d'en mesurer les conséquences.

4. LES CONSEQUENCES DE LA STIGMATISATION DES TROUBLES PSYCHIATRIQUES

4.1. Des conséquences sur la prise en charge globale des patients

4.1.1. Une surmortalité des patients atteints de troubles psychiatriques

Il y a 30 ans, on mettait en évidence un écart d'espérance de vie d'environ 20% entre les patients atteints de troubles psychiques sévères et la population générale (105). Malgré des systèmes de santé jugés efficaces dans les pays développés, cet écart semble persister au cours du temps (106). Ainsi, selon Thornicroft (2011), on estime une réduction de l'espérance de vie des patients atteints de troubles psychiatriques sévères de 20 ans pour les hommes et 15 ans pour les femmes. Plusieurs hypothèses expliquent ces taux de mortalité précoce (107) :

- Une fréquence plus élevée de facteurs de risque de maladies chroniques et de cancers (moindre observance, plus grande sédentarité, plus forte consommation de tabac...).
- Une prévalence plus élevée de suicides et de morts accidentelles et violentes.
- L'exposition aux effets secondaires des psychotropes (108).

- Une moins bonne prise en charge somatique que chez la population générale, incluant l'accès aux soins, le dépistage et la qualité des soins en eux-mêmes (106, 107).

Concernant la mortalité par cancer, les patients souffrant de troubles psychiatriques sont moins susceptibles de bénéficier d'un dépistage efficace et ont des taux de létalité plus élevés (109). Selon les auteurs, ces taux résultent notamment de la difficulté à traiter ces patients, que ce soit à cause des interactions médicamenteuses (nombreuses avec les anti-tumoraux) ou des symptômes psychiatriques qui peuvent compliquer la mise en place de certaines procédures (par exemple la radiothérapie chez des patients souffrant d'hallucinations ou d'anxiété sévère). Ils font référence au fait que les praticiens ont souvent la conviction que les personnes atteintes de troubles mentaux et de cancer sont des « patients difficiles » et qu'ils ont des capacités de décision altérées. Ainsi, la stigmatisation de la maladie mentale peut avoir des effets sur l'identification et la prise en charge des maladies malignes.

En France, une étude nationale a étudié la mortalité des personnes identifiées comme présentant une maladie psychiatrique en analysant les causes multiples de décès sur des certificats de décès. Elle a montré une réduction de l'espérance de vie associée à certaines troubles psychiatriques et objectivé l'importance des causes somatiques (110). Cependant, il n'est pas forcément mentionné les antécédents psychiatriques sur les certificats de décès, ce qui peut conduire à une sous-estimation de ces données. Une étude française plus récente a utilisé le système national des données de santé (SNDS) pour garantir une identification plus exhaustive des patients suivis pour des troubles psychiatriques (111). Ainsi, en 2014, la réduction de l'espérance de vie des personnes suivies pour un trouble psychiatrique était de 16,4 ans pour les hommes et 12,9 ans pour les femmes avec des variations en fonction des troubles considérés. Les premières causes de décès retrouvées sont les maladies cardiovasculaires et les cancers, tout comme la population générale. Cependant, on observe une surmortalité des personnes suivies pour des troubles psychiatriques pour l'ensemble des causes de décès (taux 2,6 fois supérieur à la population générale), et notamment pour les causes de décès par causes externes (suicides, accident de transport et chutes) avec un taux de mortalité cinq fois supérieur à celui de la population générale. Les taux sont trois fois supérieurs pour les maladies des systèmes digestif et respiratoire, les maladies neurodégénératives et les maladies endocriniennes, ainsi que deux fois supérieurs pour les tumeurs et maladies cardiovasculaires. L'écart d'espérance de vie et la mortalité prématurée sont particulièrement marqués chez les individus souffrant de troubles liés à l'usage de substances.

4.1.2. Une prise en charge « somatique » impactée par la stigmatisation

Parmi les causes de cette surmortalité, les personnes atteintes de troubles psychiatriques bénéficieraient d'une prise en charge somatique moins bonne que la population générale.

Par exemple, après un ajustement sur de nombreux facteurs tels que les facteurs de risque cardiovasculaire et le statut socioéconomique, la dépression chez les hommes est associée à une augmentation de la mortalité cardiovasculaire (112). Une des hypothèses est que le personnel soignant attribue à tort des symptômes physiques à une origine psychiatrique, par exemple une douleur

thoracique évoquant une crise d'angoisse plutôt qu'un infarctus du myocarde. On parle alors d'« occultation diagnostique ». Ainsi, aux États-Unis, les médecins généralistes étaient moins susceptibles de croire que les patients ayant des antécédents de dépression souffraient de pathologies somatiques graves. Il existerait une réticence à entreprendre des investigations sur les symptômes physiques ressentis tels que des céphalées sévères ou des douleurs abdominales par rapport à la population générale (113). Dans une étude menée chez des infirmiers et des médecins travaillant au service des urgences, la réticence apparaît comme un problème connu qui peut entraîner des conséquences néfastes telles qu'un retard de traitement jusqu'au décès du patient. Certains professionnels évitent les personnes présentant des symptômes psychiatriques en raison d'une appréhension de la violence, ce qui peut nuire à la qualité des soins (114).

Les personnes atteintes de troubles psychiatriques recevraient un traitement de moins bonne qualité pour diverses pathologies somatiques telles que les maladies cardiovasculaires, le diabète, le VIH, l'hépatite et le cancer (108). Il semblerait que le personnel soignant, guidé par des stéréotypes négatifs, ait tendance à traiter systématiquement les maladies physiques des personnes atteintes de maladie mentale de manière moins approfondie et moins efficace. Par exemple, les personnes atteintes de maladie mentale et de diabète qui se sont présentées aux urgences étaient moins susceptibles d'être admises à l'hôpital pour complications diabétiques que celles sans maladie mentale (115). Dans une étude, les participants qui approuvaient les propositions stigmatisantes concernant un patient atteint de schizophrénie étaient plus susceptibles de croire qu'il n'adhérerait pas au traitement et, par conséquent, étaient moins susceptibles d'adresser le patient à un spécialiste ou de renouveler leur prescription (116).

Une revue systématique publiée dans *The Lancet Psychiatry* en 2014 a décrit de manière explicite les différentes formes de stigmatisation liée à la maladie psychiatrique dans le soin et ses conséquences (4) : les **attitudes négatives et les stéréotypes**, la **péjoration pronostique**, l'**écart diagnostique**, les **compétences limitées** du personnel soignant, leurs **comportements discriminatoires** et la **perception d'être moins bien pris en charge** des usagers de santé mentale. Dans cette revue, on considère que la stigmatisation des patients dans le cadre de leur prise en charge s'opère à trois niveaux interdépendants :

- **La stigmatisation structurelle** qui fait référence à la discrimination au sein des structures sociales et politiques (investissement de ressources, organisation des systèmes de soin...).
- **La stigmatisation interpersonnelle** qui comprend des problèmes de connaissance (ignorance, désinformation), attitudes (préjugés), comportements (discrimination, violence, hostilité ciblée). Bien que les professionnels de santé aient généralement plus de connaissances que le grand public, ils pourraient être affectés par un manque de connaissance lié à la stigmatisation (exemple du trouble de personnalité limite) (85). Pour évaluer les attitudes des personnels de santé envers les personnes atteintes de maladie psychiatrique, de nombreux outils ont montré les réactions

émotionnelles, l'approbation des stéréotypes, l'opinion sur les droits civils et ses restrictions (droit de vote), le désir de distance sociale, etc.

- **La stigmatisation intrapersonnelle**, qualifiée également d'auto-stigmatisation ou de stigmatisation intériorisée. Elle englobe les croyances négatives, la honte, l'acceptation des stéréotypes liés à la maladie mentale, le sentiment d'aliénation et l'impact sur l'humeur qui en résulte. Le comportement des professionnels de santé pourrait exacerber ou améliorer l'auto-stigmatisation par l'effet des interactions interpersonnelles.

En d'autres termes, la stigmatisation, les attitudes ou les comportements des professionnels de la santé peuvent entraîner un manque d'attention aux besoins médicaux des patients, une mauvaise gestion des patients atteints de maladie mentale et même une marginalisation sociale (81).

4.1.3. Un impact sur la prise en charge psychiatrique

La peur d'être stigmatisées et l'auto-stigmatisation sont les principales raisons pour lesquelles les personnes ayant des problèmes de santé mentale évitent de demander de l'aide médicale (5). De même, les stéréotypes négatifs sur les soins psychiatriques et les psychiatres peuvent entraîner une réticence à consulter pour des problèmes de santé mentale (81). Par ailleurs, la stigmatisation de la psychiatrie était un facteur responsable du peu d'attractivité de la discipline pour les étudiants en médecine. Or la psychiatrie fait face à une pénurie de spécialistes dans de nombreux pays du monde (117). La diminution de l'effectif des psychiatres est susceptible d'affecter l'accès aux soins des personnes atteintes de maladie mentale (118). Retard diagnostique, interruption du suivi, arrêt prématuré du traitement, altération de la relation thérapeutique peuvent être des conséquences d'un manque d'accès aux soins psychiatriques.

De même, les croyances populaires sur les traitements psychiatriques ont un impact sur l'observance de ces traitements (119). On constate que la psychothérapie est généralement tenue en haute estime par la population générale, contrairement à la pharmacothérapie qui est rejetée par la majorité des répondants. En effet, les attitudes négatives à l'égard des médicaments psychotropes constituent un puissant obstacle à l'observance du traitement (120, 121). Les représentations médiatiques négatives des soins psychiatriques (ECT, pharmacothérapie, hospitalisation...) sont courantes et responsables d'une défiance à leur égard de la part de personnes qui pourraient en bénéficier et des personnes de leur entourage. Par exemple, les médicaments psychotropes ont souvent été décrits comme un moyen de contrôle mental et de contention chimique plutôt que comme une intervention utile (122). En 2001, Gabbard (123) et Pies (124), citent des exemples de patients qui ont eux-mêmes révoqué leur consentement à l'ECT après avoir vu *Vol au-dessus d'un nid de coucou* (1975), malgré l'assurance que la méthode décrite dans le film n'était pas conforme à la pratique actuelle.

La stigmatisation peut donc entraîner un retard de consultation ou une absence de recours aux soins, un déni des troubles, une observance thérapeutique incomplète, autant de facteurs qui perturbent le

processus de rétablissement et altèrent la qualité de vie des personnes souffrant de troubles psychiatriques (96, 125).

4.2. Discrimination dans la vie quotidienne

Les attitudes stigmatisantes et discriminantes sont présentes dans le quotidien des personnes souffrant de troubles psychiatriques, dans les structures de soin comme nous l'avons vu plus haut mais aussi sur le marché du travail, au sein de leur entourage et de leur environnement social. Ainsi, dans une enquête américaine, plus de la moitié des participants ayant un diagnostic de trouble mental sévère rapportait des expériences de discrimination, le plus souvent de la part des employeurs, des propriétaires et des forces de l'ordre (126). De même, dans une vaste enquête australienne menée auprès de personnes atteintes de troubles mentaux sévères, 37,9% avaient été victimes de stigmatisation ou de discrimination au cours de l'année écoulée en raison de leur pathologie. La peur de la discrimination et l'expérience de la stigmatisation elle-même ont empêché un participant sur cinq de faire ce qu'il aurait souhaité faire, contribuant ainsi à l'isolement social (127).

Ces discriminations peuvent être responsables d'une perte de statut social, elle-même source de stigmatisation.

4.3. Stigmatisation et conséquences psychologiques

Les personnes souffrant de troubles psychiatriques sont conscientes d'être stigmatisées et cette perception est corrélée à une diminution de l'estime de soi, du sentiment de bien-être et à des perturbations dans les interactions sociales (128). Hinshaw suggère d'ailleurs que la stigmatisation a des effets négatifs sur le développement psychologique, émotionnel et social des enfants souffrant de troubles mentaux (129). Une revue de la littérature sur les différentes échelles mesurant la stigmatisation personnelle en propose trois composantes : la stigmatisation perçue, expérimentée et internalisée (130).

4.3.1. La stigmatisation perçue ou ressentie

Elle peut être définie comme la stigmatisation et la discrimination que les personnes ayant un état de santé (potentiellement) stigmatisant craignent ou perçoivent dans la société (131). On parle également de discrimination anticipée ou de l'attente d'être stigmatisé dans divers aspects de la vie. La stigmatisation perçue peut inclure les deux éléments suivants :

- Ce qu'un individu pense que la plupart des gens pensent du groupe stigmatisé en général, c'est-à-dire la « conscience des stéréotypes ».
- L'individu pense que la société le considère lui-même comme un membre du groupe stigmatisé.

Par exemple, les stéréotypes péjoratifs trouvés dans les films sur la schizophrénie ont des conséquences sur la stigmatisation perçue. En effet, des personnes atteintes de schizophrénie ont déclaré se sentir blessées et offensées par les messages des médias et ont anticipé une discrimination résultant de cette représentation de la maladie mentale par les médias (132) (133).

4.3.2. *La stigmatisation vécue ou expérimentée*

Elle est simplement définie comme «l'expérience d'une discrimination réelle et/ou de restrictions de participation vécues par une personne en raison de son état de santé». C'est un aspect souvent abordé dans les études qui mesurent la stigmatisation. Dans les échelles mesurant la stigmatisation vécue, il s'agit soit de stigmatisation en général, soit d'expériences vécues dans des domaines spécifiques de la vie (par exemple le travail, la famille, l'utilisation des services de santé). Cf paragraphe ci-dessus sur les discriminations dans la vie quotidienne.

4.3.3. *La stigmatisation internalisée ou auto-stigmatisation*

Corrigan et Watson (134) utilisent le terme de stigmatisation publique pour décrire la stigmatisation par le grand public des personnes atteintes de maladie mentale. L'auto-stigmatisation représente alors l'internalisation de cette stigmatisation publique. Elle est notamment décrite comme "le produit de l'internalisation de la honte, du blâme, du désespoir, de la culpabilité et de la peur de la discrimination associée à la maladie mentale". Elle a été définie comme un processus, conscient ou inconscient, au cours duquel la personne atteinte de maladie mentale accepte de réduire ses attentes à la fois pour et par elle-même.

Le processus d'auto-stigmatisation comprend initialement « l'auto-stéréotype » par lequel les personnes prennent conscience du stéréotype socialement approuvé (stigmatisation perçue). Par exemple, « les personnes atteintes de maladie mentale sont trop incompetentes ou imprévisibles pour avoir un travail ». La deuxième étape consiste à croire et à accepter ces stéréotypes sous la forme d'un préjugé personnel : « C'est vrai je suis surement trop incompetent pour avoir un travail ». La troisième étape est l'auto-discrimination dans laquelle les individus appliquent le stéréotype à eux-mêmes : par exemple, « Je dois être trop incompetent, je ne vais pas chercher du travail. »

Le processus d'auto-stigmatisation conduit à des réactions émotionnelles négatives entraînant une altération de l'estime de soi et du sentiment d'efficacité personnelle ainsi que des réponses comportementales telles que le fait d'éviter de chercher un emploi (28, 135). Le fait de ne pas atteindre ses objectifs de vie personnels n'est alors pas une conséquence de la maladie mentale mais des réponses comportementales liées à l'internalisation des stéréotypes qui y sont associés.

D'ailleurs, en 2013, Maschiach *et al* ont montré que l'auto-stigmatisation altère significativement la qualité de vie (136). Ils développent un modèle dans lequel la stigmatisation internalisée affecterait en cascade l'estime de soi qui impacterait l'espoir, lui-même impactant la qualité de vie.

5. LES ACTIONS CONTRE LA STIGMATISATION EN SANTE MENTALE

5.1. Campagnes de déstigmatisation auprès de la population générale

Depuis une vingtaine d'années, de nombreux programmes "anti-stigmatisation" nationaux et internationaux ont vu le jour. On peut citer la campagne *Changing Minds* au Royaume-Uni (51, 137), le programme « *Open the Doors* » de l'Association mondiale de psychiatrie (*World Psychiatric*

Association WPA(138), ou encore la campagne « *Time To Change* » en Angleterre (139). Ces programmes cherchent à accroître la sensibilisation et la connaissance des troubles psychiatriques et de leurs traitements, à améliorer les attitudes du grand public envers les personnes atteintes de maladie mentale et à entreprendre des actions visant à réduire la discrimination. Le programme mondial de lutte contre la stigmatisation « *Open the Doors* » a permis par exemple une amélioration des attitudes des élèves du secondaire, une meilleure coopération avec le système judiciaire, un changement des modèles de reportages médiatiques. Le programme « *Time to Change* », lancé en 2007 et clos en mars 2021, a entraîné une amélioration de 3,1% des attitudes parmi la population anglaise adulte entre 2017 et 2019. Cela équivaldrait à une amélioration des attitudes chez 5,4 millions de personnes depuis le début de la campagne (140).

La plupart des approches anti-stigmatisation sont divisées en trois groupes : la protestation, l'éducation, le contact (141, 142). Les stratégies de protestation mettent en évidence les injustices de diverses formes de stigmatisation et de discrimination. Il existe quelques études suggérant que la protestation peut influencer positivement les comportements stigmatisants (56). Cependant, il existe un risque d'effet « rebond » involontaire par lequel les préjugés sur un groupe restent inchangés ou s'aggravent suite à ce genre d'approche.

Les approches éducatives de la stigmatisation remettent en question les stéréotypes inexacts sur les maladies mentales, les remplaçant par des informations factuelles. Elles comprennent des messages d'intérêt public, des livres, des dépliants, des films, des vidéos, des pages Web, des podcasts, la réalité virtuelle et d'autres aides audiovisuelles. De nombreuses recherches ont été effectuées sur les approches éducatives montrant en grande partie une amélioration à court terme des attitudes liées à la dangerosité et au blâme. Cependant, certains programmes ont des effets inattendus. Par exemple, un programme visant à remettre en question les croyances selon lesquelles les personnes atteintes de maladies sont responsables de leur état diminue la stigmatisation liée à la « responsabilité » mais pourrait renforcer le stéréotype « d'incapacité ».

La troisième stratégie pour réduire la stigmatisation est le contact interpersonnel avec les membres du groupe stigmatisé. Les membres de la population générale qui rencontrent et interagissent avec des personnes atteintes de maladie mentale corrigent leurs préjugés. L'attitude des participants à des programmes de lutte contre la stigmatisation qui impliquent d'interagir avec une personne atteinte de trouble psychiatrique s'améliorent significativement, de manière plus importante qu'avec les approches de protestation ou d'éducation (142) (3). Le contact social est le type d'intervention le plus efficace pour améliorer les connaissances et les attitudes liées à la stigmatisation à court terme.

5.2. Des interventions spécifiques aux professionnels de santé

La lutte contre la stigmatisation par les professionnels de santé commence par la prise de conscience de son existence au sein de toutes les structures de soins. Le manque de sensibilisation, les préjugés inconscients et attitudes cachées peuvent sous-tendre des comportements liés à la stigmatisation. Chez de nombreux soignants, ce n'est qu'en recevant une formation anti-stigmatisation qu'ils peuvent

prendre conscience de l'impact de ces croyances et comportements, aussi subtils ou involontaires soient-ils, sur l'expérience de stigmatisation vécue par les patients (6). Ainsi, il est nécessaire de repérer les aspects stigmatisants de la pratique clinique, à commencer par le processus de labellisation autour du diagnostic psychiatrique. De même, il semble important de renforcer les liens entre la psychiatrie et les autres spécialités médicales afin de lutter contre les stéréotypes sur les psychiatres et leurs patients et de contribuer à l'intégration de la psychiatrie dans les soins de santé « généraux ». Dans la mesure où les médias peuvent renforcer les stéréotypes, ils peuvent aussi être un outil puissant dans la lutte contre la stigmatisation liée à la santé mentale (83). Chez les professionnels de santé, le contact social est, comme pour le grand public, le type d'intervention le plus efficace pour améliorer les connaissances et les attitudes liées à la stigmatisation à court terme (3). Cependant, le contact avec des patients atteints de maladie mentale peut mener à des expériences à la fois positives et négatives. Si leur expérience renforce leur stéréotype négatif selon lequel les patients atteints de maladie mentale sont dangereux, les soignants peuvent potentiellement stéréotyper davantage tous les patients atteints de maladie mentale (141). A l'hôpital, on rencontre une majorité de formes sévères ou résistantes de troubles psychiatriques, les soignants y voient donc un échantillon faussé de personnes atteintes de maladie mentale, ce qui peut conduire à renforcer le stéréotype sur le mauvais pronostic et les croyances pessimistes.

Certaines initiatives anti-stigmatisation ciblent particulièrement les professionnels de santé telles que le programme *Opening Minds* au Canada, en place depuis 2009 qui utilise l'éducation par des contacts sociaux comme élément central de toutes les interventions (7). L'éducation jouant un rôle dans la réduction de la stigmatisation en augmentant les connaissances sur la santé mentale, de nombreuses campagnes s'intéressent à la formation du personnel soignant sur ces questions, notamment les étudiants en médecine.

5.3. Le cas des étudiants en médecine

Les étudiants en médecine représentent une cible importante des actions anti-stigmatisation. De nombreuses études évaluent l'efficacité de ces interventions au moyen d'échelles psychométriques. Comme le grand public et le personnel soignant, les étudiants en médecine portent une stigmatisation à l'égard de la maladie mentale. Il est possible de modifier ces attitudes positivement en combinant des cours théoriques (enseignement didactique, cas cliniques) et des méthodes impliquant le contact direct avec des personnes atteintes de troubles psychiatriques (intervention éducative basée sur un contact unique, séances de « corrélations cliniques »...) (143). Des connaissances précises peuvent aider à corriger la désinformation et à réduire l'ignorance en particulier lorsqu'elles sont combinées à des stratégies de contact. L'amélioration des attitudes envers la maladie mentale ne se traduit pas forcément par un intérêt accru pour la poursuite d'une carrière en psychiatrie. D'autres préoccupations demeurent telles que le fait d'être eux-mêmes stigmatisés « par association ». Au-delà des connaissances et du contact, l'accompagnement des étudiants en médecine par un psychiatre dans leurs stages peut-être un outil puissant pour combattre la stigmatisation. Il s'agit pour les psychiatres

d'agir comme des « modèles » en débriefant et en traitant directement les incidents de stigmatisation et de discrimination avec les étudiants (91).

Ainsi, un stage en psychiatrie au cours du cursus médical, combinant éducation et contact, serait un moyen efficace d'améliorer l'attitude des étudiants à l'égard des troubles mentaux et de la psychiatrie (144). En 2014, des psychiatres français dressaient un état des lieux de la formation en psychiatrie des médecins généralistes en France (145). Ils déplorent le fait qu'il n'y ait pas de stage en psychiatrie obligatoire pendant l'externat et qu'il existe peu d'occasions pour un interne en médecine générale d'en réaliser un au cours de son internat. Ce manque de formation pratique contraste fortement avec la fréquence des troubles psychiatriques rencontrés en médecine générale. Une autre étude réalisée en France en 2017 a étudié les attitudes stigmatisantes envers la psychiatrie et les pathologies psychiatriques d'étudiants en médecine de 4^{ème} année, étant en stage soit de neurologie, soit de psychiatrie, avant et après les cours théoriques de psychiatrie. Il en résulte que attitudes stigmatisantes ne s'améliorent significativement que chez les externes ayant réalisé un stage en psychiatrie (146).

Un stage obligatoire dans un service de psychiatrie pendant les études de médecine semble être un moyen efficace pour diminuer les conduites stigmatisantes et discriminantes dans l'objectif à terme d'améliorer la prise en charge globale des personnes ayant un trouble psychiatrique.

PARTIE 2 : ÉTUDE PERSONNELLE : REPRESENTATION DES PERSONNES ATTEINTES DE TROUBLES PSYCHIATRIQUES CHEZ LES INTERNES EN MEDECINE FRANÇAIS

1. OBJECTIFS DE L'ÉTUDE

Nous avons mené une enquête auprès des internes en médecine français. L'objectif principal était d'évaluer les attitudes et comportements des internes en médecine vis-à-vis des personnes atteintes de maladie psychiatrique en fonction de l'expérience ou non d'un stage en psychiatrie au cours de leurs études. Les objectifs secondaires étaient de vérifier

- la validité de l'échelle OMS-HC que nous avons traduite en français,
- de décrire les niveaux de stigmatisation dans la population étudiée,
- l'influence d'autres facteurs comme l'expérience personnelle et le type de spécialité sur les attitudes et comportements.

2. MÉTHODES

2.1. Population étudiée

2.1.1. Choix de la population étudiée

La représentation des personnes atteintes de troubles mentaux par le personnel soignant est un vaste sujet de recherche comme nous l'avons vu précédemment. Que ce soit dans les professions paramédicales ou médicales, de nombreuses études ont pu montrer qu'il existait des attitudes « stigmatisantes » envers les personnes atteintes de troubles psychiatriques (83).

Dans cette enquête, nous avons fait le choix d'évaluer cette représentation chez de jeunes médecins encore en formation, futurs acteurs et décisionnaires de soin. Un meilleur niveau de connaissance sur la psychiatrie et les troubles psychiatriques pourraient améliorer ces attitudes (147). Les expériences vécues tant au niveau personnel que professionnel peuvent avoir un impact sur ces attitudes. De même, au-delà de la formation théorique en psychiatrie, on peut imaginer qu'une sensibilisation aux préjugés en santé mentale pourrait également améliorer ces attitudes. Ainsi, le choix de la population étudiée s'est porté sur les internes en médecine français selon plusieurs arguments :

- Il s'agit d'une population relativement homogène : tant au niveau de l'âge, du mode de vie, de l'expérience, que de la formation universitaire supposée « récente ».
- Ils ont tous bénéficié d'une formation au moins théorique en psychiatrie lors du 2^{ème} cycle d'études.
- Ils ont déjà réalisé au moins trois ans de stages hospitaliers lors de leur externat, ce qui leur permet d'appréhender *a minima* la prise en charge globale d'un patient.

- Ils sont au cœur du soin et sont amenés selon à prendre directement en charge des patients souffrant, entre autres, de troubles psychiatriques, quelle que soit leur spécialité.
- Ils sont susceptibles d'être de plus grands réponders aux enquêtes en ligne, en raison de leur présence plus importante sur les réseaux sociaux et étant eux-mêmes impliqués dans un travail universitaire.
- Il existe des supports regroupant de nombreux internes de toute la France par l'intermédiaire des syndicats de représentants et leurs réseaux sociaux. Par conséquent, il n'y a pas de nécessité à se restreindre à une ville ou une région, ce qui permet d'obtenir un plus grand nombre de réponses et de lisser d'éventuels biais liés à la formation universitaire ou au classement de l'ECN.

2.1.2. Méthode de recrutement

En France, on estime qu'il y a environ 32 000 internes en médecine en poste toutes spécialités confondues (source : ISNI). Il n'existe pas de référencement officiel des internes exerçants, bien que l'enregistrement dans le Répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS) soit obligatoire depuis 2018. Environ 11 000 internes sont répertoriés par leur numéro RPPS sur l'annuaire santé, mais seulement 14 disposent d'un mail accessible. A l'issue de l'Examen Classant National (ECN), les internes sont systématiquement rattachés à une subdivision qui constitue un espace géographique comportant un ou plusieurs CHU. Chaque subdivision dispose d'une association de représentation ou d'un syndicat d'interne. Nous avons donc décidé d'utiliser ces réseaux associatifs et syndicaux, afin d'avoir accès à la population étudiée.

Une première phase de diffusion a eu lieu à partir du 4 janvier 2021 par l'intermédiaire du groupe Facebook « les internes de France » qui présentait alors 9920 membres. Il est administré par les structures représentant les internes sur le plan national : l'ISNI (Intersyndicale Nationale des Internes) et l'ISNAR-IMG (InterSyndicale Nationale Autonome Représentative des Internes de Médecine Générale). En parallèle, l'ISNI ainsi que les associations ou syndicats d'internes locaux des 28 subdivisions de France (métropolitaine et outre-mer) ont été directement contactés par mail et encouragés à diffuser le questionnaire auprès de leurs réseaux ou mailing-list d'adhérents. Les résultats ont été relevés le 15 mars 2021, soit après un peu plus de deux mois de diffusion.

2.2. Collection des données

Le questionnaire soumis aux participants comportait plusieurs parties. Une première partie était composée de questions principalement fermées afin de mieux caractériser la population étudiée et la deuxième partie était consacrée à un questionnaire sur les attitudes et intentions comportementales que nous souhaitons étudier.

Ainsi, la première partie du questionnaire comprenait le genre, la tranche d'âge (18-25, 25-30, >30), le département d'exercice, l'avancement dans l'internat (phase : socle, approfondissement, consolidation, ancien régime, année recherche), la spécialité de diplôme d'études spécialisée (DES). Il était ensuite demandé aux répondants s'ils avaient effectué un stage en psychiatrie durant leur cursus ou non, puis

on interrogeait leur expérience personnelle (proche atteint de maladie mentale : oui/non) et professionnelle (participation à la prise en charge d'un patient présentant un trouble psychiatrique : oui/non) face à la maladie mentale.

Les spécialités ont été regroupées selon le type de diplôme (médecine, chirurgie ou biologie) avec une distinction faite au sein des spécialités médicales pour la psychiatrie (confrontés spécifiquement à la santé mentale) et la médecine générale (qui du fait de son importance dans le soin primaire est aussi largement confronté à la santé mentale).

Enfin, la deuxième partie était consacrée à un outil de mesure de la stigmatisation. En tout, la durée de passation du questionnaire a été estimée à cinq minutes.

2.3. Mesure de la stigmatisation

2.3.1. Choix de l'outil de mesure

Réduire les conséquences de la stigmatisation de la maladie mentale est l'un des enjeux majeurs de la prise en charge en psychiatrie à l'international selon le dernier plan de santé mentale de l'OMS (148). Afin de vérifier l'efficacité des interventions mises en place (par exemple une campagne de déstigmatisation), il est primordial de disposer d'outils fiables évaluant la stigmatisation. Ces dernières décennies, de nombreux outils de mesure de la stigmatisation ont été testés et validés (130). Il existe notamment des outils construits spécifiquement pour estimer cette stigmatisation chez le personnel soignant (149).

Une revue de la littérature parue en 2019 a étudié les propriétés psychométriques des principaux questionnaires évaluant la stigmatisation liée à la santé mentale chez les professionnels de santé (150). Parmi les 15 outils étudiés, l'OMS-HC était l'instrument qui avait les meilleures propriétés psychométriques. L'OMS-HC (*Opening Minds Stigma Scale for Health Care Providers*) a été développé en 2012 par Kassam *et al* dans le but d'évaluer les interventions anti-stigmatisation chez le personnel soignant (8). Il s'agit d'un auto-questionnaire mesurant les attitudes et intentions comportementales envers les personnes souffrant de maladie psychiatrique. Il a été appliqué à des populations de médecins, infirmiers, étudiants en médecine, psychologues, pharmaciens et validé à l'international (151, 152, 153, 154).

Dans le cadre de notre étude, il était important que le questionnaire soit rapide à passer pour ne pas décourager les répondants, que les questions soient claires, accessibles, spécifiques au personnel soignant et bénéficiant d'un bon niveau de preuve. Ainsi le choix s'est porté sur l'échelle OMS-HC qui comporte 20 items utilisant une échelle de Likert à 5 propositions (de 1 = « pas du tout d'accord » à 5 = « tout à fait d'accord »). Une traduction libre de l'échelle OMS-HC validée en anglais vers le français a été réalisée par nos soins, puis une rétro-traduction a été effectuée par un anglophone natif afin de vérifier la concordance avec l'échelle initiale (84, 151). Les quelques discordances ont été facilement résolues par accord mutuel entre les traducteurs et rétro-traducteur.

2.3.2. Score OMS-HC

La première version de l'échelle OMS-HC comportait 20 éléments. Les scores peuvent varier de 20 à 100 et un score élevé suggère des attitudes plus stigmatisantes. Les items 3, 8, 9, 10, 11, 15, 19 ont une notation inversée. Le **Tableau S1**, figurant en annexe reprend les 20 éléments de l'échelle et la répartition des réponses selon l'échelle de Likert à 5 propositions. Une deuxième version de l'échelle à 15 items a été étudiée et validée dans plusieurs études avec des analyses factorielles proposant un regroupement en trois facteurs : l'attitudes envers les personnes atteintes de maladie mentale, l'attitude envers la divulgation de la maladie mentale et la distance sociale (151). Plus le score est élevé, plus la stigmatisation est élevée.

2.4. Analyses statistiques

Le questionnaire a été réalisé sur *Google Form* et les résultats ont été traités sur le logiciel *Ibm SPSS Statistics 25*.

Dans un premier temps, nous avons décrit les caractéristiques de notre échantillon. Pour les variables qualitatives, nous avons utilisé des nombres et des proportions et, pour les variables quantitatives, la moyenne et l'écart type.

Les données démographiques sont exprimées en taille d'échantillon (N) avec un pourcentage (%) et le score de stigmatisation par sa moyenne et son écart type. Des analyses univariées comparatives des scores de stigmatisation ont été effectués à l'aide des tests t-student ou ANOVA à un facteur selon le nombre de groupes comparés.

Afin d'évaluer l'impact d'un stage effectué en psychiatrie sur le niveau de stigmatisation, des analyses multivariées ont été réalisées avec des régressions linéaires utilisant le score total comme variable continue à expliquer, après vérification du respect de la loi normale. La principale variable explicative était un stage effectué en psychiatrie. Les variables statistiquement associées ($p < 0,05$) lors des analyses univariées ont été incluses dans un modèle de régression linéaire multivarié comme variables explicatives. Les variables « genre » et « tranches d'âge » ont été forcées dans le modèle.

Afin d'avoir une meilleure idée de l'effet de ces différents facteurs sur le niveau de stigmatisation, nous avons considéré la médiane du score OMS-HC à 20 items obtenue dans notre échantillon comme le seuil définissant un score haut de stigmatisation de l'échelle. Nous avons ensuite réalisé un modèle multivarié de régression logistique afin d'identifier les caractéristiques des internes associés à un haut niveau de stigmatisation. Le passage en stage de psychiatrie était la principale variable explicative. Les covariables incluses dans le modèle étaient la prise en charge d'un patient atteint de troubles psychiatriques, le fait d'avoir un proche atteint, le genre, l'âge et le type de discipline exercée.

3. RÉSULTATS

Sur les 1072 répondants au questionnaire, 19 ont été exclus car ne répondaient pas au critère d'inclusion principal d'être interne en médecine (**Figure 2**), notamment des internes en pharmacie, pharmaciens ou médecins généralistes installés et remplaçants non thésés mais en exercice. Les analyses ont été effectuées sur 1053 réponses enregistrées qui ne contenaient aucune donnée manquante.

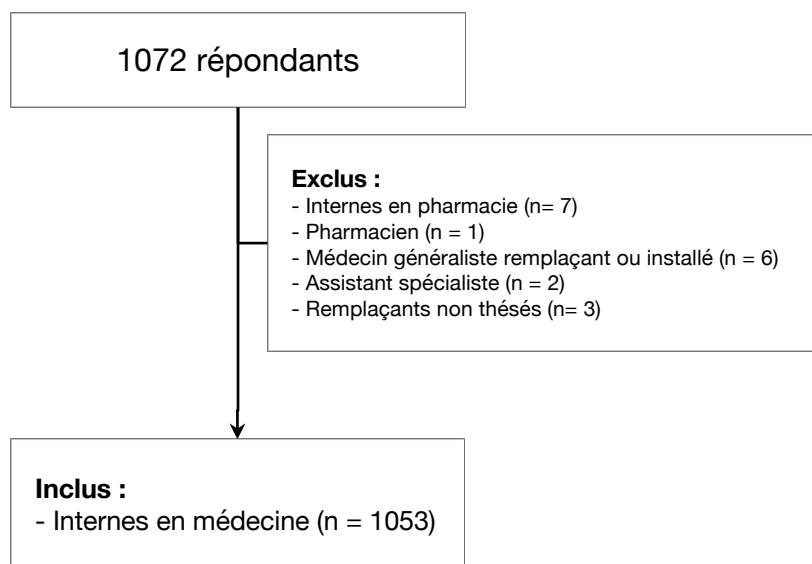


Figure 2. Diagramme de flux

3.1. Description de l'échantillon de population

Les caractéristiques de l'échantillon de population étudié sont résumées dans le **Tableau 1**. Les pourcentages d'effectif sont rapportés au nombre total de répondant inclus (N = 1053). Les villes des subdivisions géographiques ont été regroupées par région et les spécialités par type de discipline. Plus de 74% des répondants étaient des femmes, 67% étaient situés dans la tranche d'âge des 25-30 ans. Toutes les subdivisions géographiques sont représentées ainsi que la majorité des spécialités de DES possibles (42 spécialités sur 44), elles sont détaillées en annexe (**Tableau S2.**). On retrouvait 31,1% des répondants en médecine générale, 7,4% en chirurgie, 6,8% en psychiatrie et 52,7% dans des spécialités médicales (hors médecine générale et psychiatrie). Presque la moitié (49,3%) des répondant étaient en « phase socle » (correspondant à la 1^{ère} année d'internat) et 42% étaient en « phase d'approfondissement » (correspondant à des internes de la 2^{ème} à la 4^{ème} année d'internat). Enfin, 44,8% ont déclaré avoir un proche atteint de maladie mentale, 90,3% aurait déjà pris en charge un patient atteint de maladie mentale et 54,3% seraient passés en stage de psychiatrie au cours de leur cursus (**Tableau 2.**).

Tableau 1. Caractéristiques de l'échantillon d'internes en médecine étudié et comparaison des scores de stigmatisation dans les sous-groupes de chaque caractéristique (OMS-HC 20 items)

Caractéristiques			Scores OMS-HC		
	N	%	Moyenne	Écart type	p*
Population totale	1053	100%	47,12	8,384	
Genre					0,090
Femme	780	74,1%	46,86	8,24	
Homme	273	25,9%	47,86	8,75	
Tranches d'âge					0,152
18-25 ans	304	28,9%	46,66	8,41	
25-30 ans	706	67,0%	47,43	8,21	
>30 ans	43	4,1%	45,35	10,70	
Avancement dans l'internat (phase)					0,050
En phase socle (1 ^{ère} année)	519	49,3%	46,50	8,27	
En phase approfondissement (2 ^{ème} à 4 ^{ème} année)	442	42,0%	47,63	8,36	
En phase de consolidation (4 ^{ème} année)	38	3,6%	50,00	9,96	
Ancien régime (5 ^{ème} année)	51	4,8%	47,33	8,04	
Année recherche	2	0,2%	39,00	2,83	
Non précisé	1	0,1%	44,00	.	
Regroupement des spécialités par type de diplôme d'étude spécialisé (DES)					<0,001
Discipline biologie	20	1,9%	48,80	8,33	
Discipline chirurgicale	78	7,4%	49,17	8,07	
Discipline médicale (hors médecine générale et psychiatrie)	555	52,7%	47,94	8,26	
Spécialité médecine générale	328	31,1%	46,59	8,34	
Spécialité psychiatrie	72	6,8%	40,56	6,61	
Régions					0,287
Auvergne-Rhône-Alpes	89	8,5%	45,89	8,36	
Bourgogne-Franche-Comté	84	8,0%	48,06	8,99	
Bretagne	19	1,8%	46,74	9,57	
Centre-Val de Loire	17	1,6%	47,65	7,61	
DOM-TOM	13	1,2%	44,08	7,42	
Grand Est	73	6,9%	47,37	9,55	
Hauts-de-France	191	18,1%	47,94	8,20	
Ile-de-France	186	17,7%	45,75	8,65	
Normandie	78	7,4%	48,65	7,75	
Nouvelle Aquitaine	134	12,7%	48,13	8,14	
Occitanie	82	7,8%	46,87	7,58	
Pays de la Loire	42	4,0%	46,26	7,70	
Provence-Alpes-Côte d'Azur	45	4,3%	46,04	8,14	

*Analyse univariée. Test t-Student (si 2 variables) et ANOVA à un facteur (si >2 variables)

Tableau 2. Comparaison des scores de stigmatisation (OMS-HC 20 items) en fonction de l'expérience personnelle et professionnelle des troubles psychiatriques dans l'échantillon d'interne en médecine

N = 1053				Scores de stigmatisation		
		Effectif	(%)	Moyenne	Écart type	p*
Proche atteint d'un trouble psychiatrique				<0,001		
	Oui	472	44,8%	45,44	8,34	
	Non	535	50,8%	48,51	8,12	
	Je ne sais pas	46	4,4%	48,20	8,88	
Prise en charge d'un patient atteint de trouble psychiatrique				<0,001		
	Oui	951	90,3%	46,65	8,27	
	Non	93	8,8%	51,45	8,03	
	Je ne sais pas	9	0,9%	51,67	10,25	
Passage en stage de psychiatrie				<0,001		
	Oui	572	54,3%	45,62	8,31	
	Non	481	45,7%	48,90	8,13	

*Analyse univariée. Test t-Student (si 2 variables) et ANOVA à un facteur (si >2 variables)

3.2. Description des internes ayant effectué ou non un stage en psychiatrie

On s'est intéressé aux caractéristiques des internes ayant effectués un stage en psychiatrie pendant leur cursus (**Tableau 3.**). Parmi les internes ayant une expérience personnelle de la maladie mentale, 61,2% ont eu l'occasion de faire un stage en psychiatrie. On remarque aussi que 40,9% des internes de médecine générale de l'échantillon n'ont jamais fait de stage en psychiatrie.

Tableau 3. Caractéristiques des internes ayant effectué ou non un stage en psychiatrie au cours de leur cursus.

Passage en stage de psychiatrie :		Oui	Non
Effectif N = 1053 (100%)		N = 572 (54,3%)	N = 481(45,7%)
Genre			
Femme		419 (53,7%)	361 (46,3%)
Homme		153 (56,0%)	120 (44,0%)
Tranches d'âge			
18-25 ans		162 (53,3%)	142 (46,7%)
25-30 ans		382 (54,1%)	324 (45,9%)
>30 ans		28 (65,1%)	15 (34,9%)
Proche atteint d'une maladie mentale			
Oui		289 (61,2%)	183 (38,8%)
Non		257 (48,0%)	278 (52,0%)
Je ne sais pas		26 (56,5%)	20 (43,5%)
Type de diplôme d'étude spécialisé (DES)			
Discipline biologie		7 (35,0%)	13 (65,0%)
Discipline chirurgicale		32 (41,0%)	46 (59,0%)
Discipline médicale (hors médecine générale et psychiatrie)		268 (48,3%)	287 (51,7%)
Spécialité médecine générale		194 (59,1%)	134 (40,9%)
Spécialité psychiatrie		71 (98,6%)	1 (1,4%)

3.3. Étude de la validité de l'échelle OMS-HC

La cohérence interne était acceptable pour toutes les versions de l'échelle OMS, avec un alpha de Cronbach égal à 0,75 pour les versions à 20 et 15 items. La cohérence interne de chaque sous échelle (attitude, divulgation et recherche d'aide et distance sociale) était supérieure à 0,60 (alpha respectifs égaux à 0,67 ; 0,66 ; 0,61). Des scores similaires étaient retrouvés dans les études évaluant les propriétés psychométrique de l'échelle OMS-HC (151). Dans la littérature, on considère qu'un alpha de Cronbach supérieur à 0,70 est acceptable, cependant il peut être plus faible pour les sous-échelles du fait du plus petit nombre d'items (155).

Les sous-échelles OMS-HC étaient fortement corrélées avec le score total de l'échelle à 20 items (attitude: $r = 0,77$, divulgation: $r = 0,66$, distance sociale: $r = 0,70$) et corrélées entre elles (attitude et divulgation: $r = 0,26$, attitude et distance sociale: $r = 0,39$, divulgation et distance sociale: $r = 0,26$).

3.4. Scores de stigmatisation de la population étudiée

Sur les 1053 répondants, le score moyen de l'échelle OMS-HC à 20 items était de 47,12 (écart-type 8,38) avec une médiane de 47 (minimum à 20 et un maximum à 78) (**Tableau 4.**). Lorsque l'on ramenait les sous-échelles au nombre d'items qui les composaient, on trouvait un score significativement plus élevé pour la « divulgation et recherche d'aide » ($M = 2,93$, $ET = 0,85$) pour l'ensemble de l'échantillon. A l'inverse le score « distance sociale » était significativement inférieur ($M = 1,75$, $ET = 0,57$) au score moyen (**Tableau 5.**).

Un tableau comparatif des moyennes et des écarts-types de l'OMS-HC à 20 items est également présenté dans le **Tableau 1**. Les scores totaux et de la sous-échelle ont été stratifiés par sous-groupes. Les tests univariés ne retrouvaient pas de différence significative entre les hommes et les femmes, ni sur les tranches d'âge. Les répondants qui ont indiqué avoir un proche atteint de maladie mentale avaient des scores moyens globaux inférieurs à ceux qui n'en avaient pas ($p < 0,001$), de même pour les répondants qui ont indiqué avoir déjà pris en charge un patient atteint d'un trouble psychiatrique et fait un stage en psychiatrie au cours de leurs études.

Tableau 4. Scores moyens de stigmatisation selon les différentes échelles et sous-échelles OMS-HC.

Effectif total N = 1053	Nb items	Moyenne	Min	Max	Écart type
Échelle OMS-HC à 20 items	20	47,12	20,00	78,00	8,38
Échelle OMS-HC à 15 items	15	35,76	19,00	62,00	6,56
Sous-échelle 1 : attitudes envers les personnes atteintes de maladie mentale (1, 12, 13, 14, 18, 20)	6	14,05	6,00	28,00	3,83
Sous-échelle 2 : divulgation et recherche d'aide (4, 6, 7, 10*)	4	11,70	4,00	20,00	3,40
Sous-échelle 3 : distance sociale (3*, 8*, 9* 17, 19*)	5	8,73	5,00	23,00	2,85

*notation inversée

Tableau 5. Comparaison des scores moyens des sous-échelles de stigmatisation ramenés au nombre d'items

	Moyenne	Écart-type	t	p
Échelle OMS-HC à 20 items	2,36	0,42		
Sous-échelle 1 : attitudes envers les personnes atteintes de maladie mentale	2,34	0,64	-0,725	0,468
Sous-échelle 2 : divulgation et recherche d'aide	2,93	0,85	21,756	<0,001
Sous-échelle 3 : distance sociale	1,75	0,57	-34,738	<0,001

3.5. Influence de l'expérience d'un stage en psychiatrie sur le niveau de stigmatisation

Le score moyen total obtenu était significativement inférieur chez les internes ayant réalisé un stage en psychiatrie au cours de leur cursus par rapport aux autres internes, respectivement 45,62 et 48,90 ($t = 6,45$; $ddl = 1051$; $p < 0,001$). On retrouvait également un score significativement inférieur pour les sous-échelles « attitudes » et « distance sociale » mais pas pour la sous-échelle « divulgation » (**Tableau 6**).

Tableau 6. Scores moyens de stigmatisation en fonction d'un passage en psychiatrie au cours des études médicales (analyses univariées).

Stage de psychiatrie	Oui (N = 572)	Non (N = 481)			
	Moy (écart-type)	Moy (écart-type)	t	ddl	p
Effectif total 1053					
Échelle OMS-HC 20 items	45,62 (8,31)	48,90 (8,13)	6,45	1051	<0,001
Sous-échelle « attitudes »	13,07 (3,80)	15,22 (3,53)	9,50	1040	<0,001
Sous-échelle « divulgation »	11,58 (3,50)	11,85 (3,27)	1,32	1051	0,187
Sous-échelle « distance sociale »	8,41 (2,79)	9,10 (2,89)	3,92	1051	<0,001

Les résultats du modèle de régression linéaire multivarié sont exposés dans le **Tableau 7**. Le passage en stage en psychiatrie est indépendamment associé à un score de stigmatisation obtenu sur l'échelle OMS-HC, ainsi que la prise en charge d'un patient atteint de trouble psychiatrique et le fait d'avoir un proche atteint de trouble psychiatrique. L'absence d'expérience en stage en psychiatrie apparaissait comme un facteur de risque d'être plus stigmatisant. Dans ce modèle le fait d'être un homme est également significativement associé à un score de stigmatisation plus élevé, ce que l'on ne retrouvait pas dans l'analyse univariée. On constate que le passage en stage en psychiatrie ($\beta = 0,152$; $p < 0,001$) avait un effet semblable au fait d'avoir un proche atteint ($\beta = 0,150$; $p < 0,001$) et légèrement supérieur au fait d'avoir déjà pris en charge un patient ($\beta = 0,141$; $p < 0,001$) sur le niveau de stigmatisation. Son effet était plus de deux fois supérieur à l'effet du genre ($\beta = 0,066$; $p < 0,026$) qui apparaissait comme un faible facteur de risque. L'effet collectif de ces variables était modéré car le R square ajusté était de 0,080.

Tableau 7. Facteurs associés au score total de l'échelle OMS-HC de stigmatisation (modèle multivarié de régression linéaire)

	Score OMS-HC (m, ET)	Coefficient de régression B	Coefficient standardisé beta	IC 95%	p
Tranches d'âge		0,400	0,025	-0,542 ; 1,343	0,405
18-25 ans	46,66 (8,41)				
25-30 ans	47,43 (8,21)				
>30 ans	45,35 (10,70)				
Genre		1,268	0,066	0,154 ; 2,382	0,026
Femme	46,86 (8,24)				
Homme	47,86 (8,75)				
Passage en stage en psychiatrie		2,568	0,152	1,564 ; 3,565	<0,001
Oui	45,62 (8,31)				
Non	48,90 (8,13)				
Prise en charge d'un patient atteint de troubles psychiatriques		3,532	0,141	2,045 ; 5,018	<0,001
Oui	46,65 (8,27)				
Non	51,45 (8,03)				
Ne sait pas	51,67 (10,25)				
Proche atteint d'un trouble psychiatrie		2,191	0,150	1,335 ; 3,046	<0,001
Oui	45,44 (8,34)				
Non	48,51 (8,12)				
Ne sait pas	48,20 (8,88)				
Spécialités regroupées selon discipline		-0,530	0,058	-1,067 ; 0,008	0,054
Discipline biologie	48,80 (8,33)				
Discipline chirurgicale	49,17 (8,07)				
Discipline médicale (hors médecine générale et psychiatrie)	47,94 (8,26)				
Spécialité médecine générale	46,59 (8,34)				
Spécialité psychiatrie	40,56 (6,61)				

Afin d'avoir une meilleure idée de l'effet de ces différents facteurs sur le niveau de stigmatisation, nous avons considéré la médiane ($m = 47$) du score OMS-HC à 20 items obtenue dans notre échantillon comme le seuil définissant un score haut de stigmatisation de l'échelle. Ainsi on retrouve « les moins stigmatisants » avec un score $< \text{ou} =$ à 47 et « les plus stigmatisant » avec un score $>$ à 47. Nous avons réalisé un modèle multivarié de régression logistique en reprenant les facteurs associés précédents (**Tableau 8**). Ainsi, ne pas avoir fait l'expérience d'un stage en psychiatrie était associé à un risque augmenté de 45% d'être plus stigmatisant (OR 1,45, IC95% [1,117 ; 1,889], $p < 0,005$). De même, ne pas avoir de proche atteint de maladie mentale était associé avec un risque augmenté de 62% le risque d'être plus stigmatisant (OR 1,62, IC95% [1,248 ; 2,104], $p < 0,001$). Le genre et l'âge n'étaient pas significativement associés à une plus grande stigmatisation dans ce modèle. L'absence de prise en charge d'un patient atteint de troubles psychiatriques était associée avec un risque multiplié par un facteur supérieur à deux d'être plus stigmatisant (OR 2,36, IC95% [1,471 ; 3,797], $p < 0,001$). A l'inverse être interne en psychiatrie était associé à un risque réduit de 76% d'être plus stigmatisant (OR 0,236, IC95% [0,116 ; 0,484], $p < 0,001$). On ne retrouvait pas de résultats significatifs concernant les autres spécialités, l'âge ou le genre.

Tableau 8. Facteurs associés au risque d'être « plus stigmatisant » (modèle multivarié de régression logistique)

	Score OMS-HC élevé (n, %)	Odd Ratio	IC 95% OR	p
Tranches d'âge				
	18-25 ans	128 (42,1%)	1	
	25-30 ans	344 (48,7%)	1,392	1,048 ; 1,850
	>30 ans	19 (44,2%)	1,157	0,592 ; 2,261
Genre				
	Femme	352 (41,1%)	1	
	Homme	139 (50,9%)	1,255	0,940 ; 1,675
Passage en stage en psychiatrie				
	Oui	225 (39,3%)	1	
	Non	266 (55,3%)	1,453	1,117 ; 1,889
Prise en charge d'un patient atteint de trouble psychiatrique				
	Oui	422 (44,4%)	1	
	Non	64 (68,8%)	2,364	1,471 ; 3,797
	Ne sait pas	5 (55,6%)	1,180	0,307 ; 4,538
Proche atteint d'un trouble psychiatrique				
	Oui	186 (39,4%)	1	
	Non	281 (52,5%)	1,620	1,248 ; 2,104
	Ne sait pas	24 (52,2%)	1,752	0,933 ; 3,293
Type de discipline				
	Médecine générale	151 (46,0%)	1	
	Médicale (hors médecine générale, hors psychiatrie)	273 (49,2%)	1,053	0,794 ; 1,397
	Chirurgie	46 (59,0%)	1,411	0,839 ; 2,372
	Psychiatrie	10 (13,9%)	0,236	0,116 ; 0,484
	Biologie	11 (55,0%)	1,212	0,475 ; 3,092

Le « score OMS-HC élevé » représente les scores supérieurs au seuil défini par la médiane de l'échantillon.

4. DISCUSSION

4.1. Synthèse des principaux résultats

Comme on pouvait s'y attendre au vu des résultats des études antérieures (91, 144), le fait de réaliser un stage en psychiatrie au cours de son cursus diminue le niveau de stigmatisation global chez les internes en médecine français. On observe un effet positif sur les attitudes envers les personnes atteintes de troubles psychiatriques et sur la distanciation sociale. En ce qui concerne la divulgation d'un trouble ou la recherche d'aide, on ne retrouve pas de différence de score. Il semble persister une séparation « eux – nous » ou « patient – soignant », qui dans ce cas peut s'apparenter à de la stigmatisation intériorisée ou auto-stigmatisation. On peut émettre l'hypothèse que le passage en stage de psychiatrie permet de diminuer la stigmatisation publique mais n'a pas d'effet sur l'auto-stigmatisation.

Par ailleurs, on note que le facteur divulgation et recherche d'aide est significativement plus élevé que les autres facteurs pour tout l'échantillon de répondants, ce qui est similaire aux études précédentes (8, 156). Presque la moitié des répondants sont d'accord avec le fait qu'ils ne parleraient à aucun de leurs collègues de la prise d'un traitement pour une maladie psychiatrique (question n°4). Un tiers des internes de l'échantillon serait réticent à chercher de l'aide s'il avait un trouble psychiatrique (question n°7) et un sur cinq ne parlerait pas de son trouble à ses amis (question n°10). Comme dans le grand public, la réticence à rechercher de l'aide a un impact négatif sur la prise en charge psychiatrique et peut entraîner des conséquences importantes. Les étudiants en médecine, tout comme la population générale, peuvent être sujets à des troubles psychiatriques, certaines études montrent même qu'ils y sont plus exposés (157). L'épuisement professionnel des soignants et les suicides d'internes sont des sujets d'actualité préoccupants et il est important de comprendre le rôle qu'y joue la stigmatisation.

On retrouve des niveaux de stigmatisation inférieurs chez les personnes ayant une expérience professionnelle (prise en charge) ou personnelle (proche atteint) à l'égard de la maladie mentale. Le contact avec les patients atteints de troubles psychiatriques diminue la stigmatisation, ce qui est cohérent avec la littérature (47, 48, 3). Ainsi, prendre en charge des patients atteints de troubles psychiatriques diminue le risque d'être stigmatisant, ce qui s'illustre également par un score significativement plus bas chez les internes en psychiatrie qui en tout logique sont beaucoup plus régulièrement en contact avec ces patients. Dans la littérature, les psychiatres ne sont pas épargnés et peuvent avoir des attitudes négatives et comportements discriminants (158), ce qui est le cas dans notre étude d'un interne en psychiatrie sur sept. Globalement, être interne en psychiatrie apparaît plutôt être un facteur protecteur de stigmatisation.

On note que près d'un quart des répondants indiquent avoir des réactions négatives à l'égard des personnes atteintes de maladie mentale malgré leurs convictions professionnelles. On peut suggérer que le manque de compétences perçues pour appréhender ces troubles et le sentiment d'impuissance à

les traiter pourraient être responsables de ces réactions négatives. En effet, 70% des répondants indiquent être plus à l'aise pour aider les patients atteints de maladies somatiques que psychiatriques (question n°1) et 20% déclarent ne pas pouvoir faire grand-chose pour aider les patients atteints de troubles mentaux (question n°13). Là encore, le fait que les internes en psychiatrie présentent des scores de stigmatisation significativement plus bas que les autres spécialités permet d'émettre l'hypothèse que leur meilleur niveau de connaissance des troubles et de leur prise en charge a un impact positif sur les croyances et comportements. S'il est rassurant de constater que les futurs professionnels de santé mentale sont moins sujets aux attitudes négatives envers les patients qu'ils prennent en charge quotidiennement, il pourrait être intéressant d'étudier séparément la représentation des différents troubles (par exemple schizophrénie, troubles de l'humeur, troubles de la personnalité...). Cela permettrait de cibler spécifiquement les interventions aux troubles les plus concernés par la stigmatisation, méthode qui s'est montrée souvent plus efficace que les interventions « globales » sur les troubles mentaux (52).

Enfin, la version française de l'OMS-HC à 20 items, testée sur un large échantillon, montre de bonnes caractéristiques psychométriques avec une cohérence interne jugée acceptable. Il pourra être intéressant dans l'avenir d'évaluer sa reproductibilité avec un test/retest et de la comparer avec d'autres échelles validées en français mesurant la stigmatisation bien qu'il n'existe pas à ce jour de test de référence.

4.2. Propositions d'amélioration dans le contexte du cursus médical français actuel

Sensibiliser les étudiants au mécanisme de stigmatisation

Les formations universitaires médicales évoluent régulièrement au fil des années. On observe par exemple la mise en place d'enseignements obligatoires en « éthique » et en « relation au soin » intégrés dans l'unité d'enseignement n°1 (UE 1) "*Apprentissage de l'exercice médical et de la coopération interprofessionnelle*" au programme de DFASMI (4^e année de médecine) décrit dans l'arrêté du 8 avril 2013 (159). Ces enseignements sont dispensés sous différentes formes selon les facultés : stages d'écoute, études de vidéos, vignettes de jeux de rôles, groupes d'échange supervisés, « focus group » avec intervention d'associations de patients... Le thème de la santé mentale peut y être abordé, comme c'était le cas dans les « enseignements dirigés sur les préjugés en médecine » généralisés aux DFASMI de l'université Sorbonne-Université à partir de 2017. Cependant, il n'existe actuellement pas de programme national spécifique aux préjugés en santé mentale dans les études de médecine. Or nous avons vu que pour déconstruire des croyances et attitudes négatives à l'égard de la maladie mentale, il était primordial de prendre conscience de la stigmatisation et de ses processus. Ainsi, au-delà de l'enseignement théoriques des troubles psychiatriques, on pourrait imaginer une formation spécifique à la stigmatisation dès le 2^e cycle des études médicales.

Améliorer l'accès à un stage clinique de psychiatrie au cours de l'externat

Actuellement, les médecins en formation bénéficient d'une formation théorique obligatoire en psychiatrie et addictologie dispensée lors du 2^e cycle des études médicales (de la 4^e à la 6^e année). La formation pratique en stage spécialisé de psychiatrie pendant le 2^e cycle est quant à elle facultative et varie selon les universités et les terrains de stage disponibles. Ainsi, dans notre étude, la plupart des répondants déclarent avoir déjà participé à la prise en charge d'un patient atteint de trouble psychiatrique, mais seulement la moitié ont réalisé un stage pratique en psychiatrie. En sachant que la plupart des praticiens rencontreront au cours de leur carrière des patients souffrant de troubles psychiatriques et que la stigmatisation est présente dans tous les systèmes de soin, il semble important que le maximum d'étudiants y soient confrontés. Augmenter l'accès à un stage de psychiatrie au cours de l'externat pourrait être un moyen de lutter contre la stigmatisation, à condition d'accompagner ces étudiants sur ces questions.

Permettre la réalisation d'un stage clinique de psychiatrie au cours de l'internat de médecine générale

Enfin, lors du 3^e cycle (après l'Examen Classant National informatisé (ECNi)), les postes d'internat ouverts en service de psychiatrie sont presque tous occupés par des internes du DES (Diplôme d'étude spécialisé) psychiatrie. En effet, le stage de psychiatrie n'est obligatoire que dans les maquettes de DES de psychiatrie et de médecine du travail. Dans la maquette du DES de médecine générale, spécialité pourtant largement confrontée à la prise en charge primaire de personnes atteintes de troubles mentaux, seuls sont obligatoires les stages d'urgences, de pédiatrie, de gynécologie et de médecine générale ambulatoire. Dans notre échantillon, 40% des internes de médecine générale déclarent ne jamais avoir réalisé de stage en psychiatrie. Le manque perçu de compétences et le sentiment d'impuissance étant des facteurs reconnus de stigmatisation, il semble important d'accompagner les futurs médecins généralistes à la prise en charge des patients souffrant de troubles psychiatriques. Ainsi on pourrait envisager de rendre obligatoire un stage en psychiatrie dans la maquette de DES de médecine générale. Le stage aurait pour objectif un approfondissement de leurs connaissances des troubles psychiatriques et une participation effective à leur prise en charge au même titre que des internes du DES psychiatrie, il ne devrait pas se réduire au suivi somatique des patients. L'enjeu est d'autant plus important qu'une formation solide des praticiens généralistes conditionne une coopération efficace avec les psychiatres et optimise la prise en charge thérapeutique globale (145).

4.3. Limites de l'étude

Les questionnaires n'ont pas été distribués de façon randomisée et aléatoire puisqu'ils étaient disponibles en ligne sur la base du volontariat. On observe une surreprésentation des femmes par rapport aux hommes. Cependant, les répartitions par spécialités et subdivisions régionales sont globalement représentatives de la population cible. Par ailleurs, la présentation du questionnaire invitait les participants à prendre part à une étude évaluant la « représentation des personnes atteintes

de maladies mentales ». Le mot « stigmatisation » a été volontairement évité dans l'objectif de réduire le biais d'échantillonnage car des personnes auraient pu être plus susceptibles de participer si elles avaient un intérêt préexistant pour la stigmatisation. On ne peut exclure un intérêt particulier pour la psychiatrie.

On pourrait craindre que la nature d'auto-évaluation de l'OMS-HC ne conduise à sous-estimer le niveau de stigmatisation. En effet, un biais de désirabilité sociale pourrait conduire les participants à abaisser artificiellement leurs scores. Le biais de désirabilité sociale peut être défini comme la tendance des individus à rapporter des impressions favorables d'eux-mêmes sur des mesures qui déterminent des variables sociologiques et psychologiques d'intérêt. Certaines études ont essayé de mesurer ce biais vis-à-vis de l'échelle OMS-HC. L'une d'elle retrouvait une faible corrélation significative entre le score total de l'OMS-HC et le score de l'échelle de désirabilité sociale de Marlowe-Crowne (8). Une autre ne retrouvait pas de corrélation entre ces deux échelles suggérant que l'OMS-HC n'était pas susceptible d'être affectée par un tel biais (160). Dans notre étude, le biais de désirabilité sociale n'a pas été étudié et ne peut être exclu. Cependant, nous pouvons avoir une idée de la prévalence minimale de la stigmatisation dans la population étudiée. En outre, l'échelle OMS-HC mesure les intentions et comportements et non des comportements réels. Une différence entre les attitudes mesurées et les comportements réels ne peut être exclue non plus.

Au vu de la diversité des méthodes de choix de stage (par classement, roulement, pôles...) et des capacités d'accès à un stage de psychiatrie selon les universités, nous n'avons pas d'idée claire sur les conditions qui ont permis aux étudiants de choisir ou non un stage en psychiatrie. Ainsi, ne disposant pas de données sur le niveau de stigmatisation antérieur à l'expérience du stage, on ne peut exclure le fait que des étudiants ayant déjà une sensibilité à l'égard des questions de stigmatisation aient plus volontairement choisis un stage en psychiatrie que d'autres. A l'inverse, les étudiants ayant plus d'*a priori* négatifs sur les services de psychiatrie auraient pu chercher à éviter davantage. Il pourrait être intéressant de mieux connaître les modalités de choix telles que l'intérêt pour la spécialité, l'obligation, l'objectif de validation d'examens, etc. De même, nous n'avons pas d'information sur le type de stage effectué (hospitalisation, consultations, service ouvert ou fermé...), ce qui ne permet pas de déterminer avec précision quelles sont les conditions de stage idéales qui pourraient avoir une influence sur la stigmatisation.

Enfin, l'échelle OMS-HC évalue les attitudes et comportements envers les personnes atteintes de maladie psychiatrique sans distinction. Or, nous avons constaté plus haut que les troubles psychiatriques n'étaient pas stigmatisés de la même façon. Il pourrait être pertinent dans de futures recherches de préciser les troubles pour lesquels les internes sont plus susceptibles d'être stigmatisés dans l'objectif de cibler les formations et actions de sensibilisation.

CONCLUSION

La stigmatisation en santé mentale constitue depuis plusieurs décennies un axe important de travail et recherche dans le monde. Au regard de nombreuses études, on constate qu'il persiste encore à l'heure actuelle un impact majeur de la stigmatisation sur la qualité de vie des personnes souffrant de troubles psychiatriques. Le fait qu'elle soit également présente dans les systèmes de santé a de nombreuses conséquences, comme une limitation de l'accès aux soins ou des soins généraux de moins bonne qualité. Par association, la stigmatisation impacte aussi la psychiatrie en tant que spécialité et est responsable, entre autres, d'un manque d'attractivité de ce secteur pour les soignants, ce qui vient renforcer les inégalités d'accès au soin. En effet, les professionnels de santé, malgré leurs convictions, peuvent être vecteurs de représentations stigmatisantes et de comportements discriminants. Parallèlement, cela influence aussi leur propre capacité à rechercher de l'aide en cas de trouble psychiatrique, ce qui peut entraîner un retard de prise en charge. La santé mentale des soignants est d'ailleurs un sujet d'actualité (épuisement professionnel, suicides) dans lequel la stigmatisation internalisée joue un rôle non négligeable. Lutter contre la stigmatisation des personnes atteintes de troubles psychiatriques chez les soignants est donc une priorité et constitue un challenge, en raison de la complexité du phénomène et ses différentes composantes (stigmatisation publique, structurelle, autostigmatisation...). Il semble important d'éduquer et de sensibiliser les professionnels de santé à la stigmatisation dès le début de leur formation. De nombreuses études mettent en avant l'efficacité des actions fondées sur le contact avec les personnes concernées par la maladie mentale. Dans le cas des étudiants et internes en médecine, effectuer un stage pratique dans un service de psychiatrie au cours de leur cursus, en plus d'une formation spécifique à la stigmatisation, pourrait permettre une amélioration des croyances et attitudes à l'égard des patients atteints de troubles psychiatriques.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Steel Z, Marnane C, Iranpour C, Chey T, Jackson JW, Patel V, et al. The global prevalence of common mental disorders: a systematic review and meta-analysis 1980–2013. *Int J Epidemiol.* avr 2014;43(2):476-93.
2. Link BG, Phelan JC. Conceptualizing Stigma. *Annu Rev Sociol.* août 2001;27(1):363-85.
3. Thornicroft G, Mehta N, Clement S, Evans-Lacko S, Doherty M, Rose D, et al. Evidence for effective interventions to reduce mental-health-related stigma and discrimination. *Lancet Lond Engl.* 12 mars 2016;387(10023):1123-32.
4. Henderson C, Noblett J, Parke H, Clement S, Caffrey A, Gale-Grant O, et al. Mental health-related stigma in health care and mental health-care settings. *Lancet Psychiatry.* nov 2014;1(6):467-82.
5. Thornicroft G. Stigma and discrimination limit access to mental health care. *Epidemiol Psichiatr Soc.* mars 2008;17(1):14-9.
6. Knaak S, Patten S, Ungar T. Mental illness stigma as a quality-of-care problem. *Lancet Psychiatry.* 1 oct 2015;2(10):863-4.
7. Stuart H, Chen S-P, Christie R, Dobson K, Kirsh B, Knaak S, et al. Opening minds in Canada: background and rationale. *Can J Psychiatry Rev Can Psychiatr.* oct 2014;59(10 Suppl 1):S8-12.
8. Kassam A, Papish A, Modgill G, Patten S. The development and psychometric properties of a new scale to measure mental illness related stigma by health care providers: The opening minds scale for Health Care Providers (OMS-HC). *BMC Psychiatry.* déc 2012;12(1):62.
9. Sweetser William. Mental hygiene, or, An examination of the intellect and passions: designed to illustrate their influence on health and the duration of life [Internet]. 1843 [cité 28 déc 2020]. Disponible sur: <https://collections.nlm.nih.gov/catalog/nlm:nlmuid-66620710R-bk>
10. W. Mandell. Origins of Mental Health [Internet]. 1995 [cité 28 déc 2020]. Disponible sur: <https://www.jhsph.edu/departments/mental-health/about-us/origins-of-mental-health.html>
11. Dreyer. Adolf Meyer and mental hygiene: an ideal for public health. [Internet]. 1976 [cité 28 déc 2020]. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1653447/>
12. Edouard Toulouse. Les causes de la folie : prophylaxie et assistance, page 345 [Internet]. 1896 [cité 23 janv 2021]. Disponible sur: <https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k34117617/f378.item>
13. Bastien R, Perreault I. Propagande d'hygiène mentale au Québec dans les années 1930. *Lien Soc Polit.* 2012;(67):85-105.
14. Keyes CLM. Mental illness and/or mental health? Investigating axioms of the complete state model of health. *J Consult Clin Psychol.* juin 2005;73(3):539-48.
15. Westerhof GJ, Keyes CLM. Mental Illness and Mental Health: The Two Continua Model Across the Lifespan. *J Adult Dev.* juin 2010;17(2):110-9.

16. OMS | Plan d'action pour la santé mentale 2013-2020 [Internet]. World Health Organization; [cité 3 mars 2021]. Disponible sur: https://www.who.int/mental_health/action_plan_2013/fr/
17. Programme « psychiatrie et santé mentale » de la HAS [Internet]. [cité 3 mars 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1721760/fr/programme-psychiatrie-et-sante-mentale-de-la-has
18. Constitution de l'OMS [Internet]. 1946 [cité 13 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/about/who-we-are/constitution>
19. Organization WH. Promoting Mental Health. [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2004 [cité 28 déc 2020]. Disponible sur: <https://public.ebookcentral.proquest.com/choice/publicfullrecord.aspx?p=4978588>
20. Grand Dictionnaire de la Psychologie. In: Larousse. 1991.
21. American Psychiatric Association, American Psychiatric Association, éditeurs. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. 5th ed. Washington, D.C: American Psychiatric Association; 2013. 947 p.
22. Institute for Health Metrics and Evaluation [Internet]. Institute for Health Metrics and Evaluation. [cité 13 avr 2021]. Disponible sur: <http://www.healthdata.org/institute-health-metrics-and-evaluation>
23. Global Health Estimates [Internet]. [cité 13 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.who.int/data/global-health-estimates>
24. CNAM. Juillet 2018. Rapport sur les charges et les produits de l'assurance maladie 2019 : Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses. Disponible sur : <https://assurance-maladie.ameli.fr>.
25. Larousse. Stigmatiser - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cité 25 nov 2020]. Disponible sur: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/stigmatiser/74714>
26. Goffman E. Stigmate : les usages sociaux du handicap. 1963.
27. Becker HS. Outsiders : Studies in the Sociology of Deviance. Free Press of Glencoe. 1963.
28. Link BG. Understanding labeling effects in the area of mental disorders: An assessment of the effects of expectations of rejection. *Am Sociol Rev.* 1987;52(1):96-112.
29. Lacaze L. La théorie de l'étiquetage modifiée, ou l'« analyse stigmatique » revisitée. *Nouv Rev Psychosociologie.* 26 juin 2008;n° 5(1):183-99.
30. Larousse. Stéréotype - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cité 25 nov 2020]. Disponible sur: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/stereotype/74654>
31. Legal J-B, Delouée S. Stéréotypes, préjugés et discriminations. Dunod. 2015. (Les Topos).

32. Allport G. Attitudes. Murchison C. Worcester, Clark University Press; 1935. (Handbook of Social Psychology).
33. Universalis E. Attitude. In: Encyclopædia Universalis [Internet]. [cité 12 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.universalis.fr/encyclopedie/attitude/>
34. Eagly A, Chaiken S. The Psychology of Attitudes. (Belmont, CA, Thomson Wadsworth.).
35. Rosenberg M, Hovland C. Cognitive, affective and behavioral components of attitudes. Hovland C. I. & Rosenberg M. J. 1960. (Attitude Organization and Change).
36. Fishbein M, Ajzen I. Belief, Attitude, Intention and Behavior. 1975. (Reading, Addison Wesley).
37. Larousse. Préjugé - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cité 25 nov 2020]. Disponible sur: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/prejuge/63519>
38. Larousse. Discrimination - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cité 25 nov 2020]. Disponible sur: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/discrimination/25877>
39. Thornicroft G, Rose D, Kassam A, Sartorius N. Stigma: ignorance, prejudice or discrimination? Br J Psychiatry J Ment Sci. mars 2007;190:192-3.
40. Quérel C. Histoire de la folie de l'antiquité à nos jours. Taillandier; 2009.
41. Netgen. Le stigmate de la «folie» : de la fatalité au rétablissement [Internet]. Revue Médicale Suisse. 2013 [cité 12 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.revmed.ch/RMS/2013/RMS-377/Le-stigmate-de-la-folie-de-la-fatalite-au-retablissement>
42. Hayward & Jenifer A. Bright P. Stigma and mental illness: A review and critique. J Ment Health. janv 1997;6(4):345-54.
43. Cumming E, Cumming J. Closed ranks; an experiment in mental health education. Oxford, England: Harvard University Press for the Co; 1957. xx, 192 p. (Closed ranks; an experiment in mental health education).
44. Nunnally J, Jum C. Popular conceptions of mental health: Their development and change. Oxford, England: Holt, Rinehart, & Winston; 1961. viii, 311 p. (Popular conceptions of mental health: Their development and change).
45. Weiner B, Perry RP, Magnusson J. An attributional analysis of reactions to stigmas. J Pers Soc Psychol. nov 1988;55(5):738-48.
46. Norman RM, Malla AK. Adolescents' attitudes towards mental illness: Relationship between components and sex differences. Soc Psychiatry. 1983;18(1):45-50.
47. Link BG, Cullen FT. Contact with the mentally ill and perceptions of how dangerous they are. J Health Soc Behav. 1986;27(4):289-302.

48. Trute B, Loewen A. Public attitude toward the mentally ill as a function of prior personal experience. *Soc Psychiatry*. 1 juin 1978;13(2):79-84.
49. Roelandt J-L, Caria A, Defromont L, Vandeborre A, Daumerie N. Représentations sociales du « fou », du « malade mental » et du « dépressif » en population générale en France. *L'Encéphale*. janv 2010;36(3):7-13.
50. Jorm AF, Christensen H, Griffiths KM. Belief in the harmfulness of antidepressants: results from a national survey of the Australian public. *J Affect Disord*. sept 2005;88(1):47-53.
51. Crisp A, Gelder M, Goddard E, Meltzer H. Stigmatization of people with mental illnesses: a follow-up study within the Changing Minds campaign of the Royal College of Psychiatrists. *World Psychiatry Off J World Psychiatr Assoc WPA*. juin 2005;4(2):106-13.
52. Krendl AC, Freeman JB. Are mental illnesses stigmatized for the same reasons? Identifying the stigma-related beliefs underlying common mental illnesses. *J Ment Health*. 4 mai 2019;28(3):267-75.
53. Reavley NJ, Cvetkovski S, Jorm AF. Sources of information about mental health and links to help seeking: findings from the 2007 Australian National Survey of Mental Health and Wellbeing. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. déc 2011;46(12):1267-74.
54. Nunnally J, Jum C. The communication of mental health information: A comparison of the opinions of experts and the public with mass media presentations. *Behav Sci*. 1957;2(3):222-30.
55. Francis C, Pirkis J, Dunt D, Blood R. Mental health and illness in the media: A review of the literature. 1 janv 2001;
56. Wahl OF. *Media madness: Public images of mental illness*. Piscataway, NJ, US: Rutgers University Press; 1995. xiv, 220 p. (Media madness: Public images of mental illness).
57. Lawson A, Fouts G. Mental illness in Disney animated films. *Can J Psychiatry Rev Can Psychiatr*. mai 2004;49(5):310-4.
58. Wahl O, Wood A, Zaveri P, Drapalski A, Mann B. Mental Illness Depiction in Children's Films. *J Community Psychol*. 2003;31(6):553-60.
59. Wilson C, Nairn R, Coverdale J, Panapa A. How mental illness is portrayed in children's television: A prospective study. *Br J Psychiatry*. mai 2000;176(5):440-3.
60. Hyler SE, Gabbard GO, Schneider I. Homicidal maniacs and narcissistic parasites: stigmatization of mentally ill persons in the movies. *Hosp Community Psychiatry*. oct 1991;42(10):1044-8.
61. Owen PR. Portrayals of schizophrenia by entertainment media: a content analysis of contemporary movies. *Psychiatr Serv Wash DC*. juill 2012;63(7):655-9.
62. Shapiro S, Rotter M. Graphic Depictions: Portrayals of Mental Illness in Video Games. *J*

Forensic Sci. nov 2016;61(6):1592-5.

63. Whitley R, Berry S. Trends in newspaper coverage of mental illness in Canada: 2005-2010. *Can J Psychiatry Rev Can Psychiatr.* févr 2013;58(2):107-12.
64. Corrigan PW, Watson AC. Findings from the National Comorbidity Survey on the frequency of violent behavior in individuals with psychiatric disorders. *Psychiatry Res.* 15 sept 2005;136(2-3):153-62.
65. Varshney M, Mahapatra A, Krishnan V, Gupta R, Deb KS. Violence and mental illness: what is the true story? *J Epidemiol Community Health.* mars 2016;70(3):223-5.
66. Hodgins S. Violent behaviour among people with schizophrenia: a framework for investigations of causes, and effective treatment, and prevention. *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci.* 12 août 2008;363(1503):2505-18.
67. Brekke JS, Prindle C, Bae SW, Long JD. Risks for individuals with schizophrenia who are living in the community. *Psychiatr Serv Wash DC.* oct 2001;52(10):1358-66.
68. Ross AM, Morgan AJ, Jorm AF, Reavley NJ. A systematic review of the impact of media reports of severe mental illness on stigma and discrimination, and interventions that aim to mitigate any adverse impact. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* janv 2019;54(1):11-31.
69. Hoffner CA, Fujioka Y, Cohen EL, Atwell Seate A. Perceived media influence, mental illness, and responses to news coverage of a mass shooting. *Psychol Pop Media Cult.* 2017;6(2):159-73.
70. Shigeta N, Ahmed S, Ahmed SW, Afzal AR, Qasqas M, Kanda H, et al. Content analysis of Canadian newspapers articles and readers' comments related to schizophrenia. *Int J Cult Ment Health.* 2 janv 2017;10(1):75-81.
71. Stuart H, Koller M, Christie R, Pietrus M. Reducing mental health stigma: a case study. *Healthc Q Tor Ont.* 2011;14 Spec No 2:40-9.
72. Stuart H. Stigma and the daily news : Evaluation of a newspaper intervention. *Stigma Dly News Eval Newsp Interv.* 2003;
73. Campbell N, Heath J, Bouknight J, Rudd K, Pender J. Speaking out for mental health: collaboration of future journalists and psychiatrists. *Acad Psychiatry J Am Assoc Dir Psychiatr Resid Train Assoc Acad Psychiatry.* 1 mars 2009;33(2):166-8.
74. Angermeyer MC, Holzinger A, Carta MG, Schomerus G. Biogenetic explanations and public acceptance of mental illness: systematic review of population studies. *Br J Psychiatry J Ment Sci.* nov 2011;199(5):367-72.
75. Kvaale EP, Haslam N, Gottdiener WH. The « side effects » of medicalization: a meta-analytic review of how biogenetic explanations affect stigma. *Clin Psychol Rev.* août 2013;33(6):782-94.
76. O'Reilly CL, Bell JS, Chen TF. Consumer-led mental health education for pharmacy students.

Am J Pharm Educ. 10 nov 2010;74(9):167.

77. Rong Y, Glozier N, Luscombe GM, Davenport TA, Huang Y, Hickie IB. Improving knowledge and attitudes towards depression: a controlled trial among Chinese medical students. *BMC Psychiatry*. 8 mars 2011;11:36.

78. Hamilton S, Pinfold V, Cotney J, Couperthwaite L, Matthews J, Barret K, et al. Qualitative analysis of mental health service users' reported experiences of discrimination. *Acta Psychiatr Scand*. août 2016;134 Suppl 446:14-22.

79. Clarke DE, Dusome D, Hughes L. Emergency department from the mental health client's perspective. *Int J Ment Health Nurs*. avr 2007;16(2):126-31.

80. Thornicroft G, Rose D, Mehta N. Discrimination against people with mental illness: what can psychiatrists do? *Adv Psychiatr Treat*. janv 2010;16(1):53-9.

81. Knaak S, Mantler E, Szeto A. Mental illness-related stigma in healthcare: Barriers to access and care and evidence-based solutions. *Health Manage Forum*. 1 mars 2017;30(2):111-6.

82. Sartorius N, Gaebel W, Cleveland H-R, Stuart H, Akiyama T, Arboleda-Flórez J, et al. WPA guidance on how to combat stigmatization of psychiatry and psychiatrists. *World Psychiatry Off J World Psychiatr Assoc WPA*. oct 2010;9(3):131-44.

83. Schulze B. Stigma and mental health professionals: A review of the evidence on an intricate relationship. *Int Rev Psychiatry*. janv 2007;19(2):137-55.

84. Gaebel W, Muijen M, Baumann AE, Bhugra D, Wasserman D, van der Gaag RJ, et al. EPA guidance on building trust in mental health services. *Eur Psychiatry J Assoc Eur Psychiatr*. févr 2014;29(2):83-100.

85. Deans C, Meocevic E. Attitudes of registered nurses towards patients diagnosed with borderline personality disorder. *Contemp Nurse*. 1 févr 2006;21:43-9.

86. Ross CA, Goldner EM. Stigma, negative attitudes and discrimination towards mental illness within the nursing profession: a review of the literature. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. août 2009;16(6):558-67.

87. Knaak S, Patten S. A grounded theory model for reducing stigma in health professionals in Canada. *Acta Psychiatr Scand*. août 2016;134 Suppl 446:53-62.

88. Beaulieu T, Patten S, Knaak S, Weinerman R, Campbell H, Lauria-Horner B. Impact of Skill-Based Approaches in Reducing Stigma in Primary Care Physicians: Results from a Double-Blind, Parallel-Cluster, Randomized Controlled Trial. *Can J Psychiatry*. 1 mai 2017;62(5):327-35.

89. Adams EFM, Lee AJ, Pritchard CW, White RJE. What Stops Us From Healing the Healers: a Survey of Help-Seeking Behaviour, Stigmatisation and Depression Within the Medical Profession. *Int J Soc Psychiatry*. 1 juill 2010;56(4):359-70.

90. Wallace JE. Mental health and stigma in the medical profession. *Health (N Y)*. 1 janv 2012;16(1):3-18.
91. Abbey S, Charbonneau M, Tranulis C, Moss P, Baici W, Dabby L, et al. Stigma and discrimination. *Can J Psychiatry Rev Can Psychiatr*. oct 2011;56(10):1-9.
92. Möller-Leimkühler AM, Möller H-J, Maier W, Gaebel W, Falkai P. EPA guidance on improving the image of psychiatry. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. mars 2016;266(2):139-54.
93. Angermeyer MC. [Public image of psychiatry. Results of a representative poll in the new federal states of Germany]. *Psychiatr Prax*. oct 2000;27(7):327-9.
94. Szasz T. *Coercion as Cure: A Critical History of Psychiatry*.
95. Jorm AF. Mental health literacy. Public knowledge and beliefs about mental disorders. *Br J Psychiatry J Ment Sci*. nov 2000;177:396-401.
96. Stuart H. Media portrayal of mental illness and its treatments: what effect does it have on people with mental illness? *CNS Drugs*. 2006;20(2):99-106.
97. Sienaert P. Based on a True Story? The Portrayal of ECT in International Movies and Television Programs. *Brain Stimulat*. déc 2016;9(6):882-91.
98. Payne NA, Prudic J. Electroconvulsive Therapy Part I: A Perspective on the Evolution and Current Practice of ECT. *J Psychiatr Pract*. sept 2009;15(5):346-68.
99. Hopson J. The demonisation of psychiatrists in fiction (and why real psychiatrists might want to do something about it). *Psychiatr Bull*. août 2014;38(4):175-9.
100. Stuart H, Sartorius N, Liinamaa T, Images Study Group. Images of psychiatry and psychiatrists. *Acta Psychiatr Scand*. janv 2015;131(1):21-8.
101. Mukherjee K, Maier M, Wessely S. UK crisis in recruitment into psychiatric training. *Psychiatrist*. 1 juin 2013;37:210-4.
102. Korszun A, Dharmaindra N, Koravangattu V, Bhui K. Teaching medical students and recruitment to psychiatry: attitudes of psychiatric clinicians, academics and trainees. *The Psychiatrist*. sept 2011;35(9):350-3.
103. Curtis-Barton MT, Eagles JM. Factors that discourage medical students from pursuing a career in psychiatry. *The Psychiatrist*. nov 2011;35(11):425-9.
104. Sebbane D. Les internes de psychiatrie vus par leurs confreres : juges de pres mais prejuges... 2015;91:11.
105. Newman SC, Bland RC. Mortality in a cohort of patients with schizophrenia: a record linkage study. *Can J Psychiatry Rev Can Psychiatr*. mai 1991;36(4):239-45.
106. Wahlbeck K, Westman J, Nordentoft M, Gissler M, Laursen TM. Outcomes of Nordic mental

- health systems: life expectancy of patients with mental disorders. *Br J Psychiatry*. déc 2011;199(6):453-8.
107. Thornicroft G. Physical health disparities and mental illness: the scandal of premature mortality. *Br J Psychiatry*. déc 2011;199(6):441-2.
108. Mitchell AJ, Malone D, Doebbeling CC. Quality of medical care for people with and without comorbid mental illness and substance misuse: systematic review of comparative studies. *Br J Psychiatry J Ment Sci*. juin 2009;194(6):491-9.
109. Howard LM, Barley EA, Davies E, Rigg A, Lempp H, Rose D, et al. Cancer diagnosis in people with severe mental illness: practical and ethical issues. *Lancet Oncol*. août 2010;11(8):797-804.
110. Ha C, Decool E, Chan Chee C. Mortalité des personnes souffrant de troubles mentaux. Analyse en causes multiples des certificats de décès en France, 2000-2013. *Bull Epidémiologique Hebd*. 2017;(n°23):500-8.
111. Coldefy M, Gandré N. Personnes suivies pour des troubles psychiques sévères : une espérance de vie fortement réduite et une mortalité prématurée quadruplée. 2018;(237):8.
112. Desai MM, Rosenheck RA, Druss BG, Perlin JB. Mental disorders and quality of care among postacute myocardial infarction outpatients. *J Nerv Ment Dis*. janv 2002;190(1):51-3.
113. Graber MA, Bergus G, Dawson JD, Wood GB, Levy BT, Levin I. Effect of a patient's psychiatric history on physicians' estimation of probability of disease. *J Gen Intern Med*. mars 2000;15(3):204-6.
114. van Nieuwenhuizen A, Henderson C, Kassam A, Graham T, Murray J, Howard LM, et al. Emergency department staff views and experiences on diagnostic overshadowing related to people with mental illness. *Epidemiol Psychiatr Sci*. sept 2013;22(3):255-62.
115. Sullivan G, Han X, Moore S, Kotrla K. Disparities in hospitalization for diabetes among persons with and without co-occurring mental disorders. *Psychiatr Serv Wash DC*. août 2006;57(8):1126-31.
116. Corrigan PW, Mittal D, Reaves CM, Haynes TF, Han X, Morris S, et al. Mental health stigma and primary health care decisions. *Psychiatry Res*. 15 août 2014;218(1-2):35-8.
117. Barkil-Oteo A. Psychiatry's identity crisis. *Lancet Lond Engl*. 30 juin 2012;379(9835):2428.
118. Bishop TF, Seirup JK, Pincus HA, Ross JS. Population Of US Practicing Psychiatrists Declined, 2003-13, Which May Help Explain Poor Access To Mental Health Care. *Health Aff Proj Hope*. 1 juill 2016;35(7):1271-7.
119. Angermeyer MC, Matschinger H. The effect of violent attacks by schizophrenic persons on the attitude of the public towards the mentally ill. *Soc Sci Med* 1982. déc 1996;43(12):1721-8.
120. Gearing RE, Townsend L, Elkins J, El-Bassel N, Osterberg L. Strategies to predict, measure,

and improve psychosocial treatment adherence. *Harv Rev Psychiatry*. févr 2014;22(1):31-45.

121. Sendt K-V, Tracy DK, Bhattacharyya S. A systematic review of factors influencing adherence to antipsychotic medication in schizophrenia-spectrum disorders. *Psychiatry Res*. 30 janv 2015;225(1-2):14-30.

122. Gharaibeh NM. The psychiatrist's image in commercially available American movies. *Acta Psychiatr Scand*. 2005;111(4):316-9.

123. Gabbard GO. Psychotherapy in Hollywood cinema. *Australas Psychiatry*. 2001;9(4):365-9.

124. Pies R. Psychiatry in the media: The Vampire, The Fisher King, and The Zaddik. *J Mundane Behav*. 1 févr 2001;2.

125. Link BG, Struening EL, Neese-Todd S, Asmussen S, Phelan JC. Stigma as a barrier to recovery: The consequences of stigma for the self-esteem of people with mental illnesses. *Psychiatr Serv Wash DC*. déc 2001;52(12):1621-6.

126. Corrigan PW, Markowitz FE, Watson A, Rowan D, Kubiak MA. An attribution model of public discrimination towards persons with mental illness. *J Health Soc Behav*. juin 2003;44(2):162-79.

127. Morgan VA, Waterreus A, Jablensky A, Mackinnon A, McGrath JJ, Carr V, et al. People living with psychotic illness in 2010: the second Australian national survey of psychosis. *Aust N Z J Psychiatry*. août 2012;46(8):735-52.

128. Link BG, Cullen FT, Frank J, Wozniak JF. The Social Rejection of Former Mental Patients: Understanding Why Labels Matter. *Am J Sociol*. 1 mai 1987;92(6):1461-500.

129. Hinshaw SP. The stigmatization of mental illness in children and parents: Developmental issues, family concerns, and research needs. *J Child Psychol Psychiatry*. 2005;46(7):714-34.

130. Brohan E, Slade M, Clement S, Thornicroft G. Experiences of mental illness stigma, prejudice and discrimination: a review of measures. *BMC Health Serv Res*. déc 2010;10(1):80.

131. van Brakel WH, Anderson AM, Mutatkar RK, Bakirtzief Z, Nicholls PG, Raju MS, et al. The Participation Scale: measuring a key concept in public health. *Disabil Rehabil*. 28 févr 2006;28(4):193-203.

132. Dickerson FB, Sommerville J, Origoni AE, Ringel NB, Parente F. Experiences of stigma among outpatients with schizophrenia. *Schizophr Bull*. 2002;28(1):143-55.

133. Cechnicki A, Angermeyer MC, Bielanska A. Anticipated and experienced stigma among people with schizophrenia : its nature and correlates. *Anticip Exp Stigma People Schizophr Its Nat Correl*. 2011;

134. Corrigan PW, Watson AC. The Paradox of Self-Stigma and Mental Illness. *Clin Psychol Sci Pract*. 2002;9(1):35-53.

135. Link B. Mental patient status, work, and income: an examination of the effects of a psychiatric label. *Am Sociol Rev.* avr 1982;47(2):202-15.
136. Mashiach-Eizenberg M, Hasson-Ohayon I, Yanos PT, Lysaker PH, Roe D. Internalized stigma and quality of life among persons with severe mental illness: The mediating roles of self-esteem and hope. *Psychiatry Res.* 2013;208(1):15-20.
137. Crisp A. Changing minds: every family in the land: An update on the College's campaign. *Psychiatr Bull.* juill 2000;24(7):267-8.
138. Gaebel W, Baumann AE. ["Open the doors"--the antistigma program of the World Psychiatric Association]. *MMW Fortschr Med.* 10 mars 2003;145(12):34-7.
139. Henderson C, Thornicroft G. Stigma and discrimination in mental illness: Time to Change. *Lancet Lond Engl.* 6 juin 2009;373(9679):1928-30.
140. Time To Change | let's end mental health discrimination [Internet]. [cité 9 mai 2021]. Disponible sur: <https://www.time-to-change.org.uk/>
141. Corrigan PW, Shapiro JR. Measuring the impact of programs that challenge the public stigma of mental illness. *Clin Psychol Rev.* déc 2010;30(8):907-22.
142. Corrigan PW, River LP, Lundin RK, Penn DL, Uphoff-Wasowski K, Campion J, et al. Three strategies for changing attributions about severe mental illness. *Schizophr Bull.* 2001;27(2):187-95.
143. Papish A, Kassam A, Modgill G, Vaz G, Zanussi L, Patten S. Reducing the stigma of mental illness in undergraduate medical education: a randomized controlled trial. *BMC Med Educ.* 24 oct 2013;13:141.
144. 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.* déc 2017;258:108-15.
145. Fovet T, Amad A, Geoffroy PA, Messaadi N, Thomas P. État actuel de la formation des médecins généralistes à la psychiatrie et à la santé mentale en France. *Inf Psychiatr.* 12 juin 2014;Volume 90(5):319-22.
146. Simon N, Verdoux H. Impact de la formation théorique et clinique sur les attitudes de stigmatisation des étudiants en médecine envers la psychiatrie et la pathologie psychiatrique. *L'Encéphale.* 1 juin 2017;44.
147. Svensson B, Hansson L. How mental health literacy and experience of mental illness relate to stigmatizing attitudes and social distance towards people with depression or psychosis: A cross-sectional study. *Nord J Psychiatry.* 18 mai 2016;70(4):309-13.
148. Organisation mondiale de la Santé. Plan d'action pour la santé mentale 2013-2020 [Internet]. 2013. Disponible sur: <https://www.euro.who.int/fr>

149. Corrigan PW, Powell KJ, Michaels PJ. Brief battery for measurement of stigmatizing versus affirming attitudes about mental illness. *Psychiatry Res.* 2013;215(2):466-70.
150. Sastre-Rus M, García-Lorenzo A, Lluch-Canut M, Tomás-Sábado J, Zabaleta-Del-Olmo E. Instruments to assess mental health-related stigma among health professionals and students in health sciences: A systematic psychometric review. *J Adv Nurs.* sept 2019;75(9):1838-53.
151. Modgill G, Patten SB, Knaak S, Kassam A, Szeto ACH. Opening Minds Stigma Scale for Health Care Providers (OMS-HC): examination of psychometric properties and responsiveness. *BMC Psychiatry.* 23 avr 2014;14:120.
152. Destrebecq A, Ferrara P, Frattini L, Pittella F, Rossano G, Striano G, et al. The Italian Version of the Opening Minds Stigma Scale for Healthcare Providers: Validation and Study on a Sample of Bachelor Students. *Community Ment Health J.* 2018;54(1):66-72.
153. Óri D, Rózsa S, Szocsics P, Simon L, Purebl G, Gyórfy Z. Factor structure of The Opening Minds Stigma Scale for Health Care Providers and psychometric properties of its Hungarian version. *BMC Psychiatry.* déc 2020;20(1):504.
154. Sapag JC, Klabunde R, Villarroel L, Velasco PR, Álvarez C, Parra C, et al. Validation of the Opening Minds Scale and patterns of stigma in Chilean primary health care. 2020;14.
155. Streiner DL. Starting at the beginning: an introduction to coefficient alpha and internal consistency. *J Pers Assess.* févr 2003;80(1):99-103.
156. Sandhu HS, Arora A, Brasch J, Streiner DL. Mental Health Stigma: Explicit and Implicit Attitudes of Canadian Undergraduate Students, Medical School Students, and Psychiatrists. *Can J Psychiatry.* mars 2019;64(3):209-17.
157. Rotenstein LS, Ramos MA, Torre M, Segal JB, Peluso MJ, Guille C, et al. Prevalence of Depression, Depressive Symptoms, and Suicidal Ideation Among Medical Students: A Systematic Review and Meta-Analysis. *JAMA.* 6 déc 2016;316(21):2214-36.
158. Luigi M, Rapisarda F, Corbière M, De Benedictis L, Bouchard A-M, Felx A, et al. Determinants of mental health professionals' attitudes towards recovery: A review. *Can Med Educ J.* sept 2020;11(5):e62-73.
159. Arrêté du 8 avril 2013 relatif au régime des études en vue du premier et du deuxième cycle des études médicales [Internet]. *JORF* n°0095 du 23 avril 2013. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr>
160. van der Maas M, Stuart H, Patten SB, Lentinello EK, Bobbili SJ, Mann RE, et al. Examining the Application of the Opening Minds Survey in the Community Health Centre Setting. *Can J Psychiatry.* janv 2018;63(1):30-6.

ANNEXES

Tableau S1. Réponses au questionnaire OMS-HC traduit en français noté sur une échelle de Likert à 5 items

(en % sur effectif total N = 1053)

	1	2	3	4	5
	Pas du tout d'accord	Plutôt pas d'accord	Ni d'accord, ni en désaccord	Plutôt d'accord	Tout à faire d'accord
Q1. Je me sens plus à l'aise quand j'aide une personne atteinte d'une pathologie somatique plutôt qu'une personne atteinte d'une maladie mentale.	6,6%	8,8%	12,6%	36,9%	35,0%
Q2. Si une personne atteinte d'une maladie mentale se plaint de symptômes physiques (ex. nausées, dorsalgies ou céphalées), je l'attribuerais probablement à sa maladie mentale.	26,3%	46,6%	20,2%	6,6%	0,2%
Q3. Si un(e) collègue avec qui je travaille me disait qu'il (elle) était pris en charge pour une maladie mentale, je serais tout aussi disposé(e) à travailler avec lui/elle.*	0,6%	2,4%	8,6%	23,8%	64,6%
Q4. Si je prenais un traitement pour une maladie mentale, je n'en parlerais à aucun de mes collègues.	3,7%	11,6%	20,1%	32,6%	32,0%
Q5. Je serais plus enclin(e) à demander de l'aide pour une maladie mentale si le soignant me prenant en charge n'avait pas de lien avec mon lieu de travail.	0,9%	1,6%	4,0%	19,0%	74,5%
Q6. Je me considérerais comme faible si j'avais une maladie mentale et que je ne pouvais pas la guérir par moi-même.	20,1%	26,4%	20,8%	22,6%	10,1%
Q7. Je serais réticent(e) à demander de l'aide si j'avais une maladie mentale.	17,2%	27,7%	21,2%	25,0%	8,9%
Q8. Les employeurs devraient embaucher une personne prise en charge pour une maladie mentale si c'est la meilleure personne pour le poste.*	0,2%	1,2%	4,8%	17,9%	75,8%
Q9. J'irais quand même chez un médecin si je savais qu'il avait été traité pour une maladie mentale.*	1,8%	6,4%	19,5%	33,0%	39,3%

Q10. Si j'avais une maladie mentale, j'en parlerais à mes amis.*				
4,4%	14,2%	20,4%	34,8%	26,2%
Q11. Il incombe aux soignants d'apporter de l'espoir aux personnes atteintes de maladie mentale.*				
0,5%	2,2%	11,5%	27,3%	58,6%
Q12. Malgré mes convictions professionnelles, j'ai des réactions négatives envers les personnes atteintes de maladie mentale.				
23,8%	32,0%	21,8%	18,8%	3,5%
Q13. Je ne peux pas faire grand-chose pour aider les personnes atteintes de maladie mentale.				
26,7%	32,1%	20,0%	18,7%	2,5%
Q14. Plus de la moitié des personnes atteintes de maladie mentale n'essaient pas suffisamment d'aller mieux.				
49,3%	31,0%	15,0%	3,7%	1,0%
Q15. Les personnes atteintes de maladie mentale présentent rarement un risque pour le public.*				
2,4%	10,0%	19,8%	34,6%	33,3%
Q16. Le meilleur traitement de la maladie mentale est la prise de médicaments.				
25,2%	39,1%	27,3%	8,0%	0,5%
Q17. Je ne voudrais pas qu'une personne atteinte d'une maladie mentale, même bien prise en charge, travaille avec des enfants.				
34,9%	35,5%	18,2%	9,6%	1,7%
Q18. Les soignants n'ont pas besoin d'être les défenseurs des personnes atteintes de maladie mentale.				
38,3%	33,2%	20,2%	5,5%	2,8%
Q19. Cela ne me dérangerait pas si une personne atteinte d'une maladie mentale vivait près de chez moi.*				
2,8%	5,0%	12,8%	32,0%	47,3%
Q20. J'ai du mal à ressentir de la compassion pour une personne atteinte d'une maladie mentale.				
60,0%	27,5%	7,4%	4,4%	0,7%

La notation de certaines **questions** * est inversée lors de l'analyse statistique.

Tableau S2. Détails des scores de stigmatisation dans chaque subdivision géographique d'internat et dans chaque spécialité (OMS-HC 20 items)

		Caractéristiques		Moyenne	Écart type
		N	%		
Subdivisions d'internat					
	Amiens	58	5,5%	48,72	8,73
	Angers	30	2,8%	47,00	7,52
	Besançon	67	6,4%	48,45	8,88
	Bordeaux	77	7,3%	48,35	7,71
	Brest	10	0,9%	46,50	9,94
	Caen	18	1,7%	49,00	8,02
	Clermont	17	1,6%	47,94	5,97
	Corse	1	0,1%	38,00	.
	Dijon	17	1,6%	46,53	9,52
	Grenoble	20	1,9%	45,95	9,41
	Guadeloupe	2	0,2%	44,50	9,19
	Ile-de-France	186	17,7%	45,75	8,65
	La Réunion	6	0,6%	43,50	7,97
	Lille	133	12,6%	47,60	7,97
	Limoges	34	3,2%	48,06	7,38
	Lyon	41	3,9%	45,32	8,64
	Marseille	30	2,8%	46,13	8,49
	Martinique	5	0,5%	44,60	7,99
	Montpellier	54	5,1%	46,87	7,78
	Nancy	33	3,1%	46,97	9,07
	Nantes	12	1,1%	44,42	8,15
	Nice	14	1,3%	46,43	7,65
	Poitiers	23	2,2%	47,48	10,62
	Reims	19	1,8%	48,79	12,17
	Rennes	9	0,9%	47,00	9,75
	Rouen	60	5,7%	48,55	7,74
	Saint Etienne	11	1,0%	44,73	8,99
	Strasbourg	21	2,0%	46,71	7,79
	Toulouse	28	2,7%	46,86	7,32
	Tours	17	1,6%	47,65	7,61
Détail des spécialités					
	Allergologie	9	0,9%	49,78	8,41
	Anatomopathologie	6	0,6%	52,83	11,16

Anesthésie réanimation	74	7,0%	49,08	8,29
Biologie médicale	20	1,9%	48,80	8,33
Cardiologie	17	1,6%	51,29	9,78
Chirurgie digestive	7	0,7%	47,43	4,93
Chirurgie maxillo-faciale	6	0,6%	48,50	12,13
Chirurgie orthopédique	8	0,8%	53,13	9,69
Chirurgie pédiatrique	2	0,2%	48,50	23,33
Chirurgie plastique	2	0,2%	43,50	3,54
Chirurgie thoracique et cardiovasculaire	3	0,3%	48,67	2,89
Dermatologie	15	1,4%	49,27	7,04
Endocrinologie Diabétologie Nutrition	29	2,8%	46,21	7,65
Génétique médicale	7	0,7%	45,29	5,85
Gériatrie	22	2,1%	44,27	8,25
Gynécologie médicale	26	2,5%	46,73	8,92
Gynécologie obstétrique	18	1,7%	46,56	8,17
Hématologie	12	1,1%	50,50	7,89
Hépatogastro-entérologie	21	2,0%	48,19	7,54
Infectiologie	5	0,5%	48,00	8,69
Médecine d'urgence	68	6,5%	49,88	8,35
Médecine du travail	12	1,1%	43,92	7,81
Médecine générale	328	31,1%	46,59	8,34
Médecine intensive et réanimation	12	1,1%	43,25	7,93
Médecine interne	14	1,3%	47,50	8,26
Médecine légale	9	0,9%	46,78	6,63
Médecine nucléaire	4	0,4%	54,25	10,90
Médecine Physique et Réadaptation	11	1,0%	44,64	6,25
Médecine vasculaire	3	0,3%	50,67	6,51
Néphrologie	12	1,1%	49,92	7,90
Neurochirurgie	5	0,5%	48,60	3,36
Neurologie	25	2,4%	49,60	9,79
Oncologie	29	2,8%	49,79	6,81
Ophthalmologie	10	0,9%	49,80	8,42
ORL	11	1,0%	51,73	4,86
Pédiatrie	47	4,5%	45,51	7,11
Pneumologie	16	1,5%	49,75	9,32
Psychiatrie	72	6,8%	40,56	6,61
Radiologie	16	1,5%	45,50	8,22
Rhumatologie	22	2,1%	47,77	8,31
Santé publique	12	1,1%	42,83	6,53
Urologie	6	0,6%	51,50	8,98

SERMENT D'HIPPOCRATE

Version du Serment d'Hippocrate réactualisée et publiée dans le Bulletin de l'Ordre National des Médecins (Avril 1996, n°4)

« 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.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue 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 déshonorée et méprisée si j'y manque. »

Résumé :

Contexte : La stigmatisation des personnes atteintes de troubles psychiatriques est un phénomène répandu qui touche la population générale, les patients eux-mêmes, mais également les soignants. L'impact sur la qualité des soins prodigués par les professionnels de santé et donc sur le pronostic de ces patients est reconnu.

L'objectif était d'étudier la représentation des personnes atteintes de troubles psychiatriques par les internes en médecine, ces « médecins de demain », et d'évaluer l'effet d'un stage en psychiatrie sur leur niveau de stigmatisation.

Méthode : L'échelle OMS-HC, évaluant la stigmatisation chez les professionnels de santé, a été traduite en français et diffusée par le biais d'un questionnaire en ligne aux internes en médecine français. 1053 réponses ont été retenues. Des modèles multivariés de régression logistique ont été effectués avec le logiciel SPSS 25 pour évaluer l'association entre un niveau élevé de stigmatisation et le fait d'avoir effectué un stage en psychiatrie.

Résultats : Près de la moitié des répondants (45,7%) n'avaient jamais fait l'expérience d'un stage en psychiatrie. Leur niveau de stigmatisation était plus fréquemment élevé (OR 1,45, IC95% [1,117 ; 1,889], $p < 0,005$) indépendamment de leur âge, leur genre, leur spécialité et leur expérience personnelle de la maladie psychiatrique. L'absence de stage en psychiatrie au cours du cursus universitaire augmentait de 45% le risque d'être plus stigmatisant à l'égard des personnes atteintes de troubles psychiatriques. D'autres variables étaient significativement associées avec une attitude stigmatisante vis-à-vis de ces patients, telles que le fait de ne pas avoir de proche souffrant d'un tel trouble (OR 1,62, IC95% [1,248 ; 2,104], $p < 0,001$) ou de n'avoir jamais pris en charge un de ces patients (OR 2,36, IC95% [1,471 ; 3,797], $p < 0,001$). A l'inverse, être interne en psychiatrie était associé à un risque réduit de 76% d'être plus stigmatisant (OR 0,236, IC95% [0,116 ; 0,484], $p < 0,001$). On ne retrouvait pas d'association significative avec le genre, l'âge ou le niveau d'avancement dans l'internat.

Conclusion : Les attitudes des internes à l'égard des patients atteints de troubles psychiatriques pourraient être améliorées en permettant à tous les étudiants en médecine de réaliser un stage en psychiatrie au cours de leur cursus. De même, faire de la stigmatisation un objet spécifique de formation au cours de l'enseignement théorique et lors des stages pratiques semble primordial pour envisager sa diminution au sein des services de santé.

Mots clés : stigmatisation, discrimination, stéréotypes, attitudes envers la maladie mentale, représentation des troubles psychiatriques, santé mentale, professionnels de santé, internes en médecine

Discipline administrative : DES Psychiatrie

Directrice de thèse : Professeur Marie Tournier

UFR DES SCIENCES MÉDICALES, UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

146, rue Léo Saignat 33076 BORDEAUX CEDEX