



Université Lille 2  
Droit et Santé

UNIVERSITE DU DROIT ET DE LA SANTE - LILLE 2  
**FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG**  
Année : 2014

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT  
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**« ÊTRE » PSYCHIATRE : CLICHÉS, RÉALITÉS ET  
PERSPECTIVES**  
Résultats d'une enquête nationale française menée en 2013 sur  
la stigmatisation de la profession

Présentée et soutenue publiquement le 11 Septembre à 14h  
au Pôle Recherche

**Par Déborah SEBBANE**

---

**JURY**

**Président :**

**Monsieur le Professeur Pierre THOMAS**

**Assesseurs :**

**Madame le Professeur Lise DEMAILLY**

**Monsieur le Docteur Benjamin ROLLAND**

**Directeur de Thèse :**

**Monsieur le Professeur Guillaume VAIVA**

---

## **Avertissement**

**La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.**

## Table des matières

<b>Résumé .....</b>	<b>14</b>
<b>Introduction .....</b>	<b>15</b>
<b>I. La stigmatisation de la psychiatrie et du métier de psychiatre.....</b>	<b>18</b>
<b>A. Approche socio anthropologique de la stigmatisation .....</b>	<b>18</b>
1. Les représentations sociales .....	18
a) Définition.....	18
b) Naissance et historique du concept.....	20
c) Structuration des représentations sociales .....	22
2. Le processus de stigmatisation.....	26
a) Définitions.....	26
b) La stigmatisation, selon Goffman (1963) .....	29
c) Le « cercle vicieux » : les étapes du mécanisme.....	31
<b>B. La « folie » et ses représentations, d’Hier à Aujourd’hui .....</b>	<b>34</b>
1. De l'antiquité à la Renaissance .....	34
2. La Renaissance .....	35
3. La folie à l’âge classique (1453-1789).....	36
4. La naissance de la psychiatrie et des premiers aliénistes .....	38
5. Le XXe siècle, la psychiatrie contemporaine.....	40
6. La psychiatrie d’aujourd’hui : stigmatisation et conséquences .....	44
a) La stigmatisation en psychiatrie.....	44
b) Les conséquences de la stigmatisation.....	45
<b>C. Le métier de psychiatre et ses représentations .....</b>	<b>49</b>
1. Evolution de la formation du psychiatre .....	49
2. Images actuelles et stigmatisation de la profession .....	54
a) Le psychiatre d’aujourd’hui vu par les médias .....	55
b) L’Image d’Epinal du Psychiatre .....	57
c) Le psychiatre vus par ses patients .....	59
d) Le psychiatre vu par ses confrères .....	59
<b>D. Les enjeux d’aujourd’hui et de demain .....</b>	<b>61</b>

<b>II. Enquête nationale réalisée en France sur l'image du psychiatre de demain et les contours de son identité professionnelle .....</b>	<b>64</b>
<b>A. Matériels et méthodes.....</b>	<b>64</b>
1. Description de l'étude .....	64
a) Design de l'étude .....	64
b) Objectifs et bénéfices attendus .....	64
c) Population étudiée .....	65
d) Procédure d'enquête.....	65
e) Instrument d'enquête et recueil des données .....	66
2. Analyse statistique.....	67
<b>B. Résultats .....</b>	<b>67</b>
1. Participation.....	67
2. Caractéristiques sociodémographiques.....	69
3. Parcours scolaire et universitaire.....	76
4. Caractéristiques sociales.....	81
5. Histoire de vie .....	85
6. Représentation de l'interne de psychiatrie et de la spécialité par ses confrères .....	87
7. Identité professionnelle de l'interne en psychiatrie.....	91
<b>C. Discussion générale.....</b>	<b>98</b>
1. Limites et biais de l'étude .....	98
2. Interprétation des résultats.....	99
<b>III. Déconstruction des mythes : recommandations et initiatives .....</b>	<b>109</b>
<b>A. Recommandations pour la lutte contre la stigmatisation de la psychiatrie et des psychiatres dans le monde (WPA) .....</b>	<b>109</b>
<b>B. Interventions destinées à combattre la stigmatisation de la psychiatrie et des psychiatres.....</b>	<b>112</b>
<b>C. Perspectives en France.....</b>	<b>116</b>
<b>Conclusion .....</b>	<b>119</b>
<b>Références bibliographiques .....</b>	<b>121</b>

<b>Annexes .....</b>	<b>131</b>
<b>Annexe 1 : Instrument d'enquête - Questionnaire .....</b>	<b>131</b>
<b>Annexe 2 : Plan d'action 2008-2011 de la World Psychiatric Association (WPA).....</b>	<b>140</b>
<b>Annexe 3 : Communiqué de presse – F2RSM / ESJ Lille.....</b>	<b>145</b>
<b>Annexe 4 : Petit glossaire de précautions sémantiques en psychiatrie. « Les mots qui fâchent.. ».....</b>	<b>146</b>

## Résumé

**Contexte** : La stigmatisation des psychiatres est peu étudiée pourtant il semblerait qu'il existe une relation complexe entre la stigmatisation des patients atteints de troubles psychiques et celle de la profession. Aussi, l'image négative que renvoient la psychiatrie et les psychiatres est identifiée comme une des causes majeures du déclin du recrutement de psychiatres dans de nombreux pays et pourrait expliquer en France le désintérêt naissant des étudiants en médecine pour la spécialité.

**Méthode** : Une enquête descriptive observationnelle transversale réalisée par auto-questionnaire anonyme a été conduite par l'Association Française Fédérative des Etudiants en Psychiatrie (AFFEP) auprès des internes inscrits aux DES de psychiatrie, de neurologie, d'anesthésie-réanimation, de chirurgie orthopédique, de pédiatrie ou de médecine générale, entre juin et juillet 2013. Les objectifs sont : (1) comparer les données sociodémographiques, le profil scolaire et universitaire et les données sociales de la population des internes de psychiatrie avec celles des internes issus des autres spécialités ; (2) mettre en évidence les préjugés émis sur l'interne en psychiatrie par ses confrères et objectiver qu'ils sont faux ; (3) décrire l'identité professionnelle des internes français de psychiatrie.

**Résultats** : 1296 internes ont participé à l'étude dont 760 internes de psychiatrie et 536 issus d'autres spécialités. La comparaison des données sociodémographiques et des histoires de vie ne révèlent pas plus d'antécédents personnels chez les internes de psychiatrie et renseignent des parcours scolaires de même niveau. Aussi, les résultats objectivent significativement les préjugés portés par les confrères sur les internes de psychiatrie et montrent qu'ils sont faux. Enfin, l'identité professionnelle de l'interne en psychiatrie met en évidence la volonté du psychiatre de demain de faire coexister les différents volets du métier à travers une pratique intégrative: il se considère médecin, spécialiste des neurosciences, psychothérapeute et se sent concerné par la dimension sociale du métier.

**Conclusion** : Ce travail déconstruit les préjugés portés envers le psychiatre. Il redéfinit aussi les contours de la profession, la rend plus lisible et participe à sa revalorisation. Enfin, ce travail propose des recommandations pour renforcer cette identité professionnelle pendant la formation, rendre la spécialité plus attractive et améliorer son recrutement, en quantité et en qualité.

## Introduction

Tout au long des siècles, les psychiatres ont été les dépositaires de l'espérance des hommes en leur capacité de comprendre et de soigner la folie. Comme celle-ci était emprunte d'une coloration un peu magique voire parfois surnaturelle, la profession de psychiatre a elle aussi été auréolée d'un halo parfois d'admiration mais surtout de mystère. L'opprobre attachée au trouble psychique semblant effectivement s'étendre à ceux qui, comme les psychiatres, essayent de le traiter, le mystère a plus souvent été chargé de connotations négatives que positives.

En effet, depuis la naissance du métier, bien que la profession soit encore jeune, le psychiatre a toujours été l'objet des préjugés et des clichés. Ces idées reçues se sont régulièrement adaptées aux contextes historique et sociétal, et semblent s'être solidement transmises à travers les siècles, tel un « passage de témoin ». En 1965 déjà, Jean Oules (1) en tentant de décrire l'évolution de l'image du psychiatre et de sa fonction sociale, dégagait les préjugés de l'époque : « le psychiatre est lui-même fou ! », ou il devrait le devenir car « la psychiatrie est contagieuse.. », ou alors il a la réputation de pouvoir « lire dans dans la tête des gens... », aussi en sa présence « taisons-nous, il va nous analyser.. ».

Il expose aussi les représentations du psychiatre à travers la littérature, le cinéma et les médias et force est de constater qu'un demi-siècle plus tard, le psychiatre véhicule tout autant d'idées reçues, et souvent dépréciatrices.

Les préjugés critiques à l'encontre du psychiatre trouvent, en grande partie, leur origine dans la crainte de le voir agir comme un détective opportuniste fouillant dans nos propres zones d'ombre. Mais ils proviennent également de la méconnaissance de son propre rôle dans la société. En effet, nombreux sont les gens cultivés qui ne savent pas faire la différence entre le rôle d'un psychiatre, d'un psychologue, d'un psychothérapeute, d'un psychanalyste ou d'un simple mystificateur. Il est important de comprendre la confusion engendrée par les différentes activités que les psychiatres mènent, et ce dans des cadres très divers.

Aussi, pour l'homme de la rue, le psychiatre détient encore des pouvoirs extraordinaires, et parmi ceux qui nous fréquentent, comme dans les années 60, rares sont ceux qui ne craignent pas de nous voir deviner, dès l'abord, les secrets les mieux enfouis de leur esprit.

Pour Guimon (2), le défi est loin d'être simple : « les psychiatres agissent comme les détenteurs d'un savoir scientifique complexe et comme les experts d'une profession destinée à soulager des souffrances très variées ».

Ces dernières décennies, la psychiatrie s'est pourtant considérablement transformée et a beaucoup évolué. L'avènement des nouvelles technologies, les découvertes en pharmacologie, dans le domaine des neurosciences et de la génétique ou encore le développement de différentes théories psychothérapeutiques y ont contribué. A contrario, cet éclatement ou cette diversité des pratiques a également donné naissance à des clivages idéologiques et à une crise d'identité des psychiatres. Alors que cet éclectisme théorique pourrait permettre d'enrichir notre spécialité, on ne peut nier que ce malaise grandissant au sein de la profession soit sérieusement délétère pour elle.

Aujourd'hui, l'image négative que renvoient la psychiatrie et les psychiatres, et qui fait écho à la stigmatisation connue des patients atteints de troubles psychiques, est identifiée comme une des causes majeures du déclin du recrutement de psychiatres dans de nombreux pays.

La stigmatisation des psychiatres n'est pas suffisamment étudiée (3) pourtant il existe une relation complexe entre la stigmatisation des patients atteints de troubles psychiques et celle de la profession.

Dans ce contexte de crise identitaire, l'Association Française Fédérative des Etudiants en Psychiatrie (AFFEP) a mené une enquête nationale sur la stigmatisation de l'interne de psychiatrie par ses confrères ainsi que sur l'identité professionnelle du psychiatre de demain.

Nous sommes d'accord avec l'opinion de Lazarus (4), à savoir que pour conserver son identité, le psychiatre doit mettre en exergue les qualités de sa profession, qui sont uniques et qui offrent un ample éventail de pratiques possibles. Le psychiatre est le seul en mesure d'offrir un choix thérapeutique complet : il est médecin, expert dans le domaine des neurosciences, compétent pour combiner la psychothérapie et la psychopharmacologie, il est aussi particulièrement sensibilisé et concerné par la prise en charge médico-sociale de ses patients.

Le but premier de ce travail est d'objectiver les préjugés et les clichés portés sur l'interne de psychiatrie et de tenter de montrer qu'ils sont faux ; le second est de redéfinir les contours identitaires de la profession, afin de contribuer à la nécessaire démythification du métier et

donc des troubles mentaux. Katschnig (5) explique que l'identité d'une profession et son statut en médecine et en société sont des facteurs importants de motivation et d'intérêt. Il convient alors de réfléchir sérieusement au besoin de renforcer l'identité professionnelle du psychiatre afin de rendre la spécialité lisible et attractive.

## I. La stigmatisation de la psychiatrie et du métier de psychiatre

### A. Approche socio anthropologique de la stigmatisation

La notion de stigmatisation s'inscrit dans un processus social complexe mettant en relation plusieurs autres concepts tels que l'étiquetage social et la discrimination, la déviance et la normalisation des comportements, la vulnérabilité et les rapports de pouvoir, la représentation sociale, voire même l'identité. Il convient ici d'articuler ces termes afin de mieux appréhender les implications et la portée du phénomène.

#### 1. Les représentations sociales

De nombreuses études ont discuté et confirmé l'existence de liens directs et étroits entre les représentations sociales de la maladie mentale et les attitudes et comportements à l'égard des personnes présentant des troubles psychiques. (6) (7)

##### a) Définition

Représenter vient du latin *repraesentare*, rendre présent. Le dictionnaire Larousse précise qu'en philosophie, « la représentation est ce par quoi un objet est présent à l'esprit » et qu'en psychologie, « elle est une perception, une image mentale dont le contenu se rapporte à un objet, à une situation, à une scène (...) du monde dans lequel vit le sujet. »

Selon D. Jodelet (8) *"Le concept de représentation sociale désigne une forme de connaissance spécifique, le savoir de sens commun, dont les contenus manifestent l'opération de processus génératifs et fonctionnels socialement marqués. Plus largement, il désigne une forme de pensée sociale. Les représentations sociales sont des modalités de pensée pratique orientées vers la communication, la compréhension et la maîtrise de l'environnement social, matériel et idéal. »*

La notion de représentation sociale apparaît comme une notion complexe, au carrefour d'une série de concepts sociologiques et de concepts psychologiques. Les représentations sociales ont été très largement utilisées dans le vaste domaine des sciences humaines (9) mais les

nombreuses autres origines disciplinaires des chercheurs et des théoriciens, (anthropologie, histoire, linguistique, psychologie sociale, psychanalyse, sociologie...) ont contribué à la multiplicité des définitions et des méthodes d'étude, rendant difficile la formulation d'une définition universelle. Néanmoins, celles-ci n'entrent pas en contradiction mais se complètent, permettant de cerner au mieux ce concept récent (10).

Les représentations sociales sont comme des « élaborations groupales », des produits de la pensée qui reflètent, à un moment donné, le point de vue prévalent d'un groupe ou d'une communauté. Il s'agit d'une image et d'un préjugé qui s'imposent à chacun, à l'interface de l'individu et du collectif, avec une valeur prédictive ou prédicative.

Toujours selon D. Jodelet (10), « les représentations sociales sont des systèmes d'interprétation régissant notre relation au monde et aux autres, qui orientent et organisent les conduites et les communications sociales. Les représentations sociales sont des phénomènes cognitifs engageant l'appartenance sociale des individus par l'intériorisation de pratiques et d'expériences, de modèles, de conduites et de pensée ».

Ainsi, les représentations sociales sont à la base des codes de vie de la communauté. Leur impact est d'autant plus fort qu'elles sont en grande partie véhiculées insidieusement par l'ensemble du corps social. Elles survivent largement à l'expérience et au savoir. Ainsi, il en résulte que les comportements des individus et des groupes ne sont pas influencés par la connaissance et la réalité de la situation, mais par les représentations qu'ils ont de cette situation, par leur construction et leur croyance commune. (11)

Les représentations sociales, ces idées reçues que chacun a pu s'approprier et qui sont partagées par toute une société, seraient donc nos grilles de lecture, nos moyens de décodage et nos constructions de la réalité, communes à notre groupe d'appartenance. Elles vont être déterminantes pour le comportement de la société sans que nous en ayons réellement conscience (12).

P. Mannoni (13) présente donc les représentations sociales comme une sorte de « prêt à penser » des membres d'une société dont la vocation serait de décrire les événements, les situations, de les expliquer et de les juger.

Elles contribuent ainsi à la vision que chacun peut avoir du monde et de l'être humain, et orientent les conduites et les règles de vie en société.

Ces différentes définitions mettent en évidence le double aspect de la question des représentations sociales, celui de l'intervention du psychologique sur le social et celui du social sur le fonctionnement psychologique (14).

### *b) Naissance et historique du concept*

Au delà des nombreuses définitions et approches de la notion de « représentation sociale » selon l'obédience des chercheurs, les champs d'investigation étaient très larges : des représentations de la culture (Kaes), de l'enfance (Chombart De Lawe) à celles de la vie professionnelle (Herzberg, Mausner et Snyderman). Nous retiendrons ici l'étude des représentations sociales de la santé et de la maladie (Herzlich et Laplantine), du corps humain et de la maladie mentale (Jodelet).

#### - **Emile DURKHEIM**, 1912 : le concept de représentation

C'est au sociologue français Emile Durkheim que l'on doit l'invention du concept de représentation qu'il appelait "*collectives*" à travers l'étude des religions et des mythes. Pour l'auteur, « *les premiers systèmes de représentations que l'homme s'est fait du monde et de lui-même sont d'origine religieuse* » (15).

Il proposait aussi la notion de représentation collective pour expliquer divers problèmes d'ordre sociologique. Selon Durkheim, la société forme un tout, une entité originale, différente de la simple somme des individus qui la composent. Il s'intéresse aux représentations sociales et étudie en quoi la production intellectuelle des groupes sociaux joue un rôle dans la pratique sociale. Les individus seraient des créateurs de schémas de pensée, d'images transmises collectivement, donnant une signification à la réalité qui les entoure. Un homme qui ne penserait pas par concept ne serait pas un homme ; car ce ne serait pas un être social, réduit aux seuls percepts individuels, il serait indistinct et animal (15).

On retiendra de Durkheim, l'idée d'une supériorité des éléments sociaux, conscience collective et représentation collective, sur les éléments individuels.

- **Serge MOSCOVICI**, 1961

En France, c'est à Serge Moscovici que l'on doit la reprise et le renouvellement des acquis durkheimiens par son étude publiée en 1961 sous le titre « La psychanalyse, son image et son public » (16). Il élabore véritablement le concept de « représentation sociale ».

Pour l'auteur, « les représentations sociales apparaissent comme des contenus organisés, susceptibles d'exprimer et d'infléchir l'univers des individus et des groupes. D'un côté apparaissent ces contenus particuliers et de l'autre, des structures, des rapports sociaux (...) » (16). Ainsi, Serge Moscovici remarque déjà que l'on ne peut se limiter à décrire une représentation par sa seule composante sociale : une représentation sociale a aussi une composante cognitive, un abord psychologique, soumise à une logique différente de la logique sociale.

- **Willem DOISE**, 1985 ; **Denise JODELET**, 1989

« Les représentations sociales sont des principes générateurs de prises de position liées à des insertions spécifiques dans un ensemble de rapports sociaux et organisant les processus symboliques intervenant dans ces rapports » (9).

Ainsi, Doise attribue aux représentations sociales un rôle dans l'orientation des conduites et des comportements.

Jodelet insiste également sur les fonctions de ces représentations sociales: elles donnent une identité, un trait commun à un ensemble social. Les membres d'un groupe social sont d'autant plus liés qu'ils perçoivent la réalité extérieure à travers le filtre commun de leur représentation.

- **François LAPLANTINE**, 1989 ; **Jean-Claude ABRIC**, 1994

« La représentation est le produit et le processus d'une activité mentale par laquelle un individu ou un groupe reconstitue le réel auquel il est confronté, et lui attribue une signification spécifique. » (17)

Dans leurs définitions, Laplantine et Abric apportent une notion nouvelle: la représentation n'est pas le reflet de la réalité, elle est une interprétation de la réalité ; interprétation

influencée par le contexte (histoire, culture, croyances...) dans lequel elle se crée, se développe et évolue.

### c) *Structuration des représentations sociales*

Il est possible d'isoler, parmi les différentes façons d'aborder l'étude des représentations, trois approches essentielles concernant au mieux le concept de représentation sociale : l'étude de leur contenu, celle de leurs mécanismes d'élaboration et celles de leurs fonctions.

#### **Le contenu des représentations sociales** (Abric, 1994)

D'une manière générale, les produits d'une représentation sociale se structurent selon trois axes :

- l'information
- le champ de représentation
- l'attitude

#### ○ *L'information*

C'est la somme des connaissances sur l'objet de la représentation. Elle est plus ou moins abondante selon l'objet considéré.

Pour Claudine Herzlich, l'information sur l'objet est formée par des croyances, préjugés, connaissances significatives ou non, stéréotypes que nous possédons de l'objet.

#### ○ *Le champ de représentation*

Il correspond à une organisation de l'information, à une hiérarchisation des connaissances. Le souci d'opérationnaliser la notion de représentation sociale a conduit les chercheurs, sur la voie ouverte par Moscovici, à mieux en cerner les contenus et l'organisation, puis à élaborer des modèles méthodologiques pour les mettre en évidence (14).

Abric, en affinant le travail précurseur de Moscovici propose ainsi en 1961 une organisation en deux composantes : un noyau central de connaissances et des éléments périphériques.

- Le noyau central

Le noyau central « dépend fortement de la mémoire collective du groupe et constitue le fondement commun de la représentation. C'est grâce à lui que se définit, et se réalise l'homogénéité du groupe. Il marque donc le consensus » (14).

Ce noyau central est composé d'un ou de plusieurs éléments. Il a comme propriété la stabilité, il en effet constitué des éléments les plus stables et les plus rigides de la représentation, ceux qui résistent le plus aux évolutions. Selon J.C Abric (11), il est investi de deux fonctions :

- une fonction génératrice : c'est par lui que se créent ou se transforment les autres éléments de la représentation, par lui que ces éléments prennent un sens.
- une fonction organisatrice : il est responsable de la nature des liens unissant les éléments périphériques entre eux, il organise donc la structure de la représentation.

- Le système périphérique

Il donne la possibilité à chaque individu de procéder à une modulation plus individuelle de la représentation par intégration du vécu, de l'expérience, et de l'histoire personnelle et permet à la représentation d'admettre l'hétérogénéité du groupe. (14)

“Moins rigide que le système central, et plus sensible au contexte immédiat”, il est quant à lui composé d'éléments plus nombreux, plus fluctuants et plus malléables.

J.C. Abric (17) lui attribue trois fonctions :

- une *fonction de concrétisation* : les éléments périphériques permettent d'habiller la représentation en des termes concrets, assimilables et compréhensibles d'emblée.
- une *fonction de régulation* : ce système périphérique, plus malléable que le noyau central permet d'intégrer de nouveaux éléments.
- une *fonction de défense* : le caractère fluctuant des éléments périphériques agit comme un “pare-choc” (Flament, 14) protégeant le noyau central. Ainsi, ce système périphérique peut contenir des éléments contradictoires, sans affecter le noyau.

- ***L'attitude***

C'est le penchant positif ou négatif que le groupe social ressent envers l'objet de la représentation. L'attitude est l'aspect le plus archaïque ce qui lui confère une grande stabilité. Pour Moscovici, l'attitude est le reflet de la disposition plus ou moins favorable, positive ou négative d'un sujet face à l'objet qui oriente l'action en relation à l'objet.

### **Les mécanismes d'élaboration et de fonctionnement des représentations sociales**

(Doise et Palmonari, 2002) (19)

Selon Moscovici (1976) et Doise (1990), c'est par l'intermédiaire de deux processus majeurs qui cernent la spécificité des représentations sociales, que s'opère la fonction constitutive de la réalité et que s'explique comment la nouveauté s'intègre dans un état donné de la réalité mentale : l'objectivation et l'ancrage.

L'objectivation "rend concret ce qui est abstrait" (19), tandis que l'ancrage « concerne l'enracinement social de la représentation et de son objet » (8).

- ***Le processus d'objectivation***

L'objectivation est à l'origine de la représentation sociale. Ce processus consiste à rendre concret une situation ou un état qui serait abstrait, pour lui donner une place dans notre monde imaginaire. Selon Moscovici (20), l'objectivation de la représentation réside dans le fait de fournir un « noyau figuratif », une image stable et communicable. Mais cette objectivation passe par une transformation de l'objet de la représentation. Elle n'est pas la réalité, elle n'est pas la vérité de cet objet.

- ***Le processus d'ancrage***

L'ancrage se charge d'intégrer l'objet représenté dans un système de pensée préexistant.

En effet, la construction de la représentation d'un objet nouveau pour le sujet s'opère en référence à des croyances, à des valeurs et à des savoirs qui préexistent et qui sont dominants dans son groupe. Ainsi d'après Moscovici, on rend familier ce qui est étranger. La représentation sociale va donner un sens à l'objet en créant des liens entre ce nouveau

domaine et ce qui nous est déjà connu, et permettre ainsi sa concrétisation et son fonctionnement quasi-instantané dans notre façon de penser et d'agir.

### **Les fonctions des représentations sociales** (Abric, 1994)

- ***Fonctions de savoir***

Elles permettent de comprendre et d'expliquer la réalité. Les représentations sociales permettent la transmission de connaissances sur l'objet représenté. Ces connaissances sont variables d'un groupe social à un autre, puisqu'elles sont filtrées, modelées pour être adaptées au contexte dont elles dépendent.

- ***Fonctions identitaires***

Elles définissent l'identité, et permettent la sauvegarde de la spécificité des groupes. Ces représentations, reconnues par tous les individus d'un même groupe, visent à valoriser l'appartenance à un groupe plutôt qu'à un autre, renforçant ainsi les liens entre les membres d'un groupe social.

- ***Fonctions d'orientations***

Elles guident les comportements et les pratiques. Le comportement face à un objet dépend plus de sa représentation que de l'objet lui-même.

- ***Fonctions justificatrices***

Elles permettent à posteriori de justifier les prises de position et les comportements. La référence aux représentations permet à chacun de justifier ses conduites. Cette fonction pérennise la représentation et renforce le sentiment d'appartenance à un groupe.

## 2. Le processus de stigmatisation

### a) Définitions

Les « stigmates », les « préjugés » et les « stéréotypes » interviennent dans les représentations sociales et provoquent des attitudes d'acceptation ou de rejet d'un individu, au sein même de son groupe d'appartenance, ou au sein d'un autre groupe. Ces phénomènes interviennent d'autant plus que ces représentations concernent la santé et les maladies. Il importe de définir ces notions pour tenter de mieux comprendre le concept complexe de stigmatisation.

#### **Le stigmate**

En grec ancien, « *stizein* » signifiait « tatouer », « marquer au fer rouge », et « *stigma* » renvoyait à la marque physique d'identification que l'on imprimait au fer sur la peau des esclaves de la Grèce Antique, pour indiquer au reste de la société leur statut inférieur ou leur moindre valeur en tant que membres de cette société. Il désignait aussi les marques faites aux recrues militaires dans l'Empire Romain.

Du grec, le terme est passé au latin « *stigmata* » : marques imprimées aux esclaves et marque d'infamie, puis est apparu dans les langues modernes.

Le terme s'applique aujourd'hui « plus à la disgrâce elle-même qu'à sa manifestation corporelle » (21). C'est alors la moralité supposée entachée de la personne qui donne consistance au stigmate, la marque devenant à proprement parler symbolique, symbole (22).

Il s'agit donc d'une trace, d'une marque visible qui permettrait à tous de savoir et de reconnaître. Une marque durable déposée sur le corps d'une personne afin que puissent être connues de tous l'opprobre, l'ignominie de celui qui la porte ; et qui persiste malgré la disparition de l'objet qui l'a provoquée (par exemple, les stigmates de la variole désignent les cicatrices résiduelles d'une atteinte ancienne de la maladie).

L'historique du mot révèle que cette distinction a pu revêtir un caractère glorifiant. Dans le domaine religieux, les stigmates du Christ, marques des blessures du corps crucifié de Jésus-Christ qui apparaissaient chez certaines personnes (généralement dans le creux des mains et sur la plante des pieds), indiquaient que ces dernières avaient mené une vie remarquable au

plan spirituel et religieux, une vie sainte. Le stigmaté est ici signe d'élection plutôt que d'éviction. Il emprunte une consonance sacrée conférée par les saintes écritures (23).

Aujourd'hui, « stigmates » est toujours un nom masculin pluriel dans l'acceptation religieuse, qui désigne l'apparition de marques corporelles rappelant le supplice du Christ.

Rapidement, cette marque a revêtu un aspect péjoratif. Vers la fin du Moyen-Âge, ce mot a pris le sens d'une diffamation publique. Nous pouvons évoquer la marque au fer rouge faite aux criminels pour les rendre reconnaissables de tous, la marque des bagnards, la crécelle des lépreux, etc. Il s'agit donc à la fois d'une insigne de la honte, d'une marque d'infamie ou de disgrâce et d'une désapprobation sociale grave.

Progressivement, cette notion de « stigmaté » a infiltré le vocabulaire médical (fin XIX<sup>e</sup>-début XX<sup>e</sup>), il désigne alors un « état morbide peu apparent » (1847) ou « des traces laissées par une maladie » (1904). Le stigmaté correspond donc à un indice apparent, révélant chez l'individu un état et un passé considéré comme dégradant. Depuis la lèpre, d'autres maladies ont été fortement stigmatisées : la tuberculose, le cancer, le sida, les maladies mentales.

Pour le sociologue canadien Erving Goffman (1922-1992) dont les travaux ont fait naître le concept de stigmatisation tel qu'il est utilisé en sciences sociales aujourd'hui, le stigmaté correspond à toute caractéristique propre à l'individu qui, si elle est connue, le discrédite aux yeux des autres ou le fait passer pour une personne d'un statut moindre.

Il distingue trois grandes catégories de stigmates :

- Les stigmates corporels : les handicaps physiques, les troubles de la vision (myopie, cécité..), les défauts du visage ou du corps (difformité, nanisme..)
- Les stigmates tenant à la personnalité et/ou passé de l'individu : troubles du caractère, séjour passé dans un hôpital psychiatrique, éthyliste chronique.., dans certaines situations socio-historiques ce peut être le discrédit attaché à la femme divorcée, au chômeur, à l'homosexuel...
- Les stigmates « tribaux » qui correspondent à la race, à la religion ou à la nationalité et peuvent être transmis de génération en génération : le cas des Noirs au USA en est le meilleur exemple.

L'auteur définit ainsi le stigmaté comme « un attribut qui jette un discrédit profond », mais

précise « qu'il faut bien voir qu'en réalité, c'est en terme de relations et non d'attributions qu'il convient d'en parler » (21). Le processus de stigmatisation ne dépend donc pas seulement d'une manière d'être identifié mais dépend aussi du type de relation entretenu entre les individus.

Goffman met aussi l'accent sur le caractère « dynamique » de la construction et du maniement du stigmaté, en distinguant plusieurs moments dans cette dynamique, parmi lesquels : le contrôle par le détenteur du trait de l'information le concernant (paroles, gestes, autres signes..) ; le jugement porté par l'autre sur le détenteur du trait (« déviant », « malade mental »..) ; et la réaction qui suit le jugement (exclusion, pitié, gêne, embarras..) (24)

Le « stigmaté » est donc nécessairement « social et relationnel » : « le normal et le stigmaté ne sont pas des personnes mais des points de vue. Les attributs stigmatisants (que possède quelqu'un) ne déterminent en rien la nature des deux rôles : ils ne font que définir la fréquence avec laquelle doit jouer l'un ou l'autre ». Nous retiendrons ainsi la définition de Goffman selon laquelle le stigmaté répond à une « construction sociale » (21).

### **Les préjugés**

La relation entre le stigmatisateur et le stigmaté est médiatisée par un jugement « a priori » que les psychosociologues ont tenté de conceptualiser sous le label de préjugé.

Un préjugé est « une attitude négative ou une disposition à adopter un comportement négatif envers un groupe, ou envers les membres de ce groupe, qui repose sur une généralisation erronée et rigide » (25).

Pour Dovidio et Gaertner (26), « les préjugés sont économiques, commodes et efficaces, facilitateurs de la communication sociale en même temps qu'activateurs épistémologiques de la pensée vulgaire ».

Fisher (27) définit quant à lui le préjugé comme « une attitude de l'individu comportant une dimension éducative, souvent négative, à l'égard des types de personne ou de groupes, en fonction de sa propre appartenance sociale ». Cet auteur ajoute qu'il s'agit d'une disposition acquise dont le but est d'établir une différenciation sociale.

Les préjugés font appel à l'inconscient et aboutissent à un jugement pré-élaboré. Ils génèrent ainsi des attitudes négatives de discrimination, de rejet et d'exclusion. Il n'en est pas forcément de même pour les stéréotypes.

### **Les stéréotypes**

Pour Leyens (28), les stéréotypes sont « des théories implicites de personnalité, que partage l'ensemble des membres d'un groupe, à propos de l'ensemble des membres d'un autre groupe et du sien propre ».

Pour lui, contrairement aux préjugés, « les stéréotypes ne sont pas nécessairement négatifs » et leur fonction est « de rendre l'environnement complexe dans lequel on vit, plus compréhensible et prévisible ».

Connaître les stéréotypes, c'est permettre de donner un sens à ce que quelqu'un fait et à ce que nous observons à son égard, en le reliant à une catégorie de personne.

#### *b) La stigmatisation, selon Goffman (1963)*

La notion de stigmatisation est rattachée au nom d'Erwin Goffman, qui la développe dans son ouvrage *Stigmates - Les usages sociaux des handicaps* (Les Editions de Minuit, 1975, première édition en 1963). Pour l'auteur, pionnier de la psychologie sociale, la stigmatisation renvoie à un processus non spécifique qui peut concerner tout acteur social à un moment ou à un autre de sa vie.

Il est difficile d'énoncer une définition unanime et consensuelle de la stigmatisation. D. Jodelet (29) rappelle que la stigmatisation est un « phénomène complexe qui réclame une approche pluridisciplinaire ».

En effet, depuis l'essai fondateur de Goffman, il faut noter les nombreuses origines disciplinaires des chercheurs qui ont travaillé sur cette notion et sa définition. Aussi, depuis les années 60, la recherche menée sur la nature et les conséquences du stigmaté et le processus de stigmatisation, a été extrêmement productive et les différentes élaborations ont

considérablement varié. Le recensement des publications sur le sujet montre qu'elles ont quadruplé entre la période allant de 1964 à 1989 et celle qui va de 1990 à 2004 (29).

Par exemple, pour Stafford et Scott (30), toute qualité individuelle ou « tribale » peut devenir un stigmaté : la vieillesse, la paralysie, la toxicomanie, la folie, l'alcoolisme, l'obésité, l'illettrisme, le handicap physique, la nationalité... Ils proposent ainsi que la stigmatisation « soit une caractéristique d'une personne qui est contraire à la norme de l'unité sociale », où la « norme » est définie comme la « conviction commune qu'une personne doit se comporter d'une certaine manière à un (certain) moment donné » (30). Les auteurs poussent plus loin l'interprétation sociale en situant la stigmatisation du côté de la déviance. En reprenant Goffman qui suggère que tous les membres d'une société partagent un certain nombre d'idéaux, ils considèrent qu'il existe un consensus à propos de la façon d'être et de se conduire. Celui qui s'en écarte devient déviant.

Crocker et al. (31) indique que « les individus stigmatisés possèdent (ou sont censés posséder) un attribut ou une caractéristique, les définissant comme porteurs d'une identité sociale dévalorisée dans un contexte social particulier ».

Enfin, selon Thornicroft (32), la stigmatisation est un terme global qui comporte trois aspects majeurs : les problèmes de connaissance (ignorance), d'attitude (préjudice) et de comportement (discrimination).

Il apparaît que c'est seulement à partir de l'entrée dans le XXI<sup>e</sup> siècle qu'une réflexion épistémologique s'est engagée dans l'élaboration d'une définition conceptuelle de la stigmatisation. Cette réflexion de D. Jodelet (29) est fondée sur un examen de nombreux travaux de sciences sociales et humaines consacrés à la stigmatisation depuis l'ouvrage de Goffman, qu'elle décrit comme « œuvre séminale, qui reste encore la référence fondamentale pour bien des auteurs. »

Depuis que Goffman l'a en effet caractérisée « d'identité abimée », la stigmatisation est apparue comme une expérience profonde de discrédit et d'isolement social, associée à des sentiments de culpabilité, de honte, d'infériorité et à un désir de dissimulation (33).

Le stigmaté se construit ainsi à travers ce que Goffman nomme « l'identité sociale virtuelle ». Elle correspond aux caractéristiques que nous prêtons à une catégorie, alors que « l'identité sociale réelle » correspond au véritable profil de la personne. C'est lorsque l'écart entre

l'identité sociale réelle et l'identité sociale virtuelle devient significatif que l'on peut parler de stigmatisation (Goffman, 1975).

Dans ce sens, Lovell (24) précise que si la psycho-sociologie s'efforce de comprendre comment les catégories cognitives sont construites et associées à des stéréotypes sur certaines personnes, la perspective socio-anthropologique s'attelle au caractère social des processus de stigmatisation. Ainsi, la sociologie de la stigmatisation s'intéresse davantage aux conséquences sociales de l'association entre un stéréotype et certaines actions, en particulier la discrimination et l'exclusion, qu'aux relations interindividuelles (34) (35).

### *c) Le « cercle vicieux » : les étapes du mécanisme*

Selon Link et Phelan (34), le mécanisme de stigmatisation est un cercle vicieux qui consiste à étiqueter, stéréotyper, séparer, discriminer et priver de pouvoir un groupe social. D. Jodelet (29) énonce qu'aujourd'hui, un consensus se dégage autour d'une conceptualisation du processus de la stigmatisation où font système plusieurs dimensions :

- d'abord, ses dimensions symboliques : nomination, étiquetage, attribution de traits catégoriels relevant du stéréotype ou du préjugé
  - puis, ses dimensions pratiques : disqualification, ségrégation, distance et exclusions sociales
  - ensuite, ses liens avec les contextes de vie et les situations d'interaction
  - et enfin, son association à la distinction entre « eux » et « nous », et aux relations de pouvoir.
- 
- La perception de la différence et la théorie de l'étiquetage

Faire de la stigmatisation un fait social renvoie à la façon dont les individus gèrent la différence (36). La première étape clé du mécanisme de la stigmatisation réside en cette perception de la différence (37) et semble se situer dans l'identification de « quelqu'un de différent ». A compter de 1950, de nombreuses études portant sur la stigmatisation des malades psychiques font référence, pour expliquer ce phénomène, à une analyse conceptuelle appelée « théorie de l'étiquetage ». Le pionnier de la théorie de l'étiquetage est probablement F. Tannenbaum (1938), dont la thèse était que l'identification et l'insistance portée à certaines caractéristiques de l'individu, pouvant aller jusqu'à la ségrégation de ce dernier, finissaient par le pousser à agir en conséquence.

H. Becker (1963) (38), présenté comme le véritable fondateur de la théorie de l'étiquetage, considère que le fait d'affubler un individu d'une étiquette risque d'amener ce dernier à accepter et intérioriser cette étiquette et, une nouvelle fois, à agir en conséquence.

Se rapprochant du constructivisme social, les théoriciens de l'étiquetage remettent en question la valeur de la caractéristique qui fait qu'une personne est différente. Ainsi, le problème serait moins lié à telle ou telle caractéristique, qu'à l'étiquette qu'elle a contribué à faire porter par le groupe social (39).

- La catégorisation

E. Goffman (21) rappelle que le fait d'attribuer un diagnostic, une « étiquette », entraîne un processus de catégorisation.

En effet, D. Jodelet (29) explique que l'étiquetage renvoie à un processus socio-cognitif consistant à appliquer à un individu ou à un groupe une catégorie préétablie qui l'objective. Obéissant à un besoin d'économie cognitive et de maîtrise de l'environnement, il conduit à ranger, de manière rigide et stéréotypée, la personne ou le groupe ainsi labellisées dans des classes prédéfinies, entraînant des conduites réglées et discriminantes. Lié à l'étiquetage, le processus de catégorisation consiste à assimiler dans une même catégorie toutes les personnes qui en présentent une caractéristique et, par un processus d'extension, à appliquer à ces personnes toutes les caractéristiques de cette catégorie quelles que soient leurs particularités individuelles.

Ainley (40) note que les Hommes ordonnent le monde dans lequel ils vivent en catégorisant les choses et leurs semblables. La catégorisation est un processus essentiel qui écarte l'angoisse engendrée par la confusion.

- La nomination et la séparation : « eux » et « nous »

Il convient d'ajouter à ces deux premières étapes du mécanisme de stigmatisation, la nomination qui renvoie plus directement à une dynamique sociale. Nommer, c'est créer une réalité ; c'est aussi introduire un processus de classement social, par le biais de l'étiquetage et de la catégorisation. Un tel classement permet d'affirmer sa propre identité.

Dans la conceptualisation proposée par les sciences sociales, la distinction entre « eux et « nous » est un ressort fondamental de la stigmatisation (29). Elle contribue en effet à créer et à marquer une séparation entre la personne et le groupe social, à l'origine d'une perte de statut social (41) (42).

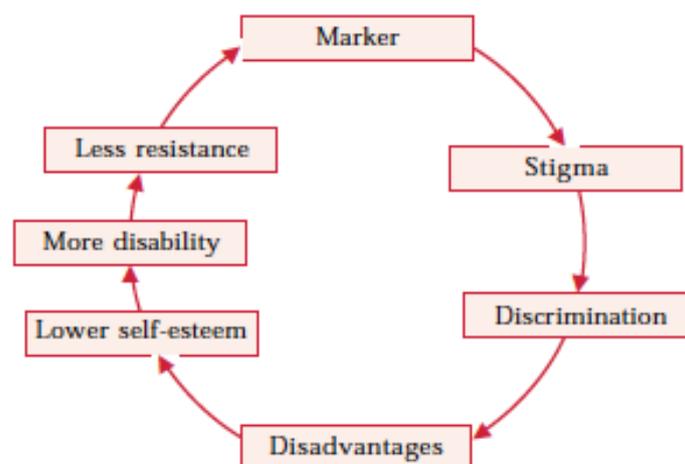
- L'autostigmatisation

De son côté, le stigmatisé a conscience de l'être (43) et les auteurs se sont interrogés sur les effets de cette perception. Le constat est celui d'une dévalorisation personnelle et d'une chute de l'estime de soi.

Cette prise de conscience du stigmaté est une condition nécessaire, bien qu'insuffisante, à l'étape suivante du processus de stigmatisation, décrite comme le phénomène d'autostigmatisation. Il correspond à la réaction de l'individu appartenant à un groupe stigmatisé qui retourne l'attitude stigmatisante contre lui-même (44).

En effet, l'individu stigmatisé va progressivement s'approprier le stigmaté; c'est donc la réaction sociale vis-à-vis du problème identifié chez un individu qui va petit à petit être intériorisée par ce dernier, et qui va l'amener à se comporter comme les autres individus s'attendent à ce qu'il se comporte.

Sartorius décrit ainsi le cercle vicieux du processus de stigmatisation, où l'autostigmatisation renforce de manière durable la représentation négative que le stigmatiseur a de l'individu, ou du groupe social stigmatisé (Fig. 1)



**Fig. 1** Processus de stigmatisation, selon Sartorius (45)

La stigmatisation se comprend alors comme un processus circulaire (46), un individu présente une caractéristique qui n'obéit pas aux normes du groupe social :

- le groupe social considère que cette caractéristique se situe au-delà de la norme
- face à l'identification de cette différence, l'attitude du groupe social va consister d'une part à se protéger de cette intrusion (mise à l'écart), puis à se construire dans cette altérité en se confirmant dans sa norme selon le clivage soi/non soi, nous/eux, normal/anormal.

## **B. La « folie » et ses représentations, d'Hier à Aujourd'hui**

La stigmatisation et les discriminations envers les personnes souffrant de maladies mentales ont existé de tout temps. Elles apparaissent ancrées dans les habitudes sociales et réfractaires à l'évolution et au changement. La ségrégation des malades psychiques semble une constante à travers les siècles.

### **1. De l'antiquité à la Renaissance**

Dans la **Grèce antique**, les malades étaient tenus à l'écart ou enfermés pour les plus dangereux, voir parfois mis à mort.

Malgré le caractère logique de leur philosophie et de leur médecine, les Grecs de l'antiquité ont eu recours à la religion pour demander la guérison de leurs malades.

HIPPOCRATE (460-375 av JC) a proposé une première classification des maladies dans laquelle une place est faite aux maladies mentales, sans séparation nette avec les maladies physiques. Il est à l'origine de la "théorie humorale", qui dit que la santé est fonction de l'équilibre des humeurs (sang, bile...). Les troubles de l'humeur altèrent les fonctionnements du cerveau et provoquent ainsi la folie. Il n'existe pas de traitement médical spécifique ("soins" religieux ou magiques).

Le **Droit Romain** institue l'incapacité de l'aliéné et il existe un "curateur des fous". Quelques établissements charitables apparaissent à la fin de l'empire.

**Les Hébreux** apportent une conception religieuse monothéiste, s'inscrivant en faux contre le polythéisme et la magie. La maladie est pour eux la punition des péchés, et les prêtres apparaissent comme les guérisseurs.

Pendant tout le **Moyen-Age chrétien** et même depuis, une perception religieuse des maladies mentales, en rapport avec les mentalités populaires, va coexister avec une conception proprement médicale, qui engendre la méfiance en tant qu'oeuvre païenne. On explique alors les troubles mentaux par une possession démoniaque, une manifestation du péché, de l'hérésie et on envoie au bûcher. C'est l'opinion commune de la foule et de certains théologiens que de dire des mélancoliques et des maniaques qu'ils ont le diable dans le corps, ce que souvent les malades croient eux-mêmes et proclament.

Le Moyen-Âge organise l'incapacité civile du malade mental, mais oblige sa famille, si cela est possible, à en assurer la garde, sinon il est enfermé dans les donjons. On le retrouve aussi dans les Hôtels Dieu avec les autres malades et les pauvres (du fait de l'obligation d'assistance et de charité). Les hôpitaux commencent à réserver aux fous des salles spéciales et on retrouve de nombreux malades vagabonds ("fous sans aveu").

Si durant la première partie du Moyen-Age la « folie » est plutôt acceptée, les trois derniers siècles de cette période la bannissent, la condamnent et la persécutent en la rangeant définitivement du côté du péché, de la faute, de la sorcellerie et du démon. La crise sévit dans la plupart des pays de l'Europe et, faute de trouver des remèdes au mal, l'Eglise et les seigneurs vont chercher des coupables. Pendant la période sanglante de l'inquisition médiévale avec ses tribunaux ecclésiastiques chargés de lutter contre les hérétiques, on se met en chasse des coupables désignés, dont les sorcières et les possédés. Les bûchers s'allumeront dans toute l'Europe jusqu'au XVIème siècle.

## 2. La Renaissance

C'est à cette époque que sont réhabilités les auteurs antiques (traduction d'Hippocrate en 1525, et réédition de Gallien de Venise en 1550).

Ainsi, en s'écartant des doctrines rigides pour retourner aux sources de la philosophie de l'Antiquité, un mouvement humaniste apparaît et s'oppose aux superstitions et à l'obscurantisme religieux. La folie devient une méthode philosophique pour étudier le monde et ses paradoxes en s'affranchissant des convenances ("Eloge de la Folie" de Desiderius ERASME en 1511, et "l'Utopie" de Thomas MORE en 1516).

Jean WIER (1515-1588) est un médecin humaniste néerlandais qui s'insurge contre la pratique du bûcher appliquée aux Fous et tente de donner des explications rationnelles aux manifestations et symptômes de la maladie mentale.

C'est l'époque de la création des premiers établissements pour les "insensés" (Manicome de Valence (1409), hospice St Jean de Dieu de Grenade (1537), monastère de Ste Marie de Bethléem à Londres (1547).

Mais la renaissance reste une période très marquée par l'Inquisition et nombreux sont les fous, les hérétiques et les sorcières qui périssent encore dans le feu.

Au niveau thérapeutique, les méthodes de coercition restent les plus utilisées.

### 3. La folie à l'âge classique (1453-1789)

A l'Epoque Moderne (XVI, XVII, XVIIIème siècles) la notion de folie est très présente. Elle s'y manifeste par différents aspects. Il y a d'abord une **allégorie** de la folie : c'est l'époque des fêtes des fous, permettant un défoulement collectif, mais aussi celle des bouffons, des fous du roi (qui parfois étaient d'authentiques malades mentaux).

Cette époque est encore aussi celle de la sorcellerie et des buchers. Le magique et le religieux assurent leur permanence dont le maintien des pèlerinages à but thérapeutique et miraculeux est le témoignage évident.

Michel FOUCAULT (1954, "*maladie mentale et psychologie. Histoire de la folie à l'âge classique*") propose la thèse du **renfermement** des fous et voit dans la fondation en 1656 de l'Hôpital Général de Paris, l'acte premier de ce grand enfermement. Cependant, il semble que les insensés ne soient que minoritaires (5 à 10%) dans cet enfermement progressif : les mendiants, les libertins, les vénériens, les galeux, les enfants trouvés vont être enfermés de plus en plus souvent.

Les "maisons de forces", qui sont alors des locaux de correction tenues par des communautés religieuses et qui accueillent moyennant une pension les "correctionnaires", sont composés de 20% d'insensés. Certaines de ses maisons se spécialisent comme Charenton ou le Bon Sauveur de Caen.

Acte souverain, la "**lettre de cachet**" émane du roi et ordonne l'internement, tel un "placement administratif" qui fait suite à une procédure de demande écrite de la famille puis d'une enquête de l'intendance. Ainsi la famille est maîtresse de la liberté de ses membres. Et les

motifs des demandes des familles étaient souvent la prise en charge des marginaux et des déviants considérés donc comme des fous.

La Révolution Française abolit les lettres de cachet mais maintient l'enfermement.

L'échec progressif des hôpitaux généraux et l'insuffisance des maisons de force amène la création au XVIIIème siècle des **dépôts de mendicité** et l'enfermement va prendre cette fois un caractère massif (230000 personnes entre 1768 et 1789). Les insensés, bien qu'encore minoritaires, sont les pensionnaires les plus stables.

C'est l'époque aussi du **mouvement philanthropique** :

Jacques NECKER (1732-1804) lance la prise en charge de l'assistance par le gouvernement. Jean COLOMBIER et François DOUBLET, en 1785, rédigent leur "*Instruction sur la manière de gouverner les insensés et de travailler dans les asiles qui leur sont destinés*" qui est diffusée dans tout le royaume.

*"Des milliers d'insensés sont renfermés dans des Maisons de Force, sans qu'on songe seulement à leur administrer le moindre remède : le demi-insensé est confondu avec celui qui l'est tout à fait ; le furibond avec le fou tranquille ; les uns sont enchaînés, les autres libres dans leur prison ; enfin, à moins que la nature ne vienne à leur secours en les guérissant, le terme de leurs maux est celui de leurs jours, et malheureusement jusque là, la maladie ne fait que s'accroître, au lieu de diminuer. Tel est l'état au vrai des ressources, jusqu'à ce moment, contre le fâcheux état des pauvres insensés : le cri de l'humanité s'est fait entendre en leur faveur, et déjà un grand nombre d'asiles se prépare pour leur soulagement, par l'établissement d'un département uniquement destiné pour eux dans chaque dépôt de mendicité, et l'on se propose d'y traiter indistinctement tous les genres de folies".*

Cette instruction préfigure l'asile thérapeutique du XIXème siècle.

Joseph DAQUIN (1732 - 1815) expose en 1791 dans "la philosophie de la folie" les principes de l'attitude médicale qui va devenir le traitement moral : "*Je veux enfin que le médecin vienne avec cette philosophie douce et consolante qui semble faire quelque chose sans agir et qui, sans vouloir d'abord considérer la maladie comme un ennemi, s'attache au contraire à le caresser, pour ainsi dire, comme un ami et s'assurer si les forces vitales qui constituent précisément ce qu'on nomme la nature sont seules suffisantes avec quelques légers secours, pour détruire les causes qui paraissent vouloir éteindre le principe de la vie.*"

Ainsi au XVIIIème siècle, les traitements psychologiques apparaissent, les soins hospitaliers se développent et l'intérêt pour ses maladies particulières permet de développer de nouveaux traitements.

Citons Franz Anton MESMER (1734-1815), qui développa le magnétisme animal et qui influencera plus tard le développement de l'hypnose. Ainsi la psychothérapie entre dans sa phase expérimentale. Il propage ses théories sur l'existence d'un fluide universel. Le magnétiseur, par des manipulations directes (attouchements, passes magnétiques) ou par des procédés indirects (le célèbre "baquet" dans des séances collectives) provoque des crises convulsives qui permettent de redistribuer harmonieusement le fluide, d'où l'effet curatif. Mais sous Louis XVI, deux commissions d'enquête condamne le magnétisme animal en niant l'existence de tout fluide, et en évoquant sa dangerosité pour les meurs.

#### 4. La naissance de la psychiatrie et des premiers aliénistes (1789-1838)

C'est dans le contexte de l'après Révolution Française, de l'"invention de la liberté" et des écrits de Pierre CABANIS ("*Rapports du physique et du moral*" en 1802) stipulant que "les faits psychologiques sont à rattacher à la physiologie et non aux sensations", qu'apparaissent les médecins dits "Aliénistes". Ils consacrent alors tout leur temps à fonder, diriger ou réformer des asiles d'aliénés.

Souvent, l'aliéniste habite dans un des bâtiments de son asile, observe et connaît tous ses malades individuellement, s'adonne à des recherches d'anatomie cérébrale où il croit que réside le secret des maladies mentales.

Un traitement humain des aliénés fut introduit par plusieurs pionniers, les "pères" de la psychiatrie dont les plus fameux sont Philippe PINEL (1745-1826), Jean Etienne ESQUIROL (1772-1840) et Johan Christian REIL (1759-1813).

Philippe PINEL est médecin de la division des insensés de Bicêtre (1793) puis médecin chef de la Salpêtrière en 1795. Il considère le "fou" comme un sujet et dit : "chez les aliénés, il y a une part de raison à laquelle le traitement s'adresse". Il adopte les principes philanthropiques : il instaure le traitement moral (parler avec douceur, compatir avec le patient et lui redonner

espoir), qui devient ainsi la base de toute psychothérapie, et insiste sur l'importance de l'hygiène et de l'alimentation. Il remplace le terme de "vésanie" par celui de l'"aliénation".

Il écrit en 1801 son "Traité médicophilosophique de la maladie mentale ou la manie", première nosographie de la maladie mentale, et qui aura un retentissement considérable non seulement chez les médecins mais aussi chez les philosophes (HEGEL-MAINE DE BIRAN). Cet espace de la rencontre possible avec le fou est à l'origine de l'asile, qui n'est pas seulement conçu comme lieu de renfermement et d'exclusion.

Jean-Etienne ESQUIROL, élève de PINEL écrit en 1805 sa thèse "*Les passions considérées comme causes, symptômes et moyens curatifs de l'aliénation mentale*".

En 1807 il entreprend le tour de France des lieux de renferment des aliénés (asiles, hospices et prisons).

En 1811, il est nommé Médecin-surveillant à la division des folles de La Salpêtrière.

En 1819, il écrit son célèbre rapport au Ministre de l'Intérieur "Asiles, des établissements consacrés aux aliénés en France et des moyens de les améliorer". Il est, comme son maître, défenseur du traitement moral et de l'asile : "*une maison d'aliénés est un instrument de guérison*".

Comme PINEL, il voit à la folie des causes à la fois physiques et morales, et ramène les maladies mentales à quatre groupes principaux : la démence, l'idiotie, la manie et les monomanies.

Il inspira la loi française du 30 juin 1838 avec Guillaume FERRUS (1784-1861), signée par Louis-Philippe, qui stipule que chaque département doit disposer d'un asile et que l'admission et le maintien des aliénés sont sous contrôle de l'autorité publique. Cette loi instaure également les conditions d'internement et régit alors les hospitalisations en psychiatrie pendant plus de 150 ans.

En 1808, Johan Christian REIL invente le terme de "psychiatrie" et la psychiatrie accède alors au rang de discipline médicale à part entière.

Les idées de REIL font référence :

- Les maladies mentales sont universelles. Tout le monde peut en être atteint.
- La lutte contre le rejet des malades est nécessaire et l'humanité doit prévaloir dans le traitement des malades mentaux.
- Des institutions guidées par l'humanité sont la base de soins de qualité.

- Les asiles de fous doivent être transformés en hôpitaux psychiatriques.
- Il est nécessaire d'assurer une prévention pendant les intervalles libres : il faut soutenir et éviter les «émotions fortes» ainsi que la sur ou sous-stimulation.
- La psychothérapie (thérapie psychique) est une méthode thérapeutique équivalente à la chirurgie et à la pharmacothérapie pour les maladies somatiques ou psychiques.
- Les problèmes mentaux peuvent causer des troubles somatiques.
- La psychiatrie est une spécialité médicale à part entière. Les philosophes et les psychologues ne devront pas être autorisés à la pratiquer.
- Seuls les meilleurs des médecins pourront devenir psychiatres.
- Une psychologie médicale spécifique des besoins des médecins sera fondamentale pour la formation.

Antoine Laurent BAYLE (1799 - 1858) soutient sa thèse en 1822 intitulée "Recherches sur les maladies mentales " dans laquelle il décrit un état de démence avec paralysie générale incomplète, thèse qui marque un temps essentiel dans l'histoire de la psychiatrie. Le modèle anatomoclinique de BAYLE devient idéal, et les aliénistes, pendant un demi siècle, vont chercher à l'appliquer à la pathologie mentale. Dès lors, dans une perspective organiciste, la psychiatrie lie son sort à celui de la neurologie, à la poursuite des lésions du système nerveux.

## **5. Le XXe siècle, la psychiatrie contemporaine**

On peut nettement y distinguer deux périodes séparées par la deuxième guerre mondiale.

Le début du XXème siècle est marqué par le développement des connaissances cliniques, l'amélioration de vie des malades et le dénuement thérapeutique.

La psychiatrie s'édifie d'abord comme une science en développant la nosologie et la nosographie, restant cousine de la neurologie, et s'approchant de la psychologie comme équivalent de la physiologie. Le cerveau, support de l'esprit, est l'objet de la recherche, en tant que détenteur de l'étiologie des maladies mentales.

Henri EY (1900-1977) est le dernier représentant de cette féconde période où les descriptions cliniques abondent.

Cette vision médicale trouve son prolongement dans les thérapeutiques biologiques qui apparaissent après la première guerre mondiale :

- L'impaludation : Von JAUREGG découvre un traitement de la paralysie générale en provoquant artificiellement de la fièvre en 1917 et obtient le prix Nobel en 1918.
- L'insulinothérapie ou cure de SAKEL, du nom de son fondateur (1932). Dans les années 50, cette méthode très employée provoque des comas hypoglycémiques avec parfois des convulsions. Elle est utilisée dans le cadre des psychoses endogènes.
- Choc convulsivant au cardiazol par Von MEDUNA (1936) : cette méthode provoque des convulsions et est également indiquée dans le cadre des psychoses endogènes.
- Les électrochocs par Hugo CERLETTI et Lucio BINI (1938) dont le principe est le passage d'un courant électrique entraînant une convulsion et dont les indications sont au départ le traitement de la schizophrénie, mais dès 1940, la cible de choix de ce traitement est la dépression. A cette même date, fut introduit la curarisation, pour prévenir le risque de complications traumatiques.
- La psychochirurgie par Edgar MONIZ, neurologue et homme politique portugais (prix NOBEL de médecine en 1949) dont les recherches sont inspirées des travaux de Ivan PAVLOV et Santiago RAMON Y CAJAL sur les connexions intercérébrales qu'il convenait de rompre lors de la fixation de certains troubles, notamment des obsessions. Au départ, ces coupures, ou lobotomies, furent pratiquées par injection d'alcool, puis par un appareil tranchant. Ces techniques se développèrent d'abord en Europe et trouvèrent leur apogée aux Etats-Unis autour des années 50. Outre les psychoses, cette pratique eut pour indication les obsessions sexuelles.

La deuxième guerre mondiale et le souffle de liberté qu'elle a apporté sur la civilisation occidentale est le véritable tournant pour la psychiatrie.

La **naissance de la psychopharmacologie** et notamment la découverte des neuroleptiques en 1952 (Jean DELAY et Pierre DENIKER), des antidépresseurs en 1957 et des anxiolytiques à la fin des années 50 sont à l'origine d'une véritable révolution dans la prise en charge des patients psychiatriques.

Mais en premier lieu, c'est le grand chambardement des Institutions qui mérite à lui seul, une étude rappelant les principales étapes de son fondement. D'autre part, l'ouverture de la psychiatrie à différents courants, tout d'abord aux sciences humaines, mais aussi aux neurosciences et à l'éthologie, reflète les différents axes théoriques de cette fin de siècle et la fécondité des approches interdisciplinaires et pluridisciplinaires.

La **désinstitutionnalisation** est une période qui voit diminuer le rôle de l'hospitalisation dans les établissements de grande capacité, souvent éloignés des grands centres urbains, et l'extension des traitements extrahospitaliers et des structures intermédiaires.

En 1945, au cours des journées nationales de la psychiatrie, Lucien BONNAFE (1912-2003) dénonce l'internement, cette "conduite primitive", stigmatise la perversion de l'hôpital et prononce sa condamnation.

En 1949, au congrès de Tours, Henri DUCHENE (1841-1965) définit la nécessité de la continuité des soins dans laquelle l'hôpital n'a plus qu'une place réduite.

En 1950, au premier congrès mondial de psychiatrie à Paris, est posé le déclin général de l'intérêt pour la psychiatrie clinique et la nosographie, ainsi que la diminution progressive de la part des médecins dans les soins aux malades mentaux.

En 1952, Georges DAUMEZON (1912-1979) et Philippe KOECHLIN introduisent le terme de psychothérapie institutionnelle, formule ambiguë qui sera remplacée par celle de thérapie institutionnelle. L'Institution est elle-même thérapeutique lorsque, par l'action du collectif soignant, elle est organisée en lieu de parole et considère le patient dans un réseau relationnel.

En 1953, Jean OURY (1924-2014) ouvre la clinique La Borde, véritable institution laboratoire, référence pour les soins aux malades psychotiques.

L'idée directrice est la mise en place de moyens de toute espèce pour lutter chaque jour contre tout ce qui peut reverser l'ensemble du collectif vers une structure concentrationnaire ou ségrégative.

L'hôpital est décrit comme un microcosme dans lequel, pour permettre aux malades d'investir leurs conflits, le psychiatre doit fournir des occasions d'identification et de transfert.

François TOSQUELLES (1912-1994) veut qu'il favorise les échanges et permette le processus de singularisation. Il veut faire éclater l'établissement classique et faciliter la survenue, à sa place, d'un ensemble de lieux institutionnels.

En 1960 (15/03/60), une circulaire signe l'acte de conception d'une idée : le **secteur**. Une deuxième circulaire précise que les pavillons ne doivent pas dépasser vingt-cinq lits.

En 1964, Louis LE GUILLANT, Lucien BONNAFE et Henri MIGNOT font, au congrès de Marseille, leur fameux rapport sur la chronicité. En un mot, "la relation mobilise, l'Institution fige". Ils ouvrent l'ère des formules et structures intermédiaires.

En 1965 - 66 - 67, les journées du « Livre Blanc » précisent ce qui est nécessaire pour qu'advienne la sectorisation. 4000 psychiatres obtiennent un statut qui les mobilise, le recrutement des infirmiers et paramédicaux est considérablement augmenté, et leur formation considérée comme essentielle.

En 1968, la neuropsychiatrie est séparée en Neurologie et Psychiatrie. Cette dernière peut prendre ses distances avec le milieu universitaire, qui voulait ignorer l'existence des Hôpitaux psychiatriques et l'importance de la connaissance des institutions.

Entre 1970 et 1990, le mouvement de désinstitutionalisation passe dans sa phase pratique et amène le dépérissement partiel de l'hôpital psychiatrique.

Mais paradoxalement, la désinstitutionalisation des malades paraît avoir contribué au renforcement des attitudes de discrimination (47). En effet, de nombreux travaux se sont attachés à mesurer dès les années 1950 la place du malade mental dans la société, alors de plus en plus intéressée par la psychiatrie communautaire. La recherche de R.E. Lamy en 1966 (48) fait apparaître que dans le Wisconsin aux États-Unis, les conditions de vie auxquelles étaient confrontés les malades mentaux étaient plus difficiles que celles faites aux anciens détenus. D'autres études montrent que les personnes ayant des troubles psychiques font peur et suscitent inquiétude et aversion, qu'elles ne suscitent ni estime ni compassion (49). Vingt ans plus tard, on conclut à une amélioration sensible de la tolérance et des comportements vis à vis de ces malades (50)(51), même si les résultats sont controversés par Cumming en 1973 (52).

## 6. La psychiatrie d'aujourd'hui : stigmatisation et conséquences

La psychiatrie est une discipline médicale qui puise ses origines dans l'histoire de la médecine et la philosophie de la psyché. C'est aussi une discipline qui se développe dans le champ des neurosciences, à l'interface du médical et du social.

### a) *La stigmatisation en psychiatrie*

Ce sujet extrêmement vaste et complexe pourrait faire l'objet d'un travail de thèse à lui seul.

Selon N. Sartorius, la psychiatrie fait en effet l'objet de stigmatisations aussi bien par le grand public, les étudiants en médecine, les professionnels de la santé, les patients et leurs proches, que par les médias (53).

L'archétype du « fou » représente le paradigme même du processus de la stigmatisation et de l'exclusion (54).

Toute « l'Histoire de la Folie » depuis le Moyen-Âge, pourrait être décrite comme une tentative d'échapper à cette représentation stigmatisante, à la fois par glissements de sens, par changements d'appellation et par évolution des concepts. Du « possédé par les démons » à « l'utilisateur des services de santé mentale », en passant par « l'aliéné » et le « malade mental », l'histoire apparaît comme un processus de désacralisation de la « folie » pour tenter, en la médicalisant, de la faire disparaître au profit de la « maladie mentale ».

Mais les résultats de la vaste enquête internationale menée par J.L. Roelandt et al. depuis 1999 auprès de plus de 40 000 personnes, et intitulée « Santé Mentale en Population Générale : images et réalité » (SMPG) (7) montrent selon l'auteur l'échec de la médicalisation de la folie à réduire la stigmatisation (55). L'enquête SMPG traite en effet des représentations de la maladie mentale en population générale, alors même qu'elle montre également qu'un tiers des Français souffre de troubles psychiques. L'enquête met à jour certaines de ces représentations, largement partagées au sein de la population, comme la dangerosité, l'inaptitude, l'irresponsabilité et l'anormalité.

Ces représentations, transfrontalières, presque universelles, sont issues de croyances solidement ancrées au cours de l'histoire et semblent difficilement modulables (cf. I B 1).

*b) Les conséquences de la stigmatisation*

De nombreuses études traitent de la stigmatisation et des discriminations des malades psychiques (47). Des difficultés à l'embauche (56)(57)(58) aux difficultés à l'accès au logement, et ce malgré les mesures de protections des biens (59), les personnes souffrant de troubles psychiques comptent parmi les plus touchées par la précarité voire la grande pauvreté. Stigmatisation et discrimination affectent aussi le champ des relations interpersonnelles (60)(61)(62), et ont un effet préjudiciable sur la mise en place des soins de bonne qualité (63).

La stigmatisation a été aussi très bien décrite comme un aspect de la souffrance qui s'ajoute à la maladie première et qui peut être plus dévastatrice, plus contraignante et plus durable qu'elle (45).

- **A l'échelle du patient** (33)(53)

La majorité des personnes souffrant de maladie mentale étant maintenant soignée dans la communauté, une opinion publique négative peut avoir de lourdes conséquences sur elles et sur leurs familles.

Une étude de 1992 (64) a ainsi montré que, même si 81% des Américains rejettent l'idée que « le meilleur moyen de contenir les malades mentaux est de les garder enfermés », beaucoup moins d'entre eux (31%) seraient disposés à accueillir un centre de santé mentale ambulatoire dans leur quartier.

La stigmatisation peut faire obstacle à l'intégration sociale, interférer avec la performance des rôles sociaux, réduire les attentes de vie et diminuer la qualité de vie. Les conséquences de la stigmatisation — manque de travail, absence de logement, faible estime de soi et peu de soutien social — peuvent être des obstacles majeurs au rétablissement, avoir un impact sur le pronostic à long terme, et pousser à l'incapacité (65)(66)(67)(68). La stigmatisation peut aussi produire de graves bouleversements dans les relations familiales et, en raison d'un désir de secret, réduire les interactions sociales normales (69).

Au chapitre des médias, un sondage récent de groupes de défense des droits en Angleterre a

démontré que les images négatives qui y sont reflétées peuvent avoir des effets directs sur les personnes, y compris une augmentation de la détresse psychologique (34 %), de l'hostilité de la part des voisins (24 %), et une réticence à soumettre sa candidature pour des emplois ou du travail bénévole (33 %). Bien qu'il ne s'agisse pas d'un sondage représentatif, la moitié des répondants a indiqué que la couverture médiatique a affecté de façon négative leur santé mentale (70).

La peur d'être stigmatisé peut retarder le traitement et influencer le pronostic. Dans un récent sondage d'utilisateurs effectué pour aider à la planification des soins dans le sud-ouest de l'Ontario (71), un quart des répondants a indiqué qu'ils se sentaient stigmatisés par les professionnels de la santé et ont, en conséquence, souvent reporté leurs consultations médicales.

#### **- Un processus expansif (72)**

La stigmatisation concerne non seulement la personne dont les caractéristiques ont amené à cette situation, mais elle va aussi s'étendre à sa famille et ses proches, son réseau de relation et son environnement. Elle va concerner également les professionnels de santé, les lieux de soins et parfois, les moyens dédiés au fonctionnement du système de soins en santé mentale.

Ainsi, la stigmatisation ne se limite pas au seul malade. Elle s'étend rapidement à sa famille, et plus particulièrement à ses parents, qui rapportent le même vécu de mise à l'écart, de rejet et d'isolement par leur entourage.

Certaines familles réagissent par une attitude de retrait, un évitement des relations amicales et sociales ainsi qu'un isolement volontaire. C'est le phénomène de discrimination anticipée et évitée chez les parents qui redoutent le regard, le jugement, les attitudes des autres tout autant que les manifestations symptomatiques de la maladie (73). Les travaux de Hatfield (74) mettent en évidence un état de stress permanent au sein de la famille, les sentiments de honte et d'impuissance, une difficulté à contrôler les émotions dans les relations familiales et la survenue de fréquentes crises conjugales entre les parents. L'ambivalence par rapport à la personne malade est généralement importante et, assez fréquemment, se développe un climat de rivalité avec les frères et sœurs (avec parfois refus de parler au malade). Enfin, ces familles, et particulièrement les parents, se caractérisent par une forte morbidité, avec la consommation accrue d'alcool ou de tranquillisants, des troubles du sommeil, un niveau élevé

d'anxiété, un état d'épuisement ou le développement de symptômes dépressifs.

La stigmatisation du malade psychique s'étend encore, au-delà de lui-même et de sa famille, à tout ce qui lui est familier, le concerne et qui l'entoure, en particulier les professionnels de la santé mentale.

Les psychiatres, longtemps appelés "aliénistes" sont eux aussi perçus par le grand public comme d'étranges personnages (cf. I C 2). Cependant, son avis témoigne avec celui des médias d'une grande ambivalence vis-à-vis d'eux.

Si leurs attitudes sont souvent critiquées et leurs prises de positions contestées ou tournées en dérision, rares deviennent les émissions, les débats, les reportages qui omettent de recueillir l'avis d'un "psy". On attend de ce dernier d'expliquer l'inexplicable, de faire comprendre l'incompréhensible, de donner les clefs, des solutions...

Ce phénomène traduit ce qui, à une plus large échelle, s'exprime au niveau des attentes sociales. En effet, on constate depuis plusieurs années que, si la psychiatrie est de plus en plus marginalisée dans le champ de la santé, et si elle génère toujours une peur dans la population, elle est aussi constamment sollicitée pour apporter des réponses aux situations les plus complexes de la société (précarité, violence urbaines, délinquance et récidives...).

Pour leur part, les infirmiers psychiatriques ont justifié jusqu'en 1992 d'une filière de formation spécifique au sein des centres hospitaliers spécialisés (CHS). L'obtention de leur diplôme les amenait alors à dispenser des soins aux malades psychiques et exclusivement à ces derniers. A ce titre, ils ne pouvaient envisager une activité libérale. Leurs compétences dans le soin, généralement jugées inférieures à celle des infirmiers diplômés d'État, les limitaient à s'occuper de malades peut-être jugés "inférieurs" aux malades somatiques.

Toujours selon ce principe d'extension de la stigmatisation, l'opinion publique sur les infrastructures psychiatriques a été négative durant ces dernières décennies. L'image de l'hôpital psychiatrique est restée celle d'une institution de grande taille, vétuste, semblable à une prison (75), aux portes fermées, et située en marge de la communauté (76)(77). En Allemagne, dans un sondage représentatif de la population, 25% des personnes interrogés pensaient qu'on n'y laissait pas sortir les patients et 50% pensaient qu'on y faisait toujours usage des camisolles de force (53).

De fait, les établissements psychiatriques traditionnels (CHS) pour la plupart anciens hôpitaux psychiatriques départementaux promus par la loi de 1838, se trouvent généralement éloignés des concentrations urbaines, dans des banlieues paupérisées faisant elles-mêmes l'objet de fantasmes négatifs.

A Nice, par exemple, le CHS en psychiatrie est situé en périphérie de la ville, dans une zone à laquelle la population a, de longue date, donné le qualificatif de "quartier des cinq calamités". Outre l'hôpital psychiatrique, on y retrouve en effet une prison, les abattoirs, la déchetterie et enfin le cimetière.

Les aspects architecturaux et les conditions hôtelières offerts ne sont pas toujours à la hauteur des autres spécialités médicales (chambre commune, manque de sanitaires, vétusté des locaux, ...).

L'argument opposé à ce constat est le manque de ressources pour le développement et la réhabilitation des services de santé mentale. Pourtant, force est de constater une évidente disproportion entre la gravité des problèmes causés par les maladies psychiques et les ressources qui sont employées pour y faire face.

La stigmatisation affecte aussi la production de nouvelles connaissances au sujet de la maladie. Moins de chercheurs sont attirés par ce domaine qui offre peu de possibilités et moins de fonds. Au Canada par exemple, la recherche en santé mentale a obtenu environ 5 % des budgets de recherche nationale en santé, alors que les maladies mentales existent chez 20% de la population (78). Conséquemment, le rythme des nouvelles connaissances en santé mentale peut être ralenti comparé à d'autres domaines.

Il est probable que ce constat puisse, au moins en partie, être attribué à la stigmatisation et à la discrimination liée à la maladie psychique et aux malades psychiques.

#### **- La lecture écosystémique du phénomène de stigmatisation, selon N. Sartorius**

Ce principe d'extension est évoqué par N. Sartorius (79)(45) qui l'aborde selon une lecture écosystémique de la discrimination. Il conçoit trois niveaux à ce phénomène : le niveau du malade, le niveau de son entourage proche, et le niveau des institutions et des services de soins. Il évoque ainsi le renforcement des symptômes par un processus circulaire qui contribue donc à l'évolution péjorative de la maladie.

Au total, le rendement médiocre des institutions psychiatriques renforce la stigmatisation de ses services et des personnes qui sont prises en charge. Sartorius souligne que ces trois cercles de la stigmatisation ne sont pas indépendants et sont en interaction permanente.

## **C. Le métier de psychiatre et ses représentations**

### **1. Évolution de la formation du psychiatre**

(80)

La première université en France est celle de Paris, fondée au XIII<sup>ème</sup> siècle, suivie par celles de Toulouse et Montpellier. D'autres universités sont ensuite créées, siècle après siècle. Sous l'ancien régime, la médecine était une des quatre facultés avec le droit, la théologie et l'art. L'enseignement était essentiellement théorique et reposait principalement sur la lecture. La Révolution, voulant réorganiser l'instruction publique, entreprit de supprimer les Universités qui disparaissent alors en 1793, et seront rétablies en 1808. Les facultés de médecine sont remplacées en 1794 par quatre Écoles de médecine, installées à Montpellier, Paris, Bordeaux et Strasbourg.

Parallèlement, des établissements sont créés pour accueillir les malades et effectuer l'enseignement clinique qui commence également à s'organiser.

Les concours d'externat et d'internat des hôpitaux de Paris sont créés en 1802 par le conseil général des hospices, qui regroupe sous une même tutelle l'ensemble des hôpitaux de Paris depuis 1801. Les spécialités médicales n'étant pas encore bien individualisées, ces concours concernent à l'époque l'ensemble de la médecine.

Durant la première moitié du XIX<sup>ème</sup> siècle, les spécialités médicales se précisent. L'enseignement dispensé par les facultés sur les maladies mentales est peu à peu considéré comme insuffisant et on crée en 1862, en dehors des facultés, des cours de clinique complémentaires qui sont confiés à des « agrégés libres » nommés pour 3 ans (Lasègue par exemple fut nommé). La Chaire des Maladies Mentales et de l'Encéphale fut ensuite créée en 1877 face à l'insuffisance du double enseignement théorique (libre et en faculté) et pratique (dans des services rattachés ou non à la faculté) dans la formation des internes.

C'est en 1949 qu'est créé le Diplôme de Neuropsychiatre dans les facultés de médecine. Il consiste en une formation de trois années et comportant des épreuves écrites, orales et cliniques de neurologie et de psychiatrie.

La formation des psychiatres est alors assurée par deux voies très différentes. D'une part, les services de psychiatrie des Centres Hospitaliers Universitaires qui forment les étudiants inscrits au Certificat de Neuropsychiatrie ; d'autre part, les asiles d'aliénés créés en 1838 et appelés hôpitaux psychiatriques à partir de 1917, accueillent sur concours des internes en psychiatrie qui travaillent sous la responsabilité du médecin chef de service et préparent le concours de médecin des hôpitaux psychiatriques. Ils peuvent alors bénéficier d'une équivalence et demander leur qualification comme neuropsychiatre, équivalence qui leur sera attribuée automatiquement à partir de 1963 s'ils ont effectué quatre années d'internat.

Dans les années 1960, des modifications importantes vont transformer la formation du métier de psychiatre. La mise en place de la sectorisation, l'augmentation de l'activité ambulatoire libérale, son remboursement par l'assurance maladie, ainsi que le développement d'un secteur médico-social impose une augmentation du nombre de psychiatres.

C'est en 1968 qu'est créé le Certificat d'Etudes Spéciales (CES) de Psychiatrie, même s'il ne fait pas alors l'unanimité, certains, minoritaires, souhaitant la création d'un doctorat rattaché aux sciences humaines et sociales, regroupant psychiatrie, psychologie et psychanalyse.

La psychiatrie est ainsi autonomisée comme spécialité médicale par l'université et se sépare de la neurologie, qui a elle-même son CES.

La réforme du Troisième Cycle des Études Médicales (TCEM), initiée en 1982, verra le jour en 1984 lors d'une réforme de l'enseignement supérieur. Celle-ci s'effectue dans un contexte de désir d'harmonisation européenne, de régulation des flux et d'amélioration de la qualité de la formation des médecins spécialistes. Ce dernier point amène à la création d'un internat unique et à l'exercice de responsabilités hospitalières, mais aussi à la suppression de toute autre possibilité d'accès aux différentes spécialités. C'est ainsi qu'est créé le Diplôme d'Etudes Spécialisées (DES) de psychiatrie. Le DES est un compromis entre la formation pratique que permettaient les anciens internats et la formation théorique du CES. Il est donc basé sur la formation hospitalière au cours des stages, et la formation universitaire au cours de séminaires de formation théorique. Il regroupe l'ensemble des étudiants en psychiatrie

auparavant séparés entre les internes des hôpitaux universitaires et ceux des hôpitaux psychiatriques. A partir de cette réforme, il n'existe donc plus qu'une seule voie pour devenir spécialiste, celle du concours de l'internat qui est régional et concerne l'ensemble des disciplines. L'internat de psychiatrie est donc unique en France et est d'une durée de quatre ans, comprenant quatre semestres de psychiatrie adulte et deux de pédopsychiatrie. L'obtention du DES comprend outre la validation des huit semestres, la soutenance de la thèse et la réalisation d'un mémoire de fin d'étude.

Par la suite, plusieurs Bulletins Officiels réglementant le programme de formation des psychiatres vont se succéder. Ils permettent d'intensifier le programme dans le domaine des sciences biologiques sans modifier celui des sciences humaines, sociologie et psychologie. Ils imposent aussi deux semestres en hors-filière, jusqu'alors facultatifs, et témoignant du souhait de médicalisation du métier de psychiatre. L'application de la mise en pratique de la maquette est encore laissée actuellement à l'appréciation du professeur coordonnateur régional responsable de la formation.

En 2004, soit 202 ans après sa création, le concours de l'internat disparaît et est remplacé par l'Examen Classant National (ECN).

Le DES actuel de psychiatrie, dont les dernières modalités ont été publiées dans le Bulletin Officiel N°39 du 28 octobre 2004, est décrit dans l'encadré ci-dessous (**Figure 2**).

Par ailleurs, il existe une grande disparité de la formation du métier de psychiatre dans les différents pays d'Europe (source : enquête EFPT de 2008 sur la psychiatrie en Europe). On note :

- Une organisation de type « régionale » du DES, comme en France : en Autriche, en Bosnie, en Italie et aux Pays-Bas.
- Une formation commune aux métiers de psychiatre adulte et pédopsychiatre (recommandée par l'UEMS) en Biélorussie, Bosnie, Croatie, République Tchèque, Estonie et France.
- Une formation en psychothérapie obligatoire dans 12 pays
- Une thérapie personnelle obligatoire dans 3 pays (Suisse, Allemagne, Autriche)
- Une évaluation systématique des connaissances dans 19 pays (modalités multiples : mémoire, examen oral, examen écrit, QROC, QCM, entretien avec un patient...)

Aussi, une autre enquête menée en 2011 par le comité des jeunes psychiatres de la World Psychiatric Association (WPA ECPC – Early Career Psychiatrists Council) relevait de grandes différences dans les durées d'internat, la durée de 5 ans étant celle recommandée par l'UEMS :

- 5 ans dans 35% des pays (35 pays répondants sur 60 interrogés)
- 4 ans dans 26%
- 3 ans dans 24%
- 2 ans ou moins dans 15 %

**I - Enseignements** (deux cents cinquante heures environ)

**A) Enseignements généraux**

- Méthodologie de l'évaluation des pratiques de soins et de la recherche clinique et épidémiologique en psychiatrie ;
- Organisation, gestion, éthique, droit et responsabilité médicale en psychiatrie.

**B) Enseignements spécifiques**

- Développement et physiologie du système nerveux ;
- Principes de génétique appliqués à la psychiatrie ;
- Pharmacologie (métabolisme, posologie, action et toxicité) des médicaments usuels en psychiatrie ;
- Neurobiologie des comportements ;
- Histoire de la psychiatrie et évolution des concepts ;
- Modèles théoriques de référence : biologique et neuroanatomique, comportemental et cognitif, psychanalytique, systémique, ...
- Critères de diagnostic et classification des maladies mentales ;
- Épidémiologie, sémiologie descriptive et psychopathologie des grands syndromes psychiatriques de l'enfant, de l'adolescent, de l'adulte et de la personne âgée ;
- Grands cadres sémiologiques et nosologiques en neurologie ;
- Toxicomanies et dépendances ;
- Thérapeutiques biologiques, socio-éducatives, institutionnelles ; psychothérapies et thérapies familiales ;
- Organisation et prise en charge des urgences psychiatriques ;
- Psychiatrie légale.

**II - Formation pratique**

**A)** Quatre semestres dans des services agréés pour le diplôme d'études spécialisées de psychiatrie, dont au moins un doit être accompli dans un service hospitalo-universitaire ou conventionné. Ces semestres doivent être effectués dans au moins deux services ou départements différents.

**B)** Deux semestres dans un service agréé pour le diplôme d'études spécialisées complémentaires de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent.

**C)** Deux semestres dans des services agréés pour d'autres diplômes d'études spécialisées ou diplômes d'études spécialisées complémentaires que le diplôme d'études spécialisées complémentaires de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent.

**Figure 2** – Diplôme d'Etudes Spécialisées de psychiatrie (BO octobre 2004)

## 2. Images actuelles et stigmatisation de la profession

Depuis la seconde guerre mondiale, Lucien Bonnafe est pratiquement le seul (« Le personnage du psychiatre », 1948) (81) avec Jean Oules (« Le psychiatre dans la société », 1965) (1) puis Jean-Claude Pénochet (14), et plus récemment Norman Sartorius, (45)(32)(53), à avoir tenter de dégager les caractéristiques du personnage des psychiatres.

« L'évolution historique du psychiatre est fonction de l'évolution historique de son sujet » (L. Bonnafe)

Selon J. Oules (1) :

« Étant ce qu'il est en fonction du drame auquel il participe, le personnage du psychiatre évolue avec l'histoire et l'attitude de la société à l'égard des malades mentaux. (cf. I B 1) »

« Réfléchir sur ce que représente la fonction sociale que nous exerçons est sans doute utile pour chacun de nous. L'auto-analyse et l'autocritique se révèlent toujours profitables. Mais il y a parfois tant d'écart entre ce que nous croyons être, ce que nous croyons être pour les autres et ce que les autres croient que nous sommes, que la tâche n'est pas toujours facile d'éclairer de l'extérieur un personnage, de permettre son identification précise ».

« Remarquons qu'un aspect du personnage tient à la matière première de son travail. Ainsi le chimiste est imaginé devant ses cornues dans un laboratoire, le pilote, dans un avion... Le psychiatre représente ce que l'on peut voir ou deviner des maladies qu'il traite ; il est donc identifié à cette « matière » ».

« Le but essentiel de cette étude, qui s'adresse à tous, est de contribuer à l'heureuse démythification, à la nécessaire dédramatisation de la maladie mentale à l'époque contemporaine. Pour combattre les préjugés encore tenaces sur le caractère mystérieux de la folie, il m'a paru que le mieux était de braver le défi de la société à l'égard de ce personnage inquiétant du psychiatre et de le rendre accessible à tout esprit curieux et soucieux d'objectivité. »

C'est dans un contexte de déclin du recrutement de psychiatres à l'échelle mondiale que N. Sartorius s'est intéressé à l'image du psychiatre. En effet, plusieurs études suggèrent que le lien est fait entre la stigmatisation du métier et le non choix de cette spécialité par les étudiants en médecine (82)(83).

La stigmatisation du métier de psychiatre est aujourd'hui le sujet de très peu de recherches et réflexions (3) en comparaison à la stigmatisation des patients souffrant de troubles mentaux.

La World Psychiatric Association (WPA) tente ainsi d'encourager toutes les initiatives qui font la promotion d'une image positive de la psychiatrie et qui permettraient une amélioration du recrutement des psychiatres et de sa qualité.

#### *a) Le psychiatre d'aujourd'hui vu par les médias*

Entre amplification dramatique et simplification médiatique, l'opinion publique nourrit une grande partie de son imaginaire par ce que véhiculent les médias, et particulièrement les médias d'information, dont les discours parfois simplificateurs s'avèrent ravageurs, et contribuent à compliquer encore plus les situations vécues par les personnes qui sont, directement ou non, pointées du doigt.

La représentation globale de la psychiatrie dans les médias d'information et de divertissement est en effet essentiellement négative. Un commentaire paru dépeint ainsi la psychiatrie comme « une discipline sans véritable savoir, sans méthode scientifique, ni technique de traitement efficace » (84).

L'influence des médias n'est plus à démontrer et va en grandissant au fur et à mesure que les supports d'information se multiplient et deviennent quasi-omniprésents (smartphone, réseaux sociaux, internet..).

Une étude menée par l'Université McGill au Canada (85) a démontré que près de 40% des articles abordant des questions de santé mentale publiés dans les journaux mettent l'accent sur la dangerosité, la violence et la criminalité, alors que seulement 12% traitent de ces questions sur un ton optimiste. Il est donc évident que cela contribue à augmenter la stigmatisation des personnes atteintes de problèmes de santé mentale.

En ce qui concerne les psychiatres, on note que la plupart des stéréotypes véhiculés dans les médias sont ceux de l'image portée par la population générale (cf. I C 2 b).

Aussi, on y évoque souvent le manque de rigueur de l'approche du psychiatre et le caractère hermétique de son discours et de ses conclusions (86). Dans les affaires judiciaires, les médias

soulignent régulièrement le peu de concordances des avis des experts et l'incapacité que les psychiatres ont de pouvoir prédire le comportement de leurs malades (86).

Le caricaturiste voit à son tour les psychiatres comme des individus "dégantés" qu'il figure volontiers avec un entonnoir sur la tête. Différents sous-types de psychiatres ont été représentés, par exemple Schneider (87) a pu distinguer un Dr Farfelu, un Dr Formidable et un Dr Diabolique, chacun représentant les stéréotypes du psychiatre fou, du super-guérisseur et du psychiatre qui exploite ses patients et transgresse les règles (53).

Dans la littérature et au cinéma, les psychiatres sont fréquemment représentés comme des personnages machiavéliques, perfides, malfaisants, particulièrement intéressés par l'art de manipuler et d'influencer des personnes vulnérables (88). Ils sont aussi souvent représentés comme des fous, des personnages bizarres, des scélérats, des gens vindicatifs, tyranniques ou même parfois des dépravés sexuels (89). La femme psychiatre est plutôt représentée comme une femme insatisfaite dans sa vie privée, voir frustrée ou frigide (90).

Une étude (91) montre que la moitié des films américains analysés représente le psychiatre comme serviable et sympathique, l'autre moitié comme étant malveillant et enclin à transgresser les règles.

Le grand public et les médias témoignent cependant vis-à-vis des psychiatres d'une grande ambivalence. Si leurs attitudes sont souvent critiquées et leurs prises de positions contestées ou tournées en dérision, rares deviennent les émissions, les débats ou les reportages qui omettent de recueillir l'avis d'un "psy". On attend de ce dernier d'expliquer l'inexplicable, de faire comprendre l'incompréhensible, d'apporter les solutions...

A ce sujet, le diminutif « psy » entretient un flou considérable autour des rôles et des compétences de chacun des intervenants du monde de la psychiatrie. De nombreuses études rapportent une distinction insuffisante entre les diverses professions de la santé mentale, en particulier entre psychiatres et psychologues (92)(93)(94).

*b) L'Image d'Epinal du Psychiatre*

Tentons de dégager l'image d'Epinal du psychiatre, le psychiatre tel que le voit le grand public.

Le premier des clichés postule que le psychiatre est lui-même fou ou bizarre, ou alors qu'il souffre lui-même de troubles mentaux pour accepter de s'occuper de la folie (1)(95)(92)(96)(89).

Aussi demande-t-on en premier lieu au psychiatre s'il lui arrive parfois de guérir quelques-uns de ses patients, car c'est un préjugé encore courant que les maladies psychiques n'accèdent pas au rétablissement.

On demande ensuite souvent au psychiatre : « n'avez-vous pas peur de l'attraper ? », car la folie serait contagieuse, selon une croyance populaire persistant encore curieusement de nos jours.

Et selon un grand principe d'assimilation naïve, on n'hésite pas à affirmer : « qui se ressemble s'assemble »... et on revient ainsi à notre premier postulat selon lequel le psychiatre serait lui-même fou !

Cependant, Sartorius (53) rappelle qu'aucune étude n'a cherché à confirmer ce stéréotype populaire en population générale.

Un autre groupe de clichés stipule que le psychiatre voit tous les autres comme « fous ». Il a la réputation « de lire dans la tête des gens » (95). Ainsi entendons-nous souvent « il va falloir faire attention, le DR X nous écoute, il va penser que nous sommes fous »...

En réalité, si nous avons une déformation professionnelle, elle est, toujours d'après J. OULES, certainement sur ce point l'inverse de celle que l'on nous prête ; c'est-à-dire que, loin de voir des malades partout, bien des gens qui paraissent étranges aux autres nous sont tellement compréhensibles que nous ne leur trouvons rien d'extraordinaire. Car il est vrai que notre activité nous permet d'accumuler une somme d'expériences humaines d'une grande richesse qui n'ont en général rien de radicalement différent de ce que chacun peut vivre quotidiennement.

Enfin, on estime que le psychiatre est un homme dangereux, car il garde derrière ses murs des gens qui ne sont peut être pas si malades. C'est le fameux et historique préjugé des hospitalisations sous contraintes arbitraires. Ainsi, le psychiatre est encore souvent vus

aujourd'hui comme ayant un pouvoir répressif à l'égard des comportements non conformistes (97).

Si on garde quelqu'un à l'hôpital, c'est arbitraire, mais si on le laisse sortir, c'est un « fou » que l'on remet en liberté, au mépris de la sécurité des personnes.

L'image du psychiatre est également celle d'un métier dont la formation, les compétences et les objectifs sont méconnus par le public (53).

Il n'est pas toujours connu que les psychiatres sont docteurs en médecine et la durée de leur formation est sous estimée (77)(98)(92)(99)(100).

Comme évoqué précédemment, de nombreuses études rapportent une distinction insuffisante entre les diverses professions de la santé mentale, en particulier entre psychiatres et psychologues (92)(93)(94). On « accuse » aussi les psychiatres de trop s'appuyer sur les traitements médicamenteux (96).

Face à une problématique de santé mentale, c'est l'aide d'un confident ou d'un médecin de famille qui est souvent recommandée, plutôt que la prescription médicamenteuse d'un psychiatre (101)(102). Rares sont les personnes qui diront toutefois que les « psychiatres sont inefficaces » (103)(93)(104)(90).

Certains stéréotypes s'opposent concernant le rôle professionnel des psychiatres (97)(105). Il est parfois suggéré qu'ils sont incapables de comprendre leurs patients, voire qu'ils sont hostiles à leur égard (77). Et d'autres fois, les psychiatres sont perçus comme des oracles, des médiums ou des bons samaritains, et les attentes autour de l'efficacité du traitement et de la guérison sont exagérés (97).

En population générale, une étude montre que les psychiatres sont perçus en grande majorité comme utiles et dignes de confiance, mais pour certains, excentriques et obscurs (103). Une étude australienne (93) rapporte que c'est avec les psychiatres que les répondants disent se sentir le moins à l'aise pour parler, et qu'ils les placent au plus haut sur l'échelle de la perception de l'étrangeté. Des résultats similaires sont retrouvés en Allemagne où seulement une minorité des personnes interrogés en population générale recommandent une consultation avec un psychiatre en premier choix (106).

Enfin, les psychiatres sont aussi perçus comme des êtres manipulateurs (107)(108) qui abusent de leur pouvoir (109).

*c) Le psychiatre vus par ses patients*

Pour la plupart des patients qui ont refusé de voir un psychiatre, la principale raison évoquée est la peur d'être stigmatisé (110). En revanche, les patients reconnaissent aisément que le traitement qu'ils ont reçu a été utile et qu'ils en sont satisfaits (111)(112). Ils ont toutefois les mêmes stéréotypes que la population générale concernant les psychotropes qu'ils accusent d'être addictogènes (113)(114)(115)(116), de ne pas cibler l'origine même de la maladie (113), et de changer la personnalité de ceux qui les prennent (117)(118). Quelques études montrent une préférence nette pour les psychothérapies plutôt que pour les psychotropes (119)(120)(121)(122) dont l'action de ces derniers a la réputation d'être trop lente ou de ne pas exister du tout (123). Cependant, les patients et leur famille dénigrent moins les traitements psychiatriques que la population générale (124)(125).

Les patients et leur famille sont très ambivalents à l'égard de leur psychiatre même si le niveau de satisfaction par rapport aux compétences est plutôt bon (126)(127). On leur reproche cependant de manquer de temps pour mener des entretiens approfondis (126)(128)(129)(130)(131). Ils sont également perçus comme arrogants (132) ou voulant tout contrôler (129).

*d) Le psychiatre vu par ses confrères*

Parmi les **étudiants en médecine**, la spécialité psychiatrique n'a pas la cote et est peu choisie (132)(133). Dans une étude nord-américaine récente, c'est la troisième discipline dénigrée après la médecine générale et la médecine interne (134). Les étudiants qui la dénigrent ne considèrent pas cette discipline « attirante » sur le plan intellectuel (135)(136)((137)(138) et sont loin d'imaginer l'exercice du métier de psychiatre comme épanouissant sur le plan professionnel (109).

L'avis de leur famille ne favorise pas non plus ce choix de carrière (139). En effet, l'idée qu'ils vont « perdre leur temps » (140)(141), et que « ce n'est pas de la vraie médecine » (142) est souvent retrouvée.

Les principaux facteurs (82)(83)(143) qui font obstacles au choix de cette spécialité sont :

- le manque de défis intellectuels
- les doutes sur l'efficacité des traitements disponibles

- la mauvaise reconnaissance par les pairs
- l'aspect peu prestigieux de la spécialité parmi les disciplines médicales
- la peur de la violence des patients

Dans certaines études nord-américaines (134)(141), les étudiants en médecine rapportent avoir souvent entendu de la part de leurs professeurs ou des médecins sur leur lieu de stage, des propos qui déprécient les psychiatres et qui sont basés sur le principe que « la psychiatrie est contagieuse » (141) ou « qu'il faut bien être fou soi-même pour s'occuper des fous » (97). Les étudiants en médecine pensent parfois quant à eux, que les psychiatres souffrent de trouble de la personnalité de type « instabilité émotionnelle » ou qu'ils sont plus névrosés que les autres professionnels de la santé (144)(140)(145)(146). Ils les voient également comme des gens confus, complexes et difficiles à comprendre (147)(140)(146).

Dans la **communauté médicale** nord-américaine, le statut des psychiatres est vu comme particulièrement bas, ce qu'elle justifie par les qualificatifs d'« inefficaces, incapables, et incompréhensibles » (97).

On ne les voit pas toujours comme de « vrais médecins », ce qui s'illustre par l'absence très fréquente de courriers médicaux leur étant adressés par les confrères somaticiens (148).

Néanmoins, ces derniers reconnaissent aussi pour certains d'entre eux que les psychiatres parviennent à aider leurs patients souffrant de troubles mentaux et sont dotés de connaissances pertinentes (149).

Leur propres confrères les voient également pour 35% d'entre eux comme moins stables émotionnellement qu'ils ne le sont eux-mêmes, et ils sont 51% à les trouver plus névrosés (149).

En revanche, les psychiatres se perçoivent eux-mêmes comme étant plus aptes à l'introspection, moins autoritaires, plus cultivés et plus matures que leur collègues médecins. Aussi, ils sont 77% à penser qu'ils ne sont pas plus névrosés que leur confrères même s'ils ont bien conscience de l'image négative qu'ils leur renvoient (149)(150)(151).

## D. Les enjeux d'aujourd'hui et de demain

Au cours de ces dernières décennies, l'orientation théorique des psychiatres a subi un profond changement. Au début des années 70, le modèle psychodynamique prédominait dans de nombreux pays, les orientations vers une action psycho-sociale et le mouvement anti-psychiatrique étant à leur apogée. Aux dépens des autres modèles, la progression du modèle biologique devint incontestable dans les années 80 et 90. Aujourd'hui, l'énorme progrès de la recherche en neurosciences contribue à une « remédicalisation » de la profession. Cependant, dans les pays occidentaux, la grande majorité des psychiatres tentent d'adopter une attitude théorique éclectique en incluant différents modèles dans leur pratique (2). En France, les internes expriment volontiers leur souhait d'une pratique intégrative (cf. enquête partie II).

Au regard de l'accroissement des connaissances de ces dernières années, beaucoup soutiendrait que notre discipline s'est élevée. Pourtant, de nombreux auteurs soulignent le manque de cohérence et de crédibilité des savoirs théoriques actuels. Certains dénoncent même une discipline « menacée » notamment par l'existence de sous-groupes idéologiques. Certaines voix s'élèvent pour dénoncer une « grande crise » de la psychiatrie.

Ainsi, H. Katschnig (5) tente de dégager les « défis » majeurs que, selon lui, la profession doit relever.

Il évoque le questionnement de la validité des critères diagnostiques, actuellement révisés, (DSM V et CIM XI) ainsi que la remise en question de la rigueur scientifique de la recherche en psychiatrie. L'auteur ajoute que les psychiatres doivent apprendre à composer avec tous les courants théoriques qui tendent parfois à s'opposer, et qui participent à l'aspect poreux et flous des contours du métier. En effet, il remarque l'arrivée de certaines professions (neurologues, médecins généralistes, psychologues..) dans certains des champs de compétences traditionnels des psychiatres. Enfin, il insiste sur la mauvaise réputation et l'image négative de la profession, aussi bien parmi ses pairs, qu'au sein de la société en général.

Dans ce sens, P. Pichot, un des anciens président de la WPA, consacre les derniers paragraphes de son livre « History of psychiatry as a medical speciality » (2009) à la crise que traverse notre spécialité. Il avance lui aussi les risques liés à la « phagocytose » de notre spécialité par d'autres, ou ceux de son évolution vers une spécialité non médicale (152).

H. Katschnig (5) se pose la question : « Tous ces sujets sont-ils seulement le reflet de vues personnelles ou de problèmes locaux ? »

Dans de nombreuses revues, les débats s'organisent alors autour de la question de la « survie » de la psychiatrie au cours du XXIème siècle (153). On rapporte aussi dans de nombreux pays une pénurie importante de psychiatres (45) et on se pose même parfois la question de savoir si ce métier est nécessaire (154).

Par ailleurs, certains pensent que les problèmes de recrutement observés peuvent être en lien avec les défis précédemment énoncés. A ce sujet, la WPA a lancé différents projets sur le sujet de la stigmatisation de la psychiatrie et des psychiatres dans l'objectif d'améliorer le recrutement (155)(156). En effet, plusieurs études suggèrent que le lien est fait entre la stigmatisation du métier et le non choix de cette spécialité par les étudiants en médecine (82)(83).

D'après la WPA, il existe actuellement plus de 200 000 psychiatres certifiés dans le monde. On note de grandes disparités régionales et notamment un grand écart entre les pays en voie de développement et les pays industrialisés. Etant donné ces différences de situations entre les pays, il est difficile de définir la tendance générale du développement de la psychiatrie. Par contre, il existe un consensus pour affirmer le ralentissement majeur du recrutement, alors que la demande de soins augmente dans la plupart des pays du monde (157) y compris dans les pays en voie de développement (158).

Aux USA, le nombre d'étudiants en médecine qui choisissait la psychiatrie a été en diminution constante pendant plus de 20 ans (102). Il semblerait que depuis quelques années la tendance soit meilleure, même si on observe que 30% des psychiatres exerçants sont des diplômés étrangers (159).

En Angleterre, en 2008, la psychiatrie figurait sur la liste nationale des spécialités marquées par la pénurie de professionnels. Actuellement 80% des étudiants passant le *MRCPsych* sont étrangers (160).

En Australie, il semble que ce soit la pénurie de psychiatres dans le secteur public qui ait entraîné un afflux de psychiatres venus d'Inde, de Chine ou d'Afrique (161)(5).

En Allemagne, la pénurie de psychiatres s'est également aggravée, elle est en partie due au fait que les Pays-Bas et la Suisse offrent de meilleures conditions de travail (87).

Dans les pays en voie de développement, la pénurie est énorme et à titre d'exemple, on retrouve 1 psychiatre pour 640 000 habitants au Pakistan (162).

Les problèmes de recrutement à l'échelle européenne avaient déjà été identifiés dans une enquête de la European Federation of Psychiatric Trainees (EFPT), menée auprès de 22 pays sur la formation en psychiatrie en Europe. L'Autriche, la Suède et le Royaume-Uni apparaissaient comme les pays les plus en difficulté.

C'est dans ce contexte que la WPA tente d'encourager toutes les initiatives qui pourraient permettre d'améliorer le recrutement et la qualité de celui-ci. Le recrutement en psychiatrie est en effet un processus complexe, soumis aux choix des étudiants en médecine, à l'image de la psychiatrie, à la disponibilité des postes et à bien d'autres facteurs (163). Les plus fréquents pour expliquer la chute du recrutement (82)(83) restent l'abandon par l'interne au milieu de son cursus et la perception négative de la spécialité. Les étudiants en médecine rapportent le manque de défi intellectuel, les doutes par rapport à l'efficacité des traitements, les opinions péjoratives et stigmatisantes des confrères, et le peu de prestige du métier. Aussi, en 1974, Garfinkel et al. avaient étudié ce phénomène d'abandon chez les internes de psychiatrie de 1ère ou 2ème année à Toronto, et une autre explication retrouvée était celle de la remise en cause de leur identité même de médecin au sein des hôpitaux psychiatriques.

Dans ce sens, Katschnig rappelle que l'identité d'une profession, son statut au sein de la communauté médicale et le regard que la société pose sur elle sont des facteurs importants de motivation et d'intérêt.

Encore aujourd'hui, la stigmatisation du métier de psychiatre est le sujet de très peu de recherches et réflexions (3), comparées à celles qui étudient la stigmatisation des patients souffrant de troubles psychiques ; or les liens entre ces deux sujets sont forts et très complexes. On suggère ainsi que les professionnels peuvent à la fois être stigmatisants, stigmatisés et être des agents « clés » de la déstigmatisation (164).

Il est probablement à la charge de l'interne d'aujourd'hui, psychiatre de demain, de continuer de se questionner et de tenter de redéfinir le rôle du psychiatre avec les nouveaux paramètres de ce XXIème. Il n'en sera que plus apte à dessiner les nouveaux contours de la profession de psychiatre, afin de la rendre plus lisible et plus attractive.

## II. Enquête nationale réalisée en France sur l'image du psychiatre de demain et les contours de son identité professionnelle

### A. Matériels et méthodes

#### 1. Description de l'étude

##### *a) Design de l'étude*

Il s'agit d'une enquête descriptive observationnelle transversale réalisée par auto-questionnaire et conduite auprès des internes inscrits aux DES de psychiatrie, de neurologie, d'anesthésie-réanimation, de chirurgie orthopédique, de pédiatrie ou de médecine générale, entre juin et juillet 2013.

##### *b) Objectifs et bénéfices attendus*

#### **Objectifs :**

Cette étude a trois objectifs principaux :

- Décrire la population des internes de psychiatrie en France en 2013 : caractères sociodémographiques, profil scolaire et universitaire, données sociales et identité professionnelle
- Comparer les données sociodémographiques, le profil scolaire et universitaire et les données sociales de la population des internes de psychiatrie avec celles d'internes issus de cinq autres spécialités : la neurologie, l'anesthésie-réanimation, la chirurgie-orthopédique, la pédiatrie et la médecine générale.
- Mettre en évidence les préjugés émis sur l'interne en psychiatrie par ses confrères et tenter d'objectiver qu'ils sont faux.

### **Bénéfices attendus :**

A moyen terme, il est attendu de pouvoir déconstruire les préjugés et les clichés attachés à la l'image de la psychiatrie auprès des étudiants en médecine et des confrères.

A long terme, il est attendu de déstigmatiser le psychiatre, de rendre la psychiatrie plus attractive et ainsi de permettre une amélioration du recrutement dans la spécialité, en nombre et en qualité.

#### *c) Population étudiée*

Le critère d'inclusion est:

- Etre un interne inscrit au DES de psychiatrie, de neurologie, d'anesthésie-réanimation, de chirurgie orthopédique, de pédiatrie ou de médecine générale, en France, pour l'année universitaire 2012-2013.

Il n'existe pas de critère de non inclusion.

Les spécialités (hors psychiatrie) ont été choisies ont fonction de celles qui semblent stigmatiser le plus notre profession (chirurgie orthopédique), celles dont certaines compétences médicales sont communes à la psychiatrie (neurologie) ou encore celles avec qui les psychiatres sont amenés à travailler très fréquemment (pédiatrie pour la pédopsychiatrie, médecine générale). L'anesthésie-réanimation a également fait partie de la sélection afin d'être le plus représentatif possible des différentes discipline médicales et chirurgicales.

#### *d) Procédure d'enquête*

L'enquête a été menée par l'Association Française Fédérative des Etudiants en Psychiatrie (AFFEP) entre juin et juillet 2013.

Un auto-questionnaire anonyme a été conçu par l'AFFEP avec l'aide du Pr L. Demailly, professeur émérite de sociologie. Il a été informatisé et mis en ligne par le logiciel MODALISA, il prévoyait 5 à 7 minutes de passation et il n'était possible d'y répondre qu'une seule fois.

Il a été diffusé aux internes de psychiatrie par deux moyens : l'utilisation de la mailing-list nationale de l'association et la diffusion aux mailing-list de chaque association locale par les représentants AFFEP présents dans chacune des villes universitaires de France.

Il a été diffusé aux internes des cinq autres spécialités uniquement via leur mailing-list nationale.

De nombreuses relances ont été faites afin d'obtenir le meilleur taux de réponses possible.

### *e) Instrument d'enquête et recueil des données*

Le questionnaire (Annexe 1) était divisé en quatre parties, les trois premières étaient communes aux internes de toutes les spécialités sondées et portaient respectivement sur :

1. les caractéristiques sociodémographiques
2. le profil scolaire et universitaire
3. les données sociologiques

La quatrième partie était spécifique à la population interrogée :

4. - pour les internes issus des spécialités hors psychiatrie : elle concernait les préjugés portés sur les internes de psychiatrie  
- pour les internes de psychiatrie : elle concernait leur identité professionnelle de futurs psychiatres

Les variables recueillies étaient essentiellement qualitatives. La seule variable quantitative concernait l'année de naissance.

Pour permettre la comparaison des données, toutes les questions posées étaient des questions fermées.

La saisie de toutes les questions était obligatoire. Pour limiter le taux de non-réponses ou le risque d'arrêt de passation du questionnaire, il était systématiquement proposé le libellé « ne souhaite pas répondre ».

Le recueil et l'hébergement des données étaient informatisés, ils ont été effectués par l'utilisation du logiciel MODALISA.

## 2. Analyse statistique

L'analyse des statistiques a été réalisée avec le logiciel MODALISA.

Les prévalences sont exprimées en pourcentages et les comparaisons de prévalence ont été réalisées par le test du Chi deux, le risque alpha est fixé à 5%.

Le Pourcentage de l'Ecart Maximum (PEM) global, indice relatif aux écarts à l'indépendance, a été utilisé pour estimer la force de liaison entre deux variables.

## B. Résultats

Dans les graphiques et les tableaux, la significativité est représentée un « p » marqué en jaune. Le groupe « Psychiatrie » désigne les répondants internes en psychiatrie. Les internes des cinq autres disciplines sont mentionnés par le groupe « Autres spécialités ».

Le PEM apparaît en vert (variable la plus faible) ou en bleu (variable la plus forte) dans les tableaux de tris croisés pour indiquer qu'il existe des attractions entre les variables. Plus la force de liaison entre 2 variables est importante, plus les teintes des couleurs de PEM sont marquées.

### 1. Participation

1296 internes ont répondu au questionnaire : 760 internes de psychiatrie (taux de réponse de 69%, N=1100) et 536 internes issus de cinq autres spécialités dont 60 internes de neurologie, 123 d'anesthésie-réanimation, 43 internes de chirurgie orthopédique, 57 de pédiatrie et 253 de médecine générale (**Figure 3**).

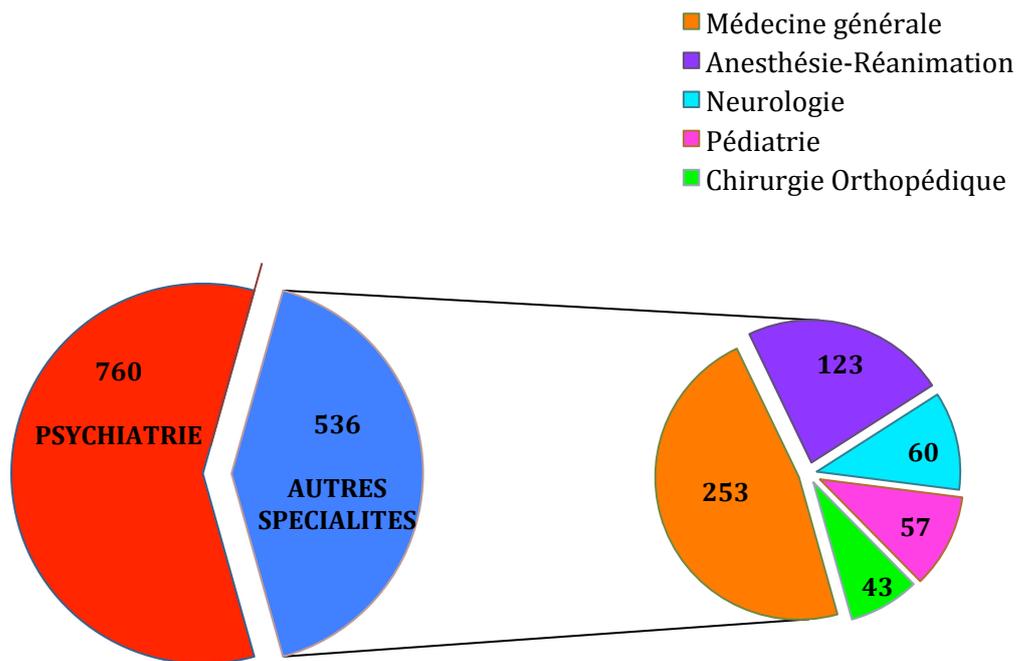


Figure 3. Participation

Tableau 1. Répartition des répondants par Inter-région

INTER-REGIONS	Effectifs (n)		
	Psychiatrie n=760	Autres spécialités n=536	Total n=1296
Nord-Ouest	186	167	353
Ouest	135	126	261
Antilles Guyane	2	0	2
Nord Est	70	15	85
Sud-Ouest	98	16	114
Rhône Alpes-Auvergne	118	82	200
Sud	32	113	145
Océan indien	7	1	8
Ile de France	112	16	128

La quasi-totalité des subdivisions a été représentée, à l'exception d'Antilles-Guyane pour le groupe « Autres spécialités ».

## 2. Caractéristiques sociodémographiques

**Tableau 2.** Caractéristiques des répondants

	Fréquences n (%)			p
	Psychiatrie n = 760	Autres spécialités n = 536	Total n = 1296	
<u>Genre :</u> Femmes Hommes	546 (71,8) 214 (28,2)	367 (68,5) 169 (31,5)	913 (70,4) 383 (29,6)	p=0,209
<u>Semestres :</u> 1A 2A 3A 4A 5A 6A	185 (24,3) 189 (24,9) 204 (26,8) 168 (22,1) 13 (1,7) 1 (0,1)	88 (16,4) 148 (27,6) 182 (34,0) 70 (13,1) 33 (6,2) 15 (2,8)		p=0,001
<u>Âge moyen</u> (en nombre d'années)	28,0	27,7	-	
Célibataires	219 (28,8)	144 (26,9)	363 (28,0)	p=0,337
Parents	91 (11,9)	50 (9,3)	141 (10,9)	p=0,115
<u>Orientation sexuelle :</u> Homosexuel/ Bisexuel Hétérosexuel	61 (8,0) 663 (87,2)	33 (6,1) 475 (88,6)	94 (7,2) 1138 (87,8)	p=0,40 p=0,40

Les groupes « Psychiatrie » et « Autres spécialités » sont comparables pour le sexe (p=0,209) et l'âge (âges moyens respectifs des 2 groupes = 28 et 27,7, en nombre d'années).

La population des internes toutes spécialités confondues est représentée par 70% de femmes et 30% d'hommes. Il n'existe pas de différence significative entre les internes de psychiatrie et l'ensemble des autres spécialités confondues (p=0,209).

Toutes les promotions d'internat ont été représentées dans les deux groupes.

Pour l'orientation sexuelle, il n'existe pas non plus de différence significative entre le groupe « Psychiatrie » et les « Autres spécialités », 2% des internes n'ont pas souhaité répondre.

**Tableau 3.** Genre par spécialitéTest du khi2 :  $p=0,001$ 

	Neuro. n=60	Anesth-Réa. n=123	Chirurgie Ortho. n=43	Pédiatrie n=57	Med. G. n=253	Psychiatrie n=760
une femme	43 (71,7)	59 (48,0)	19 (44,2)	53 (93,0)	193 (76,3)	546 (71,8)
un homme	17 (28,3)	64 (52,0)	24 (55,8)	4 (7,0)	60 (23,7)	214 (28,2)

En revanche, on note une grande disparité entre les spécialités étudiées ( $p=0,001$ ).

**Tableau 4.** Statut conjugal par spécialitéTest du khi2 :  $p=0,953$ 

	Neuro. n=60	Anesth-Réa. n=123	Chirurgie Ortho. n=43	Pédiatrie n=57	Med. G. n=253	Psychiatrie n=760
Célibataire	16 (26,7)	36 (29,3)	11 (25,6)	18 (31,6)	63 (24,9)	219 (28,8)
En couple	41 (68,3)	84 (68,3)	31 (72,1)	38 (66,7)	183 (72,3)	528 (69,5)
Ne souhaite pas répondre	3 (5,0)	3 (2,4)	1 (2,3)	1 (1,8)	7 (2,8)	13 (1,7)

**Tableau 5.** Statut parental par spécialitéTest du khi2 :  $p=0,357$ 

	Neuro. n=60	Anesth-Réa. n=123	Chirurgie Ortho. n=43	Pédiatrie n=57	Med. G. n=253	Psychiatrie n=760
Oui	2 (3,3)	13 (10,5)	7 (16,3)	9 (15,8)	19 (7,5)	91 (11,9)
Non	55 (91,6)	108 (87,8)	34 (79,0)	47 (82,4)	231 (91,3)	660 (86,8)
Ne souhaite pas répondre	3 (5,0)	2 (1,6)	2 (4,6)	1 (1,7)	3 (1,2)	9 (1,2)

Concernant le statut conjugal et le statut parental (**Tableaux 4 et 5**), on ne relève pas de différence statistiquement significative entre le groupe « Psychiatrie » et le groupe « Autres spécialités », ni entre chacune des spécialités.

**Tableau 6.** Orientation sexuelle par spécialité

Test du khi2 :  $p=0,25$

	Neuro. n=60	Anesth- Réa. n=123	Chirurgie Ortho. n=43	Pédiatrie n=57	Med. G. n=253	Psychiatrie n=760
Homosexuel / Bisexuel	6 (10,0)	6 (4,9)	5 (11,6)	2 (3,5)	14 (5,5)	61 (8,0)
Hétérosexuel	50 (83,3)	111 (90,2)	36 (83,7)	49 (85,9)	229 (90,5)	663 (87,2)
Ne souhaite pas répondre	4 (6,7)	6 (4,9)	2 (4,6)	6 (10,5)	10 (3,9)	36 (4,7)

▪ **Profession des parents**

**Tableau 7.** Profession du père dans les groupes « Psychiatrie » et « Autres spécialités »

Test du khi2 :  $p=0,004$

	Psychiatrie n=760	Autres spécialités n =535	Total n=1295
Cadre et Profession Intermédiaire Supérieure	486 (63,9)	296 (55,3)	782 (60,4)
Profession Intermédiaire	91 (12,0)	62 (11,6)	153 (11,8)
Employé	26 (3,4)	34 (6,4)	60 (4,6)
Ouvrier	43 (5,7)	50 (9,3)	93 (7,2)
Agriculteur	7 (0,9)	14 (2,6)	21 (1,6)
Artisan - Commerçant	46 (6,8)	31 (5,8)	77 (5,9)
Sans profession	5 (0,7)	1 (0,2)	6 (0,5)
Retraité	41 (5,4)	33 (6,2)	74 (5,7)
Autre / Décédé / Non réponse	15 (2,0)	14 (2,6)	29 (2,2)

Dans le groupe « Psychiatrie » et selon la définition des catégories socio-professionnelles de l'INSEE (CSP), la catégorie la plus représentée chez les pères en activité est la catégorie « Cadre et Profession intellectuelle supérieure (PIS) » (63%).

La seconde catégorie majoritaire est celle des « Professions intermédiaires » (12%), bien que largement inférieure.

Les catégories « Ouvrier » et « Artisan-Commerçant » sont identiquement représentées et concernent environ 6% d'entre eux.

On note des différences significatives pour les catégories « Cadre et PIS », « Employé », « Ouvrier » et « Agriculteur » entre les groupes « Psychiatrie » et « Autres spécialités » : les psychiatres ont significativement plus de père appartenant à la catégorie « Cadre et PIS » et moins de père « Employé », « Ouvrier » et « Agriculteur » que leurs confrères ( $p=0,04$ ).

**Tableau 8.** Profession de la mère dans les groupes « Psychiatrie » et « Autres spécialités »

Test du khi2 :  $p=0,255$

	Psychiatrie n=760	Autres spécialités n =535	Total n=1295	p
Cadre et Profession Intermédiaire Supérieure	354 (46,6)	206 (38,5)	560 (43,2)	$p=0.005$
Profession intermédiaire	175 (23,0)	144 (26,9)	319 (24,6)	
Employée	90 (11,8)	79 (14,8)	169 (13,1)	
Ouvrière	8 (1,1)	7 (1,3)	15 (1,2)	
Artisan - Commerçante	19 (2,5)	14 (2,6)	33 (2,5)	
Agricultrice	4 (0,5)	6 (1,1)	10 (0,8)	
Sans profession	76 (10,0)	54 (10,1)	130 (10,0)	
Retraitée	28 (3,7)	19 (3,6)	47 (3,6)	
Autre / Décédée / Non réponse	6 (0,8)	6 (1,1)	12 (0,9)	

Chez les mères du groupe « Psychiatrie », les deux catégories les plus représentées sont les mêmes que chez les pères. Elles sont réparties différemment comptant moins de « Cadre et PIS » (47% vs 64%) et plus de « Profession Intermédiaire » (23% vs 12%) que les pères (**Tableaux 7 et 8**).

Les catégories « Ouvrière » et « Artisan-Commerçante » sont sous-représentées comparativement aux pères, alors qu'on note quatre fois plus de mères actives que de pères dans la CSP « Employée ».

Les mères des psychiatres font par ailleurs plus souvent partie des catégories « Cadre et profession intellectuelle supérieure » que les mères du groupe « Autres spécialités » ( $p=0,05$ ) (**Tableau 8**).

**Tableau 9.** Profession du père avec le détail des professions médicales dans les groupes « Psychiatrie » et « Autres spécialités »Test du khi2 : **p=0,002**

	Psychiatrie n=760	Autres spécialités n =535	Total n=1295
Cadre et Profession Intermédiaire Supérieure	374 (49,2)	232 (43,4)	606 (46,8)
Psychiatre / Psychanalyste	27 (3,6)	4 (0,7)	31 (2,4)
Médecin Généraliste	71 (9,3)	50 (9,3)	121 (9,3)
Anesthésiste-réanimateur	6 (0,8)	3 (0,6)	9 (0,7)
Neurologue	4 (0,5)	2 (0,4)	6 (0,5)
Pédiatre	4 (0,5)	5 (0,9)	9 (0,7)
Professions Intermédiaires	91 (12,0)	62 (11,6)	153 (11,8)
Employé	26 (3,4)	34 (6,4)	60 (4,6)
Ouvrier	43 (5,7)	50 (9,3)	93 (7,2)
Agriculteur	7 (0,9)	14 (2,6)	21 (1,6)
Artisan - Commerçant	46 (6,1)	31 (5,8)	77 (5,9)
Sans profession	5 (0,7)	1 (0,2)	6 (0,5)
Retraité	41 (5,4)	33 (6,2)	74 (5,7)
Autre / Décédé / Non réponse	15 (2,0)	14 (2,6)	29 (2,2)

**Tableau 10.** Profession de la mère avec le détail des professions médicales dans les groupes « Psychiatrie » et « Autres spécialités »Test du khi2 :  $p=0,207$ 

	Psychiatrie n=760	Autres spécialités n =535	Total n=1295	p
Cadre et Profession Intermédiaire Supérieure	309 (40,7)	180 (33,6)	489 (37,8)	$p=0,05$
Psychiatre / Psychanalyste	17 (2,2)	3 (0,6)	20 (1,5)	$p=0,015$
Médecin Généraliste	19 (2,5)	12 (2,2)	31 (2,4)	
Anesthésiste-Réanimateur	2 (0,3)	4 (0,7)	6 (0,5)	
Neurologue	1 (0,1)	0 (0,0)	1 (0,1)	
Pédiatre	6 (0,8)	7 (1,3)	13 (1,0)	
Profession intermédiaire	175 (23,0)	144 (26,9)	319 (24,6)	
Employée	90 (11,8)	79 (14,8)	169 (13,1)	
Ouvrière	8 (1,1)	7 (1,3)	15 (1,2)	
Artisan - Commerçante	19 (2,5)	14 (2,6)	33 (2,5)	
Agricultrice	4 (0,5)	6 (1,1)	10 (0,8)	
Sans profession	76 (10,0)	54 (10,1)	130 (10,0)	
Retraitée	28 (3,7)	19 (3,6)	47 (3,6)	
Autre / Décédée / Non réponse	6 (0,8)	6 (1,1)	12 (0,9)	

Les parents « psychiatres » (n=51) des 1296 internes répondants ont presque exclusivement ( $p<0,002$ ) des enfants qui font un internat de psychiatrie (**Tableaux 9 et 10**).

### 3. Parcours scolaire et universitaire

**Tableau 11.** Type de BAC dans les groupes « Psychiatrie » et « Autres spécialités »

Test du khi2 :  $p=0,99$

	Psychiatrie n = 760	Autres spécialités n = 536	Total n = 1296
Scientifique	750 (98,7)	529 (98,7)	1279 (98,7)
L/ES/Autres	10 (1,3)	7 (1,3)	17 (1,3)

**Tableau 12.** Mention obtenue aux BAC (L /S /ES) dans les groupes « Psychiatrie » et « Autres spécialités »

Test du khi2 :  $p=0,778$

	Psychiatrie n=757	Autres spécialités n=532	Total n=1289
Avec mention	664 (87,7)	470 (88,4)	1134 (88,0)
Sans mention	93 (12,3)	62 (11,6)	155 (12,0)

**Tableau 13.** Type de mention obtenue au BAC (L/S/ES) dans les groupes « Psychiatrie » et « Autres spécialités »

Test du khi2 :  $p=0,027$

	Psychiatrie n=757	Autres spécialités n=532	Total n=1289
Avec mention TB	132 (17,4)	125 (23,5)	257 (19,9)
Avec mention B ou AB	532 (70,3)	345 (64,8)	877 (68,0)
Sans mention	93 (12,3)	62 (11,6)	155 (12,0)

L'ensemble des internes sondé a un BAC scientifique (98,7%) (**Tableau 11**).

Les internes de psychiatrie ont obtenu autant de mention à leur BAC que leurs confrères (88%). En revanche, ils ont obtenu moins de mention TB ( $p=0,027$ ) (**Tableaux 12 et 13**).

**Tableau 14.** Études antérieures aux études de médecine dans les groupes « Psychiatrie » et « Autres spécialités »Test du khi2 :  $p=0,147$ 

	Psychiatrie n = 760	Autres spécialités n = 536	Total n = 1296
Oui	77 (10,1)	41 (7,6)	118 (9,1)
Non	683 (89,9)	495 (92,4)	1178 (90,9)

**Tableau 15.** Type d'études avant médecine toutes spécialités

	Effectifs
Classe préparatoire scientifique, vétérinaire	48
Etudes universitaires scientifiques	29
Grande école (ingénieur, commerce, ENS, vétérinaire)	17
Science Po	3
Classe préparatoire littéraire, langues étrangères	9
Etudes universitaires littéraires, sociales, langues étrangères	15
Etudes / Profession paramédicale	18
Etudes de psychologie	1
<b>Total</b> <b>(% 1296)</b>	<b>118</b> <b>(9,1)</b>

**Tableau 16.** Types d'études avant médecine dans les groupes « Psychiatrie » et « Autres spécialités »

	Fréquences n (%)			p
	Psychiatrie n = 760	Autres spécialités n = 536	Total n = 1296	
Etudes littéraires	21 (2,8)	3 (0,6)	24 (1,9)	$p=0,005$
Etudes paramédicales	8 (1,1)	10 (1,9)	18 (1,4)	$p=0,327$
Études scientifiques	62 (8,1)	32 (6,0)	94 (7,3)	$p=0,15$

Les internes de psychiatrie n'ont significativement pas fait plus d'études avant médecine que leurs confrères, même si on note une tendance dans ce sens (10% vs 7,5%,  $p=0,147$ ) (**Tableau 14**).

En revanche, ceux qui ont fait des études littéraires avant médecine s'orientent très significativement plus vers la psychiatrie ( $p=0,005$ ) (**Tableau 16**).

**Tableau 17.** Modalité « Avoir fait médecine pour la spécialité exercée aujourd'hui » dans les groupes « Psychiatrie » et « Autres spécialités »

Test du khi2 :  $p=0,174$

	Psychiatrie n = 760	Autres spécialités n = 536	Total n = 1296
Oui	307 (40,4)	196 (36,6)	503 (38,8)
Non	349 (45,9)	249 (46,5)	598 (46,1)
Je ne sais pas	104 (13,7)	91 (17,0)	195 (15,0)

Les internes de psychiatrie n'ont pas plus fait médecine pour exercer la psychiatrie, que leurs confrères pour leur spécialité respective ( $p=0,174$ ).

**Tableau 18.** Modalité « Avoir fait médecine pour la spécialité exercée aujourd'hui », par spécialité

Test du khi2 :  $p=0,001$

	Neuro. n=60	Anesth-Réa. n=123	Chirurgie Ortho. n=43	Pédiatrie n=57	Med. G. n=253	Psychiatrie n=760
Oui	18 (30,0)	18 (14,6)	15 (34,9)	32 (56,1)	113 (44,7)	307 (40,4)
Non	33 (55,0)	86 (69,9)	25 (58,1)	20 (35,1)	85 (33,6)	349 (45,9)
Je ne sais pas	9 (15,0)	19 (15,4)	3 (7,0)	5 (8,8)	55 (21,7)	104 (13,7)

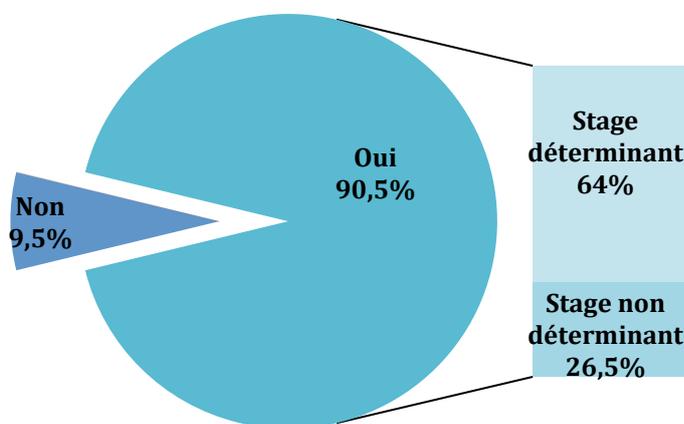
On note ici que les internes d'anesthésie-réanimation se démarquent par le fait qu'il n'ont que très rarement commencer leurs études de médecine dans l'objectif d'exercer leur spécialité actuelle. Aussi, ils déclarent que le passage dans un stage de leur spécialité pendant l'externat a été particulièrement déterminant dans leur choix (environ 80%).

**Tableau 19.** Passage pendant l'externat dans un stage de sa spécialité dans les groupes « Psychiatrie » et « Autres spécialités »

Test du khi2 :  $p=0,001$

	Psychiatrie n = 760	Autres spécialités n = 536	Total n = 1296
Oui, mais ce stage n'a pas été déterminant dans le choix de ma spécialité actuelle	246 (32,4)	137 (25,6)	383 (29,6)
Oui et ce stage a été déterminant dans le choix de ma spécialité actuelle	442 (58,2)	257 (47,9)	699 (53,9)
Non	72 (9,5)	142 (26,5)	214 (16,5)

Il existe une différence significative entre les internes de psychiatrie et leurs confrères, qui sont plus d'1/4 à ne pas être passé dans un stage de leur spécialité au cours de leur externat, alors que plus de 90% des internes de psychiatrie ont fait préalablement un stage d'externe en psychiatrie.



**Figure 4.** Passage dans un stage de ma spécialité pendant l'externat dans le groupe "Psychiatrie"

**Tableau 20.** La spécialité exercée aujourd'hui correspond à l'objectif fixé en passant l'ECN dans les groupes « Psychiatrie » et « Autres spécialités »Test du khi2 :  $p=0,005$ 

	Psychiatrie n = 760	Autres spécialités n = 536	Total n = 1296
Oui, c'était mon premier choix, j'ai réussi l'ECN et j'ai pu choisir ma ville	496 (65,3)	353 (65,9)	849 (65,5)
Oui, c'était mon premier choix, j'ai réussi l'ECN mais je n'ai pas obtenu la ville de mon choix	171 (22,5)	93 (17,4)	264 (20,4)
Non, c'était un choix par défaut/2nd choix, j'ai raté l'ECN et/ou privilégié ma ville	67 (8,8)	76 (14,2)	143 (11,0)
J'ai utilisé un droit au remord et/ou j'ai repassé l'ECN après le début de mon internat	26 (3,4)	14 (2,6)	40 (3,1)

**Tableau 21.** La spécialité exercée aujourd'hui correspond à l'objectif fixé en passant l'ECN, par spécialitéTest du khi2 :  $p=0,001$ 

	Neuro. n=60	Anesth-Réa. n=123	Chirurgie Ortho. n=43	Pédiatrie n=57	Med. G. n=253	Psychiatrie n=760
Oui, c'était mon premier choix, j'ai réussi l'ECN et j'ai pu choisir ma ville	39 (65,0)	88 (71,5)	15 (34,9)	33 (57,9)	178 (70,4)	496 (65,3)
Oui, c'était mon premier choix, j'ai réussi l'ECN mais je n'ai pas obtenu la ville de mon choix	18 (30,0)	26 (21,1)	21 (48,8)	21 (36,8)	7 (2,8)	171 (22,5)
Non, c'était un choix par défaut/2nd choix, j'ai raté l'ECN et/ou privilégié ma ville	2 (3,3)	3 (2,4)	5 (11,6)	2 (3,5)	64 (25,3)	67 (8,8)
J'ai utilisé un droit au remord et/ou j'ai repassé l'ECN après le début de mon internat	1 (1,7)	6 (4,9)	2 (4,7)	1 (1,8)	4 (1,6)	26 (3,4)

Les internes de psychiatrie ont significativement plus choisi leur spécialité à l'ECN que leurs confrères (91% vs 86%,  $p=0,005$ ). Il sont aussi significativement plus mobiles que les autres : ils ont privilégié le choix de leur spécialité au choix de leur ville (22% vs 17%) (**Tableau 20**).

Si on compare les psychiatres à chacune des autres spécialités séparément (**Tableau 21**), cette différence n'est significativement observée qu'avec les médecins généralistes ( $p=0,001$ ). La tendance observée en comparant les psychiatres avec les neurologues, les anesthésistes et les pédiatres est plutôt inverse.

#### 4. Caractéristiques sociales

**Tableau 22.** Centres d'intérêts dans les groupes « Psychiatrie » et « Autres spécialités »

	Fréquences n (%)		<i>p</i>
	Psychiatrie n= 760	Autres spécialités n= 536	
Lecture	594 (78,2)	345 (64,4)	$p=0,001$
Engagement politique et/ou syndical / Implication associative	174 (22,9)	94 (17,5)	$p=0,022$
Activité sportive	431 (56,7)	348 (64,9)	$p=0,004$
Activité artistique	304 (40,0)	146 (27,2)	$p=0,001$
Voyage	440 (57,9)	298 (55,6)	$p=0,45$
Sorties culturelles	626 (82,4)	354 (66,0)	$p=0,001$
Aucun, par manque d'intérêt	3 (0,4)	3 (0,6)	$p=0,985$
Aucun, par manque de temps	22 (2,0)	22 (4,1)	$p=0,306$

Les psychiatres se différencient significativement de leurs confrères en tant que plus grands lecteurs, plus engagés sur le plan politique, syndical ou associatif, ayant plus fréquemment

une activité artistique et faisant plus de sorties culturelles. Ils se disent en revanche moins sportifs...

**Tableau 23.** Orientation politique dans les groupes « Psychiatrie » et « Autres spécialités »

Test du khi2 :  $p=0,001$

	Psychiatrie n= 760	Autres spécialités n= 536	Total n = 1296
Plutôt de gauche	308 (40,5)	155 (28,9)	463 (35,7)
Plutôt de droite	137 (18,0)	179 (33,4)	316 (24,4)
Plutôt d'extrême gauche	51 (6,7)	9 (1,7)	60 (4,6)
Plutôt d'extrême droite	0	5 (0,9)	5 (0,4)
Plutôt au centre	110 (14,5)	53 (9,9)	163 (12,6)
Plutôt vert/écologiste	58 (7,6)	34 (6,3)	92 (7,1)
Sans avis	56 (7,4)	74 (13,8)	130 (10,0)
Ne souhaite pas répondre	40 (5,3)	27 (5,0)	67 (5,2)

Les psychiatres se démarquent de leurs confrères par des orientations politiques très différentes : ils se déclarent plus à gauche, à l'extrême gauche et au centre ( $p=0,001$ ). Leurs confrères se déclarent plus de droite et d'extrême droite ( $p=0,001$ ). Aussi, le groupe « Autres spécialités » exprime significativement moins d'opinions politiques ( $p=0,001$ ).

**Tableau 24.** Orientation politique par spécialitéTest du khi2 :  $p=0,001$ 

	Neuro. n=60	Anesth- Réa. n=123	Chirurgie Ortho. n=43	Pédiatrie n=57	Med. G. n=253	Psychiatrie n=760	Total n =1296
Plutôt de gauche	21 (35,0)	36 (29,3)	12 (27,9)	11 (19,3)	75 (29,6)	308 (40,5)	463 (35,7)
Plutôt de droite	17 (28,3)	43 (35,0)	17 (39,5)	19 (33,3)	83 (32,8)	137 (18,0)	316 (24,4)
Plutôt d'extrême gauche	2 (3,3)	3 (2,4)	0	1 (1,8)	3 (1,2)	51 (6,7)	60 (4,6)
Plutôt d'extrême droite	1 (1,7)	0	2 (4,7)	0	2 (0,8)	0	5 (0,4)
Plutôt au centre	4 (6,7)	11 (8,9)	2 (4,7)	13 (22,8)	23 (9,1)	110 (14,5)	163 (12,6)
Plutôt vert/écologiste	3 (5,0)	10 (8,1)	2 (4,7)	3 (5,3)	16 (6,3)	58 (7,6)	92 (7,1)
Sans avis	7 (11,7)	18 (14,6)	7 (16,3)	7 (12,3)	35 (13,8)	56 (7,4)	130 (10,0)
Ne souhaite pas répondre	5 (8,3)	2 (1,6)	1 (2,3)	3 (5,3)	16 (6,3)	40 (5,3)	67 (5,2)

**Tableau 25.** Pratique religieuse dans les groupes « Psychiatrie » et « Autres spécialités »

Test du khi2 :  $p=0,001$

	Psychiatrie n = 760	Autres spécialités n = 536	Total n = 1296
Croyant(e) non pratiquant(e)/ Croyant(e) peu ou moyennement pratiquant(e)/ Croyant(e) très pratiquant(e)	246 (32,4)	240 (44,8)	486 (37,5)
Athée	318 (41,8)	191 (35,6)	509 (39,3)
Agnostique	148 (19,5)	78 (14,6)	226 (17,4)
Ne souhaite pas répondre	48 (6,3)	27 (5,0)	75 (5,8)

Toutes spécialités confondues et séparées, les psychiatres se différencient de leurs confrères pour la croyance et/ou la pratique religieuse.

Ils sont en effet significativement plus athées et/ou agnostiques que les autres.

## 5. Histoire de vie

**Tableau 26.** ATCD familiaux et personnels somatiques ou psychiatriques dans les groupes « Psychiatrie » et « Autres spécialités »Test du Khi2=19,0 :  $p=0,004$ 

	Fréquences n (%)		p
	Psychiatrie n= 760	Autres spécialités n= 536	
Oui, des antécédents personnels somatiques importants	43 (5,7)	29 (5,4)	$p=0,944$
Oui, des antécédents personnels psychologiques ou psychiatriques	96 (12,6)	50 (9,3)	$p=0,074$
Oui, des antécédents familiaux somatiques importants	115 (15,1)	66 (12,3)	$p=0,17$
Oui, des antécédents familiaux psychologiques ou psychiatriques	170 (22,4)	77 (14,4)	$p=0,001$
Oui, des événements de vie négatifs	188 (24,7)	141 (26,3)	$p=0,573$
Non	300 (39,5)	250 (46,6)	$p=0,012$
Ne souhaite pas répondre	44 (5,8)	27 (5,0)	$p=0,648$

**Tableau 27.** Évènements de vie négatifs dans les groupes « Psychiatrie » et « Autres spécialités »

	Fréquences n (%)		p
	Psychiatrie n= 760	Autres spécialités n= 536	
Décès d'un de vos proches	103 (13,6)	91 (17,0)	$P= 0,101$
Accompagnement d'un de vos proches dans la maladie	63 (8,3)	45 (8,4)	$P= 0,9$
Rupture amoureuse particulièrement difficile ou douloureuse	38 (5,0)	26 (4,9)	$P=0,9$
Quelque chose de vécu comme traumatisant	93 (12,2)	59 (11,0)	$P=0,562$

**Tableau 28.** Prise de traitement dans les groupes « Psychiatrie » et « Autres spécialités »

	Fréquences n (%)		<i>p</i>
	Psychiatrie n= 760	Autres spécialités n= 536	
Un traitement psychotrope au long cours	24 (3,2)	12 (2,2)	<i>p</i> =0,415
Un traitement psychotrope à la demande et régulièrement	9 (1,2)	2 (0,4)	<i>p</i> =0,195
Un traitement non psychotrope au long cours	41 (5,4)	41 57,6)	<i>p</i> =0,123
Un traitement non psychotrope à la demande et régulièrement	18 (2,4)	12 (2,2)	<i>p</i> =0,9

Les internes de psychiatrie ne présentent pas plus d'ATCD personnels psychiatriques que leurs confrères mais déclarent plus d'ATCD familiaux psychiatriques ( $p=0,001$ ) (**Tableau 26**).

Ils ne déclarent pas prendre plus de traitement psychotrope, ni à la demande, ni au long cours (**Tableau 28**).

## 6. Représentation de l'interne de psychiatrie et de la spécialité par ses confrères

### ▪ Représentation de l'interne de psychiatrie

Pour cette question, les modalités « tout à fait d'accord », « plutôt d'accord » et « moyennement d'accord » ont été recodées sous le même libellé « d'accord ».

**Tableau 29.** Représentation de l'interne de psychiatrie par ses confrères, toutes spécialités

Modalités	Effectifs n=533	Fréquence	IC (95%)
« Un interne de psychiatrie est comme moi »	 445	83,5%	±3,2% [80,3% - 86,7%]
« Un psychiatre préfère la littérature à la science »	 340	63,8%	±4,1% [59,7% - 67,9%]
« Un psychiatre a probablement des antécédents, il est souvent "bizarre" »	 300	56,3%	±4,2% [52,1% - 60,5%]
« Un interne de psychiatrie n'est plus médecin »	 226	42,4%	±4,2% [38,2% - 46,6%]
« Un interne de psychiatrie est un "tire-au-flanc" »	 197	37,0%	±4,1% [32,9% - 41,1%]
« Un interne de psychiatrie a raté l'ECN »	 168	31,5%	±3,9% [27,6% - 35,4%]
« Un interne de psychiatrie va mal finir, la psychiatrie c'est "contagieux"! »	 157	29,5%	±3,9% [25,6% - 33,4%]

Ces résultats révèlent que parmi les internes toutes spécialités confondues, près de 60% pensent que l'interne de psychiatrie a probablement des ATCD personnels psychiatriques et

qu'il est bizarre, plus de 40% pensent que nous ne sommes plus vraiment médecins, et un peu plus de 30% pensent qu'un interne de psychiatrie « va mal finir », et que la psychiatrie est « contagieuse ».

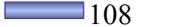
**Tableau 30.** Représentations de l'interne de psychiatrie par ses confrères, par spécialité

Modalités	Fréquence n(%)					p
	Neuro. n=60	Anesth-Réa. n=123	Chirurgie Ortho. n=42	Pédiatrie n=56	Med. G. n=252	
« Un interne de psy a raté l'ECN »	23 (38,3)	41 (33,3)	17 (40,5)	19 (33,9)	68 (27,0)	$p=0,231$
Un interne de psychiatrie n'est plus médecin	26 (43,3)	58 (47,2)	22 (52,4)	23 (41,1)	97 (38,5)	$p=0,344$
Un psychiatre a probablement des antécédents, il est souvent "bizarre"	23 (38,3)	67 (54,5)	30 (71,4)	38 (67,9)	142 (56,3)	$p=0,005$
« Un interne de psychiatrie va mal finir, la psychiatrie c'est "contagieux" »	15 (25,0)	32 (26,0)	13 (31,0)	15 (26,8)	82 (32,5)	$p=0,619$
« Un psychiatre préfère la littérature à la science »	38 (63,3)	86 (69,9)	30 (71,4)	37 (66,1)	149 (59,1)	$p=0,233$
« Un interne de psychiatrie est un "tire-au-flanc" »	26 (43,3)	41 (33,3)	15 (37,7)	22 (39,3)	93 (36,9)	$p=0,757$
« Un interne de psychiatrie est comme moi »	52 (86,7)	107 (87,0)	23 (54,8)	45 (80,4)	218 (86,5)	$p=0,001$

▪ **Représentation de la spécialité par les confrères**

Pour cette question, les modalités « tout à fait d'accord » et « plutôt d'accord » ont été recodées sous le même libellé « d'accord ». Les modalités « moyennement d'accord » et « pas d'accord » ont été recodées sous le libellé « pas d'accord ».

**Tableau 31.** Représentation de la spécialité par les confrères, toutes spécialités

Modalités	Effectifs n=533	Fréquence	IC (95%)
« J'en aurais profiter pour me consacrer à mes loisirs favoris »	 248	46,5%	±4,2% [42,3% - 50,7%]
« Je n'aurais pas supporter la difficulté du métier »	 217	40,7%	±4,2% [36,5% - 44,9%]
« J'aurais préféré arrêter médecine»	 128	24,0%	±3,6% [20,4% - 27,6%]
« Effectivement, j'ai hésité »	 108	20,3%	±3,4% [16,9% - 23,7%]

**Tableau 32.** Représentation de la spécialité par les confrères, par spécialité

Modalités	Fréquence n(%)					p
	Neuro. n=60	Anesth-Réa. n=123	Chirurgie Ortho. n=42	Pédiatrie n=56	Med. G. n=252	
« Effectivement, j'ai hésité »	18 (30,0)	17 (13,8)	6 (14,3)	7 (12,5)	60 (23,8)	<i>p=0,02</i>
« J'en aurai profiter pour me consacrer à mes loisirs favoris »	35 (58,3)	59 (48,0)	27 (64,3)	27 (48,2)	100 (39,7)	<i>p=0,009</i>
« J'aurais préféré arrêter médecine»	6 (10,0)	33 (26,8)	24 (57,1)	16 (28,6)	49 (19,4)	<i>p=0,001</i>
« Je n'aurais pas supporter la difficulté du métier »	18 (30,0)	44 (35,8)	11 (26,2)	21 (37,5)	123 (48,8)	<i>p=0,005</i>

On relève des tendances concernant l'avis des généralistes qui pensent, à l'inverse de leurs collègues, que les internes de psychiatrie n'ont pas raté l'ECN (73%), et qu'ils restent médecin (62%) (**Tableau 30**). Ils sont également les plus nombreux à déclarer qu'ils n'auraient pas « supporter la difficulté du métier » (**Tableau 32**).

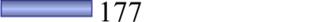
Aussi, les internes de chirurgie orthopédique sont les plus nombreux à penser que nous sommes « bizarres », que nous avons raté l'ECN, que nous ne sommes plus médecins et qu'ils ne peuvent pas s'identifier à nous (**Tableau 30**). Ils sont aussi les plus nombreux à dire qu'ils auraient « préféré arrêter médecine plutôt que d'exercer en tant que psychiatre » (58% vs 21%,  $p < 0,001$ ) mais sont les moins nombreux à penser qu'ils n'auraient pas « supporté la difficulté du métier » (26% vs 42%,  $p < 0,005$ ) (**Tableau 32**).

Les neurologues sont quant à eux les plus nombreux à s'identifier à nous (86,7%) et sont les moins nombreux à penser que l'interne de psychiatrie est « bizarre » ( $p = 0,005$ ) et que la psychiatrie est « contagieuse » ( $p = 0,4$ ) (**Tableau 30**). Dans ce sens, ils sont significativement les plus nombreux ( $p = 0,02$ ) à avoir hésité à choisir la psychiatrie à l'ECN et les moins nombreux à déclarer qu'ils « auraient arrêté médecine » dans ce cas (**Tableau 32**). A contrario, plus de 40% d'entre eux pensent qu'« un interne de psychiatrie n'est plus médecin ».

## 7. Identité professionnelle de l'interne en psychiatrie

**Tableau 33.** Critères de choix de la spécialité

Pour cette question, les modalités « tout à fait d'accord » et « plutôt d'accord » ont été recodées sous le même libellé « d'accord ». Les réponses « moyennement d'accord » et « pas d'accord » ont été recodées sous le libellé « pas d'accord ».

	Effectifs	Fréquence	IC (95%)
Tolérance, empathie, ouverture d'esprit	 649	85,8%	±2,5% [83,3% - 88,3%]
Qualité de vie pendant l'internat	 598	79,1%	±2,9% [76,2% - 82,0%]
Avoir le temps de ne pas être que médecin	 573	75,8%	±3,1% [72,7% - 78,9%]
L'aspect pluridisciplinaire et le travail d'équipe	 573	75,8%	±3,1% [72,7% - 78,9%]
Eventail d'obédiences possibles	 536	70,9%	±3,2% [67,7% - 74,1%]
Aspect plus intellectuel	 517	68,4%	±3,3% [65,1% - 71,7%]
Aspect plus littéraire	 475	62,8%	±3,4% [59,4% - 66,2%]
Aversion pour le stress rencontré dans les services de médecine somatique	 317	41,9%	±3,5% [38,4% - 45,4%]
Trouver des réponses à mon propre fonctionnement	 212	28,0%	± 3,2% [24,8% - 31,2%]
Facilité d'accès à l'ECN	 177	23,4%	±3,0% [20,4% - 26,4%]
Aversion pour le somatique, le corps et les bilans biologiques	 149	19,7%	±2,8% [16,9% - 22,5%]
Aspect financier	 101	13,4%	±2,4% [11,0% - 15,8%]
Aspect prestigieux	 86	11,4%	±2,3% [9,1% - 13,7%]

Pour plus de 2/3 des internes, les principaux critères de choix de la spécialité ont été la tolérance, l'empathie et l'ouverture d'esprit du corps professionnel (86%), la qualité de vie possible pendant l'internat (79%), la notion de la pluridisciplinarité dans le travail (76%), l'éventail d'obédiences et de pratiques envisageables (71%) et l'aspect plus intellectuel de la spécialité (68%).

On note que 42% des internes pour qui le « stress rencontré dans les services de médecine somatique » a influencé leur choix. Aussi, près d'un interne sur cinq mentionne une aversion pour la médecine somatique.

**Tableau 34.** L'entretien des connaissances en médecine somatique

	Effectifs n=760	Fréquence	IC (95%)
J'entretiens mes connaissances car je suis médecin avant d'être psychiatre	 261	34,3%	±3,4% [30,9% - 37,7%]
J'entretiens mes connaissances mais je m'en passerais bien	 103	13,6%	±2,4% [11,2% - 16,0%]
Je n'entretiens pas mes connaissances car ce n'est plus mon domaine de compétences	 93	12,2%	±2,3% [9,9% - 14,5%]
Je n'entretiens pas mes connaissances car je n'ai pas le temps et tant mieux	 38	5,0%	±1,5% [3,5% - 6,5%]
Je n'entretiens pas mes connaissances car je n'ai pas le temps mais c'est dommage	 294	38,7%	±3,5% [35,2% - 42,2%]

50% des internes disent entretenir leurs connaissances en médecine somatique, même s'ils s'en passeraient bien pour 1/4 d'entre eux.

Pour l'autre moitié des internes, 1/4 déclare que ce n'est plus leur domaine de compétences.

**Tableau 35.** Autoreprésentation du métier de psychiatre

	Effectifs n=756	Fréquence	IC (95%)	
Médecin	 281	37,2%	±3,4%	[33,8% - 40,6%]
Psychothérapeute	 19	2,5%	±1,1%	[1,4% - 3,6%]
Spécialiste des neurosciences	 4	0,5%	±0,5%	[0,0% - 1,0%]
Psychanalyste	 35	4,6%	±1,5%	[3,1% - 6,1%]
Médecin et psychothérapeute	 221	29,2%	±3,2%	[26,0% - 32,4%]
Médecin et psychanalyste	 10	1,3%	±0,8%	[0,5% - 2,1%]
Médecin et spécialiste des neurosciences	 29	3,8%	±1,4%	[2,4% - 5,2%]
Médecin, spécialiste des neurosciences et psychothérapeute	 116	15,3%	±2,6%	[12,7% - 17,9%]
Médecin et travailleur social	 18	2,4%	±1,1%	[1,3% - 3,5%]
Médecin, spécialiste des neurosciences et travailleur social	 23	3,0%	±1,2%	[1,8% - 4,2%]

En tant que « psychiatre », 92,4% des internes se considèrent comme médecin avant tout, 4,6% se considèrent comme psychanalyste et 2,5% comme psychothérapeute.

Parmi la grande majorité des internes qui se considèrent médecin, la moitié se disent à la fois médecin et psychothérapeute.

**Tableau 36.** Utilisation des classifications nosographiques (DSM/CIM) dans la pratique de l'interne en psychiatrie

	Effectifs n=756	Fréquence	IC (95%)	
Utilisation indispensable et/ou utile	 675	89,3%	±2,2%	[87,1% - 91,5%]
Elle ne m'est pas utile pour ma démarche diagnostique et thérapeutique	 81	10,7%	±2,2%	[8,5% - 12,9%]

**Tableau 37.** Avis de l'interne de psychiatrie sur le recours à la prescription de psychotropes

	Effectifs n=756	Fréquence	IC (95%)	
Malheureusement indispensable mais il ne faut vraiment pas en abuser	 65	8,6%	±2,0%	[6,6% - 10,6%]
indispensable, c'est le coeur du traitement	 25	3,3%	±1,3%	[2,0% - 4,6%]
Utile et suffisant dans la majorité des cas	 16	2,1%	±1,0%	[1,1% - 3,1%]
Utile mais insuffisant, il faut d'autres prises en charge à côté	 620	82,0%	±2,7%	[79,3% - 84,7%]
Utile mais ce n'est vraiment pas la priorité	 28	3,7%	±1,3%	[2,4% - 5,0%]
Inutile sauf exception et à éviter si possible	 2	0,3%	±0,4%	[0,0% - 0,7%]

La quasi totalité (99,7%) des internes considère que le recours à la prescription de psychotropes est utile et/ou indispensable. 82% pensent qu'elle doit s'accompagner de prise(s) en charge conjointe(s).

**Tableau 38.** Place de la psychothérapie (hors psychothérapie de soutien) dans la future pratique de l'interne de psychiatrie

	Effectifs n=756	Fréquence	IC (95%)	
Cela ne me concerne pas beaucoup	19	2,5%	±1,1%	[1,4% - 3,6%]
Cela me concerne mais je la délèguerai si possible à mes confrères ou à d'autres professionnels	150	19,8%	±2,8%	[17,0% - 22,6%]
Idéalement, je l'assurerai moi-même	587	77,6%	±3,0%	[74,6% - 80,6%]

Près de 98% des internes se disent concernés par la pratique psychothérapique, qu'ils la pratiquent eux-mêmes (78%) ou qu'ils préfèrent la délèguer (20%).

**Tableau 39.** Type de pratique psychothérapique envisagée par l'interne en psychiatrie

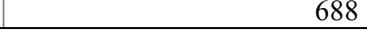
	Effectifs n=756	Fréquence	IC (95%)	
La systémie	89	11,8%	±2,3%	[9,5% - 14,1%]
Les TCC	109	14,4%	±2,5%	[11,9% - 16,9%]
L'approche psychanalytique	96	12,7%	±2,4%	[10,3% - 15,1%]
Selon les cas, un mélange personnel de ces différentes approches	375	49,6%	±3,6%	[46,0% - 53,2%]
Je ne sais pas encore, je ne suis pas suffisamment informé(e)	87	11,5%	±2,3%	[9,2% - 13,8%]

La moitié des internes envisagent une pratique psychothérapique « intégrative ».

**Tableau 40.** Place de la dimension sociale dans la prise en charge des patients par l'interne de psychiatrie

	Effectifs n=756	Fréquence	IC (95%)
En tant que psychiatre, je me sens concerné(e) par la réinsertion sociale des malades	 731	96,7%	±1,3% [95,4% - 98%]
Ce n'est pas le travail du psychiatre, ni des secteurs psychiatriques	 25	3,3%	±1,3% [2,0% - 4,6%]

**Tableau 41.** Désir de spécialisation de l'interne en psychiatrie

Spécialisation		Effectifs n=760	Fréquence	IC (95%)
Psychiatrie adulte	Oui	 495	65,1%	±3,4% [61,7% - 68,5%]
	Non	 265	34,9%	±3,4% [31,5% - 38,3%]
Pédopsy.	Oui	 202	26,6%	±3,1% [23,5% - 29,7%]
	Non	 558	73,4%	±3,1% [70,3% - 76,5%]
Addictologie	Oui	 91	12,0%	±2,3% [9,7% - 14,3%]
	Non	 669	88,0%	±2,3% [85,7% - 90,3%]
Psychiatrie carcérale	Oui	 75	9,9%	±2,1% [7,8% - 12,0%]
	Non	 685	90,1%	±2,1% [88,0% - 92,2%]
Ne sais pas	Oui	 72	9,5%	±2,1% [7,4% - 11,6%]
	Non	 688	90,5%	±2,1% [88,4% - 92,6%]

2/3 des internes souhaitent devenir psychiatre d'adulte.

On note que plus d'1/4 des internes disent vouloir se spécialiser en pédopsychiatrie, 12% en addictologie et près de 10% dans le milieu carcéral.

Les internes n'ont pas été interrogés à propos de leur désir de spécialisation en psychiatrie de la personne âgée.

**Tableau 42.** Bénéfices ressentis à la formation du métier de psychiatre

	Effectifs n=760	Fréquence	IC (95%)
Enrichissement personnel permanent	 724	95,8%	±1,4% [94,4% - 97,2%]
Me sentir utile	 690	91,3%	±2,0% [89,3% - 93,3%]
Humilité	 630	83,3%	±2,7% [80,6% - 86,0%]
Développer mes connaissances sur le cerveau	 597	79,0%	±2,9% [76,1% - 81,9%]
Avoir du temps pour soi	 564	74,6%	±3,1% [71,5% - 77,7%]
Mieux comprendre mon fonctionnement	 347	45,9%	±3,6% [42,3% - 49,5%]
Soulager ma propre souffrance	 56	7,4%	±1,9% [5,5% - 9,3%]
Le pouvoir	 52	6,9%	±1,8% [5,1% - 8,7%]

Le premier bénéfice du métier de psychiatre retenu par les internes est celui de « l'enrichissement personnel au travail ».

Une grande majorité dit se sentir « utile » et apprendre « l'humilité » et près de 80% rapportent pouvoir « développer leurs connaissances sur le cerveau humain ».

Moins de 10% des internes disent « soulager leur propre souffrance ».

**Tableau 43.** Satisfaction en tant qu'interne en psychiatrie

	Effectifs n=760	Fréquence	IC (95%)
Oui	 730	96,1%	±1,1% [95,0% - 97,2%]
Non	 30	3,9%	±1,1% [3,8% - 5,0%]

## C. Discussion générale

### 1. Limites et biais de l'étude

Plusieurs limites et biais de l'enquête doivent être considérés pour l'interprétation des résultats.

Il existe un biais de sélection car les opinions de près de la moitié des internes de psychiatrie demeurent inconnues à l'issue de cette enquête. Pour autant, le taux de réponses obtenu (69%) pour cette enquête figure parmi un des meilleurs de toutes les enquêtes nationales menées par l'AFFEP. C'est aussi le cas pour la couverture nationale puisque toutes les villes universitaires de France sont représentées, DOM-TOM compris.

Aussi, seules 4 autres spécialités médicales et 1 spécialité chirurgicale ont été sondées, ces 5 disciplines ne pouvant pas représenter à elles seules l'ensemble des internes de France toutes spécialités confondues.

Pour les cinq spécialités sondées, les bases de sondage étaient inconnues et incomplètes selon les présidents d'associations nationales qui nous les ont renseignées. Le taux de réponse est donc inconnu. Malgré la comparabilité des deux groupes « Psychiatrie » et « Autres spécialités », les taux de participation pour chacune de ces spécialités restent faibles et doivent nous faire considérer un biais de sélection pour ces populations.

Le biais déclaratif doit être pris en compte malgré l'anonymisation des réponses, devant le caractère privé de certaines questions axées sur les caractéristiques sociodémographiques et sociologiques. Afin de limiter le taux de non-réponses ou le risque d'arrêt de passation du questionnaire, il était systématiquement proposé le libellé « ne souhaite pas répondre » pour ces questions.

Pour permettre la comparaison des données, toutes les questions posées étaient des questions fermées, il est donc à considérer que leur caractère parfois restrictif ait pu engendrer une perte d'informations.

Même s'il est très difficile d'estimer le sens des biais de réponse, le titre du questionnaire étant explicite sur les objectifs de l'enquête, il est possible que les confrères particulièrement concernés par la stigmatisation de l'interne en psychiatrie aient été surreprésentés.

Enfin, certains libellés de la question relative aux préjugés des confrères sur les psychiatres pouvaient revêtir un caractère « ludique », ainsi d'autres items (« littérature », « un interne de psychiatrie est comme moi ») étaient proposés pour limiter un éventuel biais déclaratif, renforcer et évaluer le sérieux des réponses.

## 2. Interprétation des résultats

Malgré les biais cités ci-dessus, cette enquête est la première à étudier les représentations de nos confrères sur le métier de psychiatre. Elle est également la première étude à objectiver le stéréotype populaire du psychiatre « fou » (53).

Les répondants représentent 43,7% des internes de psychiatrie inscrit au DES de psychiatrie en France en 2013 (N=1760), 17,6% des internes de neurologie (N=340), 7,0% des internes d'anesthésie-réanimation (N=1763), 4,8% des internes de pédiatrie (N=1182) et 1,4% des internes de médecine générale (N= 10733).

Le nombre d'internes inscrits en France recensés au 31 janvier 2013 était de 27 769 (ref ISNI). Pour les cinq spécialités sondées confondues (hors chirurgie orthopédique), le taux de participation a été de 3,5% (N=14018, n=493)

La puissance des résultats est à considérer d'autant que les groupes étudiés sont comparables par leur nombre et leur caractéristiques générales (semestres, subdivisions d'internat).

### ▪ Profil sociodémographique de l'interne en psychiatrie

Jusqu'à maintenant, les psychiatres se différenciaient en général de leurs collègues par des caractéristiques sociologiques particulières. Il n'existait jusqu'à aujourd'hui qu'une seule étude, menée par A. Rogow (165), menée en 1970, étudiant les profils des psychiatres.

Rogow (165), dans son ouvrage classique, les décrivaient comme presque toujours de sexe masculin, issus de la classe moyenne, avec des parents ayant un emploi et plus fréquemment

athées ou agnostiques. Leur niveau culturel, évalué à l'aide de leurs habitudes de lecture était aussi plus élevé et leur orientation politique franchement progressiste.

Dans les années 2000, Guimon (2) souligne déjà que le profil sociodémographique du psychiatre, tel que dressé par Rogow, se modifie et se différencie de moins en moins de celui des autres médecins.

Les résultats de notre enquête semblent aller dans ce sens pour certaines des données sociodémographiques étudiées : les 2 groupes sont en effet homogènes pour le genre (70% de femmes toutes spécialités confondues), l'âge (âge moyen de 28 ans dans les 2 groupes), les statuts conjugal et parental, et l'orientation sexuelle (**Tableau 2**).

Concernant la question de l'orientation sexuelle, bien qu'il était mentionné dans le questionnaire que cette question était posée pour savoir si la psychiatrie était un milieu moins conformiste que les autres, elle a parfois suscité des questionnements chez les répondants. Ils n'ont cependant été que 2% à ne pas souhaiter répondre.

En 2012, une étude IFOP recensait 6,5% de personnes se déclarant homo/bisexuelles en France. Les taux semblent donc comparables entre la population des internes sondés toutes spécialités confondues et la population générale (**Tableau 2**).

Ces résultats confirment par ailleurs la féminisation importante de la profession médicale, toutes spécialités confondues. La psychiatrie suit également cette évolution. En effet, l'INSEE recensait seulement 41,8% de femmes en exercice sur 15 000 psychiatres en 2013.

Des différences significatives sont cependant observées pour les opinions politiques, la pratique religieuse et les centres d'intérêt. Il est d'ailleurs très intéressant de constater que le profil des psychiatres pour ces sujets est le même que 40 ans auparavant : les internes de psychiatrie déclarent des opinions politiques significativement plus à gauche (40% vs 29%,  $p < 0,05$ ), sont majoritairement plus athées ou agnostiques (62% vs 50%,  $p < 0,05$ ) et apparaissent comme de plus grands lecteurs (78% vs 64%,  $p < 0,05$ ) (**Tableaux 22, 23, 24, 25**).

En revanche, concernant la profession de leurs parents, il apparaît contrairement aux années 70 (165), que la grande majorité des internes de psychiatrie soit issue de milieux socio-économiques favorisés (**Tableaux 7 et 8**).

Pour les deux parents, nous observons des différences significatives entre les internes toutes spécialités confondues et la population générale (chiffres INSEE, **Tableaux 44 et 45**), mais également entre les internes de psychiatrie et leurs confrères.

**Tableau 44.** Comparaison des populations actives d'hommes, entre les groupes « Psychiatrie », « Autres spécialités » et la population générale

	Fréquences (%)			p
	Psychiatrie (pères)	Autres spécialités (pères)	Pop. Générale INSEE 2012 <b>HOMMES</b>	
Cadre et PIS	69,5	60,7	20,6	p <0,001
Prof. Intermédiaire	13	12,7	23,0	p <0,001
Employé	3,7	7,0	12,6	p <0,001
Ouvrier	6,1	10,2	32,1	p <0,001
Agriculteur	1,0 p <0,01	2,9	2,7	
Artisan commerçant	6,6	6,3	9,0	p <0,01

**Tableau 45.** Comparaison des populations actives de femmes, entre les groupes « Psychiatrie », « Autres spécialités » et la population générale

	Fréquences (%)			p
	Psychiatrie (mères)	Autres spécialités (mères)	Pop. Générale INSEE 2012 <b>FEMMES</b>	
Cadre et PIS	54,5	45,2	15,1	p <0,001
Prof. Intermédiaire	26,9	31,6 p <0,002	26,5	
Employée	13,8	17,3	45,2	p <0,001
Ouvrière	1,2	1,5	8,3	p <0,001
Agricultrice	0,6 p >0,1	1,3	1,2	
Artisan commerçante	2,9 p >0,3	3,1	3,7	

En effet, pour toutes les catégories socio-professionnelles (CSP) telles que décrites par l'INSEE, les pères des internes toutes spécialités confondues se différencient significativement de la population active d'hommes mesurée en population générale : ils apparaissent sur-représentés dans les catégories professionnelles dites « supérieures », au détriment des CSP « Profession Intermédiaire », « Employé » et « Ouvrier » (**Tableau 44**).

Concernant la population active de femmes, on note également des différences statistiquement significatives entre les mères des internes et la population générale : les mères des internes

toutes spécialités confondues sont également en plus grande proportion dans les catégories « Cadre et PIS » et sont moins représentées dans les catégories « Employée » et « Ouvrière » (**Tableau 45**). Pour la CSP « Profession Intermédiaire », on observe les même taux d'activité entre les mères de psychiatres et la population générale, mais une différence significative ( $p < 0,02$ ) entre le groupe « Autres spécialités » (32%) et la population générale (26,5%) (**Tableau 45**).

Au total, pour les deux groupes, le taux moyen des parents actifs exerçant en tant que cadres est bien supérieure à celui de la population générale active (66 vs 21% pour les hommes et 52 vs 15% pour les femmes,  $p < 0,001$ ).

En 2012, on recense en population générale 9,7% d'hommes et 10% de femmes sans profession toutes CSP confondues (166). On peut ainsi remarquer que le taux des mères « sans profession » dans les deux groupes est égal à celui de la population générale. Il n'en est pas de même pour les pères qui sont 20 fois moins nombreux à être « sans profession » par rapport à la population générale (**Tableaux 7 et 8**).

De manière moins attendue, on note aussi, tant pour la professions du père que de la mère, que les internes de psychiatrie se différencient significativement de leurs confrères pour la CSP « Cadres et PIS » (père : 64% vs 55%,  $p < 0,05$  ; **Tableau 7**) (mère : 46,5% vs 38,5%,  $p < 0,005$  ; **Tableau 8**). Parmi la population active d'hommes, la différence observée entre les pères des internes de psychiatrie et la population générale apparaît ainsi encore plus importante.

La différence observée entre les parents des internes et la population générale semble être en accord avec l'idée communément admise que les études de médecine ne sont possibles que pour ceux dont les parents en ont les moyens financiers.

En revanche, il n'était pas connu que les parents des internes de psychiatrie étaient davantage issus de catégories socioéconomiques et/ou intellectuelles supérieures que leurs confrères.

- **Critères de choix de la psychiatrie**

Selon Rogow (165), les psychiatres semblaient posséder des motivations différentes des autres étudiants en médecine, les poussant à choisir cette spécialité.

Notre étude interrogeait les internes de psychiatrie sur les critères ayant motivé leurs choix après l'ECN, mais ne nous permet pas d'établir des comparaisons avec leurs collègues à qui la question n'était pas posée.

L'étude de 1970 relevait comme critère de choix, l'espoir de pouvoir se débarrasser de leurs difficultés émotionnelles au cours de leur formation et leur exercice professionnel, ainsi qu'un faible intérêt des psychiatres pour l'aspect économique de leur profession.

Aujourd'hui, les premiers critères de choix ne retrouvent pas non plus l'aspect financier du métier (13,4%), ni l'idée de trouver des réponses à son fonctionnement (28%). Ils concernent surtout l'attrait pour l'aspect plus intellectuel (68%) et littéraire (63%) de la spécialité, l'éventail de pratiques envisageable (71%), la qualité de vie possible pendant l'internat (80%) et en premier lieu, la tolérance, l'ouverture d'esprit et l'empathie supposée des professionnels exerçant dans le monde de la santé mentale (86%) (**Tableau 33**).

Par ailleurs, un autre élément capital à prendre en compte est celui des différents facteurs qui influencent ce choix de carrière. Les résultats des études (167) (168) qui les ont étudiés convergent : parmi les facteurs retrouvés figurent les cours ou les stages obligatoires en psychiatrie et la rencontre avec un interne ou un sénior de la spécialité dans le cadre d'un tutorat. Dans ce sens, notre enquête montre que plus de 90% des internes de psychiatrie sont passés dans un stage de psychiatrie au cours de leur externat (**Tableau 19**). Parmi eux, près de 65% ont trouvé ce stage déterminant dans le choix de leur spécialité. Ces résultats vont dans le sens de l'importance du tutorat et de l'enseignement dispensé à l'externe de psychiatrie pendant son stage. Alors que le stage de psychiatrie est souvent choisi par l'externe pour se dégager du temps de travail, ces résultats montrent qu'il pourrait être tout au contraire une étape clé de la découverte de la spécialité et de son intérêt pour elle.

- **Identité professionnelle de l'interne en psychiatrie**

La définition des contours de l'identité professionnelle de l'interne en psychiatrie permet de mettre en exergue l'aspect intégratif (**Tableau 39**) de la pratique des psychiatres de demain.

La quasi-totalité des internes de psychiatrie se considère comme médecin avant tout, ont recours à la prescription des psychotropes qu'ils jugent utile et/ou indispensable (99,7%),

pensent que celle-ci doit s'accompagner de prises en charge conjointes (82%) et sont concernés par la dimension sociale du métier (97%) (**Tableaux 35, 37 et 40**). La psychothérapie occupe également une place majeure dans la future pratique des internes qui souhaiteraient, pour plus des 3/4 d'entre eux l'assurer eux-mêmes (78%) (**Tableau 38**).

Il est intéressant de constater cette perspective des pratiques professionnelles du futur psychiatre à une période encore marquée par le clivage idéologique de nos aînés et dont la jeune génération semble se détacher complètement.

En effet, la profonde évolution du métier que connaît la psychiatrie depuis les années 70 (2) se poursuit aujourd'hui ; par exemple, la grande avancée des découvertes dans le domaine des neurosciences et le développement des nouvelles technologies fait face au développement considérable des techniques de psychothérapies (près de 300 techniques identifiées) et celui des activités dans le domaine médico-social. Dans ce contexte, le risque d'une dispersion excessive de ses activités peut de nouveau amener le psychiatre à une crise identitaire.

Les résultats de l'enquête vont plutôt dans le sens de l'adoption d'une attitude théorique éclectique des internes et l'inclusion de ces différents modèles dans leur future pratique.

Les résultats de notre étude pointent aussi d'autres évolutions majeures comme celle de la future diminution du nombre de psychiatres qui exerceront en tant que psychanalystes. Cette distribution des pratiques est inverse à celle connue dans les années 60. Aujourd'hui, moins de 13% des internes souhaitent exercer en tant que psychanalyste (**Tableau 39**). L'enquête de Van Effenterre et al. (169) retrouvait un chiffre comparable en 2009 (environ 10%, n=78). Les résultats de notre étude ne permettent cependant pas d'établir un état des lieux du souhait de pratique psychanalytique parmi les autres corps de métier de la santé mentale, comme les psychologues par exemple.

L'état des lieux des désirs de spécialisation des internes (**Tableau 41**) montrent une forte attraction de la psychiatrie adulte (65%), alors que le désir de devenir pédopsychiatre semble être stable ces dernières années et concerne aujourd'hui un peu plus d'1/4 des internes (26%). En 2012, l'enquête AFFEP de Berger et al. retrouvait 22% (n= 182) des internes souhaitant avoir une activité mixte de psychiatre d'adulte et de pédopsychiatre, et 16% (n=127) souhaitant devenir pédopsychiatre exclusivement (170).

▪ **Autoreprésentations du métier de psychiatre**

Les discussions actuelles en lien avec la réforme des études du Troisième Cycle d'Etudes Médicales (TCEM) alimentent la nécessité d'une « remédicalisation » de la psychiatrie, bien que déjà évoquée dans les années 80 lors des grands progrès de la recherche en biologie.

A ce sujet, nous pouvons souligner un paradoxe : alors que plus de 90% des internes de psychiatrie se considèrent comme médecin avant tout, 1 interne sur 5 mentionne « l'aversion pour la médecine somatique » comme critère de choix de la psychiatrie (**Tableau 33**) et la moitié d'entre eux n'entretient pas leurs connaissances en médecine somatique (**Tableaux 34 et 35**).

Bien qu'aucun lien de causalité ne soit bien sûr établi entre la surmortalité observée de la population psychiatrique et la capacité des psychiatres à gérer des situations cliniques de médecine somatique, l'European Psychiatric Association a récemment émis des recommandations européennes pour l'amélioration de la prise en charge des pathologies cardio-vasculaires chez les patients souffrant de troubles psychiques sévères (171). Elles orientent notamment vers la sensibilisation des psychiatres au dépistage et au traitement des facteurs de risque cardio-vasculaires chez ces patients.

Mais ne doit-il pas être communément admis qu'il revient au médecin psychiatre de prendre en charge les effets secondaires des traitements qu'ils prescrivent ? Ou de savoir dépister un diabète sucré de type II chez un patient à risque ?

Aussi, pour quelles raisons former un psychiatre à la médecine somatique pendant 6 années au moins, si ce n'est pas pour savoir la pratiquer ? Le débat est ouvert...

En 1974, Garfinkel et al. ont étudié le phénomène d'abandon de la spécialité chez les internes de psychiatrie de 1ère ou 2ème année à Toronto. Une des explications retrouvée était celle de la remise en cause de leur identité même de médecin au sein des hôpitaux psychiatriques. Les réflexions sont importantes à mener dans ce domaine devant le fort taux d'internes en psychiatrie se considérant, en tant que psychiatres, comme médecins avant tout. Aussi dans notre étude, les internes de neurologie sont les moins nombreux à penser que l'interne de psychiatrie est « bizarre » ( $p=0,005$ ) ou que la psychiatrie est « contagieuse » ( $p=0,04$ ) (**Tableau 30**) et sont les plus nombreux à avoir hésité à choisir la psychiatrie à l'ECN ( $p=0,02$ ) (**Tableau 32**). A l'inverse, plus de 40% d'entre eux pensent qu'« un interne de psychiatrie n'est plus médecin ». Ils nous laissent ainsi aisément formuler l'hypothèse que

l'aspect d'une psychiatrie « non-médicale » ait malheureusement pu être un critère de non-choix de la spécialité.

- **Préjugés des confrères sur les psychiatres**

Tous les résultats de cette question objectivent une stigmatisation forte du métier de psychiatre par les confrères.

Comme dans certaines études Nord-Américaines menées sur les représentations des étudiants en médecine sur la profession (cf I-C-2-d), nos résultats mettent en évidence le regard dépréciateur des collègues posés sur les psychiatres. Il est basé sur le principe « qu'il faut bien être fou soi-même pour s'occuper des fous » (97), que « la psychiatrie est contagieuse » (141) ou encore que le psychiatre n'est plus « un vrai médecin » (148).

Ainsi, les résultats révèlent que parmi les internes toutes spécialités confondues, près de 60% pensent que l'interne de psychiatrie a probablement des ATCD personnels psychiatriques et qu'il est bizarre, plus de 40% pensent que nous ne sommes plus vraiment médecins, et un peu plus de 30% pensent qu'un interne de psychiatrie « va mal finir », et que la psychiatrie est « contagieuse » (**Tableau 29**).

Pourtant, la comparaison des histoires de vie des deux groupes « Psychiatrie » et « Autres spécialités » ne montre pas de différence significative concernant les ATCD psychiatriques personnels ( $p=0,079$ ) (**Tableau 26**). Aussi, le faible pourcentage d'internes rapportant « soulager sa propre souffrance » en devenant psychiatre conforte l'idée que la grande majorité des internes de psychiatrie ne choisissent pas cette spécialité pour se soigner (**Tableau 33**). Par ailleurs, face à la différence statistique observée pour les antécédents familiaux entre les deux groupes (**Tableau 26**), nous pouvons facilement imaginer que les futurs psychiatres soient ainsi plus sensibilisés aux problématiques de santé mentale que leurs confrères, qui par extension pourraient apparaître comme plus sujets à un regard stigmatisant sur la population psychiatrique. Il semblerait qu'il s'agisse donc ici davantage d'un aspect positif de l'histoire de vie des futurs psychiatres.

Parmi les autres stigmates portés par l'interne de psychiatrie, on note également celui de son probable échec à l'Examen Classant National : 32% des confrères le pensent. Il est d'ailleurs intéressant de remarquer que l'avis des confrères pour cette modalité est d'autant plus marqué

que leur spécialité est difficile à obtenir à l'issue de l'examen national (**Tableau 30**). Les données de l'enquête réfute largement cette idée : 91% des internes de psychiatrie ont choisi la spécialité, et parmi eux, 22% ont privilégié le choix de la discipline au choix de leur ville d'internat (**Tableaux 20 et 21**).

Par ailleurs, on remarque que les chirurgiens orthopédistes sont, parmi les spécialistes que nous avons interrogés, ceux qui portent le regard le plus dépréciateur sur notre spécialité. Leur regard est d'autant plus péjoratif qu'au-delà du fait d'être les plus nombreux à déclarer qu'ils auraient « arrêter médecine plutôt que de devenir psychiatre », ils sont aussi les moins nombreux à penser qu'ils n'auraient pas « supporté la difficulté du métier » (26% vs 42%,  $p < 0,005$ ) (**Tableaux 30, 31 et 32**).

Enfin, 64% des confrères pensent que les internes de psychiatrie préfèrent la littérature à la science (**Tableau 29**).

Ils se disent effectivement plus lecteurs et on note que les internes ayant fait des études littéraires avant médecine sont essentiellement devenus psychiatres ( $n=21$  vs  $n=3$ ). Pour autant, les données des parcours scolaire et universitaire renseignent que tous ont le même BAC Scientifique, obtenu avec le même nombre de mentions (88% dans les 2 groupes) (**Tableaux 11, 16 et 22**). Il apparaît désormais possible d'être donc à la fois littéraire et scientifique ; malgré les idées reçues, chacune de ces deux caractéristiques semblent coexister dans notre métier.

D'ailleurs, comme le souligne Guimon (2), le profil de personnalité du psychiatre a remarquablement évolué ces dernières années. Il a cessé de n'intéresser que les médecins aux goûts artistiques, littéraires ou humanistes prononcés, même si elle vrai que celles-ci ces sont plus prédominantes que chez leurs confrères. En effet, plus d'un interne sur deux se définit comme médecin et/ou spécialiste des neurosciences « avant tout ». Ainsi, même si la discipline attire toujours certains profils de psychiatres marqués par cette auréole de « romantisme », elle convint de plus en plus à ceux qui sont intéressés par la « psycho-endocrino-neuro-imagerie ».

Dans tous les cas, la quasi-totalité des internes de psychiatrie rapportent être satisfait d'être en formation dans cette spécialité (**Tableau 43**). Ce résultat fort nous permet de communiquer

sur cette diversité d'exercice et de pratiques envisageables au cours de l'internat de psychiatrie dans laquelle chacun semble pouvoir se projeter à sa manière avec grande satisfaction. Ils permettent également de participer activement à la promotion d'une image positive de la psychiatrie et des psychiatres.

Il convient donc de réfléchir au besoin de renforcer l'identité professionnelle des futurs psychiatres pendant leur formation: celle du médecin, du somaticien, du psychothérapeute ou du chercheur, afin de se saisir davantage de la diversité des pratiques et de mettre en lumière leur complémentarité.

Dans ce sens, Katschnig rappelle que l'identité d'une profession et son statut au sein de la communauté médicale sont des facteurs importants de motivation et d'intérêt pour celle-ci. Il y a donc un enjeu majeur à mieux définir les contours de son identité professionnelle afin d'être proactif dans les projets de déstigmatisation de la psychiatrie, et de rendre ainsi notre spécialité plus lisible et attractive.

### III. Déconstruction des mythes : recommandations et initiatives

#### A. Recommandations pour la lutte contre la stigmatisation de la psychiatrie et des psychiatres dans le monde (WPA)

Le Plan d'Action 2008-2011 (**Annexe 2**) de la World Psychiatric Association (WPA) mentionnait comme premier objectif l'amélioration de l'image de la psychiatrie et des psychiatres aux yeux des professionnels de la santé, du grand public, des décideurs de la santé et des étudiants en médecine. Ainsi, en 2009, son Président, Mario Maj, mettait en place un groupe de travail afin de pouvoir examiner les données disponibles sur la stigmatisation de la psychiatrie et des psychiatres, et d'émettre des recommandations à toutes les Sociétés Savantes et Associations nationales de psychiatrie de chaque pays, afin de réduire la stigmatisation de leur discipline et des professionnels, et d'en empêcher ses conséquences néfastes.

Sartorius et al. (53) résume les conclusions de ce groupe de travail qui souligne le rôle que les psychiatres ont à jouer dans ces actions de déstigmatisation.

- *« Les associations nationales de psychiatrie devraient chercher à établir et à maintenir des relations de travail de qualité avec les médias. »*

Compte-tenu du rôle majeur et croissant des médias sur le grand public et leur influence sur la rectification des idées reçues, les auteurs mettent l'accent sur l'importance d'un travail commun avec le monde journalistique. Plusieurs stratégies, telles que l'amélioration des relations publiques, la participation experte des psychiatres dans les médias sur des sujets véritablement liés au domaine de la psychiatrie, l'implication des médias dans la mise en place de projets adaptés au pays en question, de même que l'organisation d'ateliers de travail pour les psychiatres sur les façons d'échanger avec les médias, ont pu réduire de manière efficace la stigmatisation de la spécialité et de psychiatres.

Selon eux, les psychiatres doivent acquérir des compétences en communication et en présentation, ils recommandent même un enseignement dédié pour ces apprentissages.

- **« Les organisations nationales de psychiatrie devraient définir les bonnes pratiques en psychiatrie et suivre de près leur mise en application dans le système de santé mentale. »**

Au-delà de la publication des recommandations de bonne pratique en psychiatrie, les organisations psychiatriques devraient trouver une manière d'intégrer leur contenu dans les programmes d'enseignement du DES de psychiatrie et faire de leur apprentissage un élément clé des contenus d'enseignement.

- **« En collaboration avec les instances universitaires concernées, les organisations psychiatriques nationales devraient réévaluer les programmes d'enseignement de la psychiatrie des Deuxième et Troisième Cycle d'Etudes Médicales. »**

Comme il a été évoqué précédemment, les étudiants en médecine ont une faible opinion de la psychiatrie qu'ils choisissent de moins en moins. Parmi les nombreux facteurs évoqués pour expliquer cette évolution, nous pouvons citer l'influence de nos confrères qui partagent parfois cette opinion, et la façon dont dans la plupart des pays, la spécialité est présentée et enseignée.

Selon les auteurs, il existe une variété de méthodes qui pourraient rendre le sujet de la psychiatrie plus attrayant, bien qu'elles soient peu utilisées. Elles incluent

- une intensification de l'enseignement des compétences (qu'il s'agisse de la psychiatrie ou de la médecine somatique),
- une rencontre avec les personnes souffrant de troubles psychiques et qui se sont rétablies,
- une participation des proches des patients à l'enseignement sur l'encadrement quotidien de la maladie mentale et du handicap dans la communauté,
- le recours aux Universités d'été et aux programmes d'échange,
- enfin, une meilleure intégration de l'enseignement de la psychiatrie à celui des neurosciences et de sciences comportementales.

D'autres approches, spécifiques à la question de l'attractivité de la spécialité auprès des externes, proposent d'aborder la question de la stigmatisation de la psychiatrie et des idées reçues sur la discipline au cours du Deuxième Cycle d'Etudes Médicales (DCEM), et

d'améliorer l'enseignement de la psychiatrie auprès d'eux. Dans ce sens, les résultats de l'enquête AFFEP 2013 montrent que parmi les 90% des internes qui sont passés en psychiatrie pendant leur externat, près des 2/3 ont trouvé ce stage déterminant dans le choix de la discipline et montrent à quel point l'enseignement de la psychiatrie auprès de l'externe sur son terrain de stage est capital.

Aussi, selon les auteurs, l'enseignement du Troisième Cycle (TCEM) devrait inclure des cours sur les origines de la stigmatisation de la maladie mentale et sur les méthodes auxquelles on peut recourir pour les combattre.

- ***« Les associations nationales de psychiatrie devraient collaborer avec les associations professionnelles d'autres spécialités, les associations de patients et de leurs familles, et d'autres associations impliquées dans les soins de santé mentale et le rétablissement des patients. »***

Cette recommandation relève du fait que l'image de notre spécialité dépend, comme largement évoqué auparavant, de l'opinion de nos confrères et de celle de ceux qui utilisent les services de santé mentale. Les auteurs proposent donc des projets communs de recherche (comme par exemple les recherches sur la comorbidité des troubles mentaux et physiques) avec les professionnels des autres spécialités médicales, et des relations de travail étroites entre les services de psychiatrie et les représentants des associations de patients et/ou de familles de patients. Ils sont également convaincus de l'amélioration de l'image des psychiatres et de la psychiatrie par le partage des expériences et des vécus par les personnes atteintes des troubles psychiques avec les professionnels de la santé mentale.

Enfin, ils insistent sur le fait que les psychiatres doivent prendre conscience que leurs attitudes peuvent contribuer à la stigmatisation de la psychiatrie en tant que discipline, et à les stigmatiser eux-mêmes en tant que représentants. Ainsi, leurs comportements dans leur pratique clinique est d'une importance décisive pour leur image et celle de la discipline.

## **B. Interventions destinées à combattre la stigmatisation de la psychiatrie et des psychiatres**

La revue de littérature de Sartorius et al. (53) sur ce sujet informe qu'un faible nombre d'études évalue le développement et l'impact de telles interventions.

- **Contre la stigmatisation de la psychiatrie**

Battaglia et al. (172) démontrent qu'une présentation faite par un psychiatre à des lycéens n'a pas seulement eu l'effet d'améliorer les connaissances sur la santé mentale, mais sans doute grâce à la plus grande familiarité qui en découle, a aussi favorisé les demandes de soins et l'image renvoyée par les psychiatres.

Concernant les relations de travail entre médias et psychiatrie, Kutner et Bresin (173) décrivent une intervention spécifique, dont l'objectif est d'améliorer ces relations. Ils proposent un programme de formation ciblée sur le monde des médias, le postulat de base étant que le manque d'assurance pendant une interview peut être interprétée comme une forme d'arrogance à l'origine d'une perte de crédibilité et d'acceptabilité de leurs messages. Les internes de psychiatrie ont ainsi été répartis dans des groupes de travail où leur était apporté des informations sur le fonctionnement des médias et où leurs compétences de présentation étaient mises en pratique dans des jeux de rôles. Bien qu'aucune évaluation formelle n'ait été rapportée, les auteurs affirment que la formation a débouché sur des expériences positives.

La plupart des interventions visant à changer l'attitude des étudiants en médecine envers la psychiatrie ont porté sur des changements au niveau des modalités d'enseignement et du cursus en école de médecine. En 1998, Singh et al. ne montrent pas de différence à l'époque entre l'enseignement traditionnel et les nouvelles approches pédagogiques tels que l'apprentissage centré sur l'apprenant ou encore l'apprentissage par problème. Par contre, il notent que l'acquisition du savoir, une prise de conscience du potentiel thérapeutique des interventions psychiatriques et le contact direct avec le patient sont autant de facteurs qui permettent de changer les attitudes des externes et de rendre la psychiatrie plus attrayant comme choix de carrière.

Enfin, pour corriger les perceptions erronées sur l'inefficacité des traitements psychiatriques, une approche est mise en avant par Coodin et Chislom (174). Il s'agit d'un séminaire de psychiatrie, co-dirigé par un patient et un professionnel, qui traite du rétablissement chez les personnes atteintes de schizophrénie, et qui a abouti à des perceptions plus favorables des traitements pour la santé mentale. Selon Lambert et al (83) c'est pendant l'externat et dès le début de l'internat qu'il faut aborder la question de l'image négative de la spécialité afin de retenir l'intérêt des étudiants dans leur choix de carrière.

- **Contre la stigmatisation des psychiatres**

Sartorius et al. ne répertorient pas d'étude sur des interventions ciblant spécifiquement la stigmatisation et la discrimination des psychiatres.

Les recommandations sont celles citées précédemment : développement des relations entre le monde de la psychiatrie et le monde des médias afin d'assurer une plus grande visibilité de la spécialité et abord de cette question spécifique en cours ou en séminaires auprès des étudiants en médecine. Dans les relations avec ses confrères, deux articles de 1961 et 1983 (175)(176) insistaient déjà sur le fait que le psychiatre doive « favoriser sa position de médecin avant son rôle de spécialiste », sur la base d'une connaissance médicale solide. Aussi, il est à considérer la nécessité de formation des médecins généralistes à la psychiatrie.

En France, alors que nous semblons être les moins touchés par les problèmes de recrutement, protégés encore par le système de l'Examen Classant National, le choix de la spécialité recule et les psychiatres français ne sont pas épargnés par l'image négative qu'ils renvoient parfois. Aussi, tant pour l'image de la psychiatrie que pour celle du métier de psychiatre et bien au-delà des croyances religieuses et des cadres culturels propres à chaque pays, force est de constater que la problématique est tout à fait universelle et étonnamment consensuelle.

Ainsi, sur ces deux sujets, des initiatives régionale et nationale ont été menées ces deux dernières années en France :

- Au sujet de la stigmatisation du psychiatre, l'enquête AFFEP réalisée en 2013 en France à l'échelle nationale cherchait à établir une « photographie » de la population des internes de psychiatrie en France, psychiatres de demain. L'objectif était double : mettre en évidence les préjugés portés par les psychiatres et tenter d'objectiver qu'ils sont faux ; et définir l'identité sociodémographique, sociale, et professionnelle de l'interne en psychiatrie. Cette étude met en lumière certaines caractéristiques des médecins psychiatres, parfois, elles ne sont pas celles que l'on attendait et sont souvent loin d'être péjoratives. Aussi, elle permet de redessiner les contours identitaires de la profession faisant face à l'idée, comme le rappelle Kashnig, que l'identité d'une profession est un facteur important de motivation et d'intérêt. L'idée sous-jacente est aussi bien sûr celle de la « démystification » du médecin psychiatre-philosophe, obscur et mystique, « aussi fou que ses patients » !

Les portées de cette enquête sont nombreuses :

- Elle a abouti à la création du groupe international « Recruitment and Promoting the Image of Psychiatry » (RPIP), voté en Assemblée Générale à l'occasion du Forum de l'European Federation of Psychiatric Trainee (EFPT) en juin 2013 à Zurich.
- En un an, les projets grandissants du groupe ont permis de compter au dernier Forum de Londres en juin 2014, 8 pays parmi ses membres (Belgique, Italie, Royaume-Uni, Slovénie, Hongrie, Russie, Lituanie et la France).
- L'année 2013 a été consacrée à la réalisation de court-métrages sur le thème de la stigmatisation du psychiatre et de sa déconstruction en utilisant la voie humoristique. Leur diffusion sera assurée auprès de toutes les associations nationales de psychiatrie, afin d'être relayée auprès des étudiants en médecine et des externes. Ils seront également diffusés sur les sites de l'EFPT, de l'European Psychiatric Association (EPA) et celui de la World Psychiatry Association (WPA).

- Les actions à venir pour l'année 2015 prévoient le lancement d'une étude européenne sur le modèle de l'enquête de l'AFFEP afin d'obtenir des résultats internationaux, la création d'un guide pour aider au recrutement de psychiatres et la diffusion des court-métrages au festival international des films réalisés par les étudiants en médecine (« *MedFest* » *International Festival*). Plusieurs partenariats se créent entre différents pays sur le sujet (notamment entre la France, la Belgique et le Portugal).
  - Les résultats de l'enquête ont été communiqués (communication orale) au Congrès Français de Psychiatrie (CFP) en 2013, et seront de nouveau présentés au congrès de la World Psychiatric Association à Madrid en septembre 2014, dans le cadre d'un symposium organisé sur le thème de la stigmatisation de la psychiatrie et des initiatives d'internes pour lutter contre elle à travers le monde. Ils feront également l'objet d'un poster au CFP 2014 et d'une publication à paraître.
- Au sujet de la stigmatisation de la psychiatrie et de sa médiatisation, une initiative régionale unique a été menée en juin 2014 par la Fédération Régionale de Recherche en psychiatrie et Santé Mentale (F2RSM) dans la région Nord-Pas-De-Calais (**Annexe 3**) :
- Dans un contexte où les journalistes mesurent l'importance grandissante de traiter le sujet des maladies mentales qui touchent une personne sur 5 en France, ils se déclarent pourtant mal informés sur le sujet.
  - La F2RSM, qui fédère la totalité des établissements de la région ayant une activité sanitaire de psychiatrie, qu'ils soient privés, privés d'intérêt collectif ou publics, a ainsi initié un partenariat unique avec l'Ecole Supérieure de Journalisme de Lille. L'objectif était de sensibiliser, en France, les journalistes et futurs journalistes aux grandes notions de la maladie mentale et de la psychiatrie, et de permettre *in fine* de travailler la question de la stigmatisation dans le cadre d'un partenariat étroit avec le monde de l'information.

- Ainsi, 3 journées de formation ont réuni les professionnels de la santé mentale (experts régionaux et nationaux), les usagers et les journalistes (tous médias et provenant de différentes régions de France) afin de réinterroger ensemble les représentations associées à la psychiatrie, au psychiatre et à la maladie mentale. Cette rencontre a complété une première initiative engagée en décembre 2013 envers les étudiants en journalisme de Lille. En lien avec l'Association des Internes et Anciens Internes de Psychiatrie de Lille (AIAIP), la F2RSM avait en effet organisé une sensibilisation aux questions relatives à la psychiatrie et au monde de la santé mentale.
- Ces 3 jours ont abordés 3 préjugés :
  - Mythe 1 : « Je ne suis pas concerné(e) »
  - Mythe 2 : « On ne guérit pas d'une maladie mentale »
  - Mythe 3 : « Les fous sont dangereux »

L'évaluation de ces journées de formation sera essentielle afin de permettre leur pérennisation et de porter cette initiative au niveau national, elle fera l'objet d'un travail de thèse ultérieurement.

Enfin très récemment, cette initiative a été poursuivie par la réalisation en août 2014 d'un « petit glossaire de précautions sémantiques en psychiatrie » (**Annexe 4**), rédigé par l'AIAIP et destinés aux élèves de l'Ecole Supérieure de Journalisme (ESJ). Il vise la déstigmatisation des troubles psychiques à travers un travail collaboratif étroit entre psychiatres et journalistes de demain, autour du traitement médiatique de la psychiatrie.

### C. Perspectives en France

Comme évoqué auparavant, bien que la France ne soit pas citée parmi les pays les plus marqués par les problèmes de recrutement de psychiatres, la psychiatrie figure parmi les quatre spécialités les moins choisies à l'Examen Classant National (ECN) aux côtés de la médecine générale, la médecine du travail et la santé publique. Depuis deux ans et pour la première fois, tous les postes ouverts n'ont pas été pourvus (5 postes sur 499 soit 1% en 2012 et 12 postes sur 514 soit 2,3% en 2013) et le rang du dernier étudiant recruté n'a cessé de reculer (7656 en 2012 pour 499 postes ouverts et 7994 en 2013 pour 514 postes ouverts).

Aussi, certains autres pays européens, y compris parmi ceux ayant des difficultés à recruter, ont une densité de jeunes psychiatres (internes et praticiens exerçant depuis moins de 4 ans après l'obtention de leur diplôme) bien supérieure à la France : l'Allemagne compte 15,9 jeunes psychiatres pour 100 000 habitants, le Danemark 19,7, et la Norvège 27,3, alors que la France se situe entre la République Tchèque et la Slovaquie, avec 3,3 jeunes psychiatres pour 100 000 (Source : European Psychiatric Association, Early Career Psychiatrists Committee, Task Force on Research, enquête 2012 sur les jeunes psychiatres en Europe). Cela est d'autant plus inquiétant que notre pays est de longue date reconnu comme ayant une densité de psychiatres élevée : environ 22 pour 100 000 habitants.

La question de l'amélioration du recrutement en France doit être posée tant pour le nombre de psychiatres à venir que pour la qualité de celui-ci et il est entendu qu'elle ne peut pas être traitée sans travailler la question de la stigmatisation de la psychiatrie et du psychiatre. Récemment, devant la facilité d'accès de la spécialité à l'ECN en lien avec le manque d'attractivité de la spécialité, un des risques futurs pourrait aussi être celui d'un travail moindre pour la préparation de l'Examen national (ECN) ou alors celui d'un choix de second rang pour l'étudiant. Heureusement les résultats de notre étude montrent qu'ils ne sont aujourd'hui que 9% à avoir choisi la psychiatrie par défaut et parmi eux, plus de la moitié ont finalement été convaincus par la formation au métier de psychiatre.

Une étude récente (168) menée auprès de 2198 externes provenant de 20 pays différents a tenté d'identifier les facteurs influençant le choix de carrière en psychiatrie. Les auteurs ont montré que ce choix était significativement associé au fait d'être une femme, d'avoir eu un ATCD somatique ou psychiatrique ou de ne pas porter de préjugés sur la spécialité. Les autres facteurs retrouvés et spécifiquement liés à la période de l'externat étaient le fait d'avoir reçu un enseignement didactique de la psychiatrie, de s'être vu confié des responsabilités en stages et d'avoir rencontré des patients rétablis.

A la lumière des recommandations émises par la WPA en 2010, des données de la littérature récente, des résultats de notre étude et de l'importance de la question de la stigmatisation du métier de psychiatre en France, nous proposons que des actions spécifiques soient menées auprès des externes et des internes de psychiatrie au cours de leurs formations respectives. Aussi les actions entreprises auprès des médias doivent être soutenues et doivent se poursuivre avec les acteurs de la psychiatrie de demain.

Dans le contexte actuel de la réforme du Troisième Cycle des Etudes Médicales (TCEM), un travail est mené depuis 2010 entre l'Association Française Fédérative des Etudiants de Psychiatrie (AFFEP) et le Collège National des Universitaires de Psychiatrie (CNUP) afin d'émettre des propositions sur la nouvelle maquette du DES de psychiatrie, prévue pour 2016 à l'occasion du nouvel iECN. Cette refonte de la maquette de DES marque un tournant majeur dans l'évolution de la psychiatrie et doit être un des supports utilisés pour ces actions, afin de redéfinir le métier de psychiatre et le déstigmatiser auprès de la communauté médicale et du grand public.

Le **tableau 46** propose quelques recommandations pour ces futures actions de déstigmatisation de la profession et l'amélioration du recrutement, tant en quantité qu'en qualité.

**Tableau 46.** Propositions de recommandations

**Au cours du Deuxième Cycle d'Etudes Médicales :**

- Définir une charte pédagogique de l'accueil de l'externe dans les services de psychiatrie et renforcer son accompagnement pendant les stages
- Organiser des cours sur la stigmatisation de la profession, de la spécialité et des patients souffrant de troubles psychiques
- Organiser des rencontres et des cours avec les personnes atteintes de troubles psychiques rétablies, ainsi qu'avec leurs familles et leurs proches
- Actualiser les formats des cours dispensés aux externes : favoriser les approches pédagogiques innovantes, didactiques et interactives

**Au cours du Troisième Cycle des Etudes Médicales :**

- Redéfinir les champs de compétences du psychiatre « généraliste » selon trois axes socles, non exclusifs et complémentaires : le psychiatre somaticien, le psychiatre psychothérapeute, le psychiatre acteur du champ médico-social
- Organiser des séminaires ou des cours sur l'approche et la pratique intégrative du métier de psychiatre

## Conclusion

Les objectifs de ce travail étaient d'une part d'objectiver les clichés posés sur le métier de psychiatre et de montrer qu'ils sont faux, et d'autre part de définir le profil du psychiatre de demain à la fois à travers ses caractéristiques sociodémographiques et sociales, et son identité professionnelle.

Les résultats de l'étude menée avec l'AFFEP nous permettent de remplir le premier objectif à travers des résultats probants, montrant que ces préjugés existent et qu'ils sont foncièrement erronés. Ils reposent davantage sur la représentation que l'on se fait du psychiatre, influencée par l'histoire et le contexte culturel, plutôt que sur ce que le psychiatre est réellement. Le psychiatre n'est donc pas à accabler mais il porterait aujourd'hui toute la responsabilité de constater et d'admettre la complexité de la question sans tenter de redessiner sa caricature.

Car aujourd'hui, nombreux sont les auteurs inquiets qui débattent des conséquences de cette stigmatisation de la profession et de son lien direct avec celle des patients atteints de troubles psychiques. La pénurie majeure de psychiatres dans les pays en voie de développement ou le désamour naissant des externes pour la profession dans les pays industrialisés fait foi.

Alors que les connaissances en neurobiologie ont été exponentielles depuis l'après-guerre, que la recherche en neuroimagerie s'est considérablement développée, la pratique du métier de psychiatre est également impactée par les changements importants que connaît la société et qui influencent nombre de ses aspects : les moyens de communication, les questions éthiques, politiques, économiques, de santé, et par conséquent de santé mentale. Il est à considérer que les attentes de la société vis-à-vis des professionnels de la psychiatrie ont donc également changé.

Ainsi, la psychiatrie apparaît comme une spécialité : jeune mais dont le poids de son histoire est déjà conséquent ; qui a connu et connaît encore une transformation des pratiques majeure, dont les différents professionnels qui l'exercent usent de théories extrêmement diverses ; qui nécessite l'acquisition de connaissances et de compétences très diversifiées et complexes ; mais qui est la moins comprise et la plus stigmatisée des spécialités médicales. Elle est aussi une discipline qui n'a pas encore découvert les mécanismes psychopathologiques des troubles qu'elle traite et dont la lecture clinique de ceux-ci diffère parfois selon l'endroit du globe où la personne les exprime. Enfin, il arrive que malgré toutes les différentes techniques, les

résultats ne soient pas spectaculaires et ne permettent pas le rétablissement complet des patients.

Il n'est peut-être pas étonnant que dans ce contexte, média, grand public et confrères restent méfiants et se rangent du côté de la critique négative et de l'« à priori », renforçant la stigmatisation tenace bien connue, plutôt que de comprendre la diversité des rôles professionnels que les psychiatres assument.

C'est probablement dans ces moments de confusion, comme actuellement, que le psychiatre doit être le plus clair sur sa formation, son statut, ses missions et son champ de compétences. Il doit s'approprier son savoir et le mettre en valeur, afin d'y parvenir il doit pouvoir redéfinir les contours de sa profession.

Dans ce sens, le deuxième volet de notre étude nous permet de définir l'identité professionnelle du psychiatre de demain et de répondre au deuxième objectif de ce travail. Au total, le profil de l'interne de psychiatrie met en évidence le fait que le psychiatre de demain se définit comme un médecin, spécialiste des neurosciences, psychothérapeute et concerné par la dimension sociale de son métier. Ces résultats forts nous permettent de confirmer la volonté de la future génération de psychiatres de faire coexister ces différents aspects de la profession.

Il convient ainsi de communiquer sur ce profil identitaire pour valoriser la spécialité, ainsi que de renforcer l'enseignement qui permettra au futur psychiatre de se performer dans chacun des aspects de ce métier afin qu'il en reste le garant. En ce sens, ce travail propose des recommandations dont certaines soulignent l'importance de l'accompagnement et de la formation de l'externe pendant les stages de psychiatrie, et le développement des nouvelles approches pédagogiques auprès d'eux et des étudiants de troisième cycle. En effet, la psychiatrie doit pouvoir suivre la même évolution que les autres disciplines médicales et s'atteler à susciter un intérêt grandissant auprès des étudiants. Elle doit aussi faire valoir le fait d'être une spécialité médicale moderne, riche sur le plan intellectuel et en plein essor.

Ainsi, l'aspect nébuleux et peu lisible de notre spécialité devrait pouvoir laisser la place à une profession attractive, dont l'idiosyncrasie réside dans l'éclectisme de ses théories et de ses pratiques, ainsi que dans la capacité à développer un travail à plusieurs facettes.

## Références bibliographiques

1. Oulès J. Le psychiatre dans la société : l'évolution de son image et de sa fonction sociale. Privat.
2. Guimon J. La profession de psychiatre : évolution et devenir. Masson; 1998.
3. Persaud R. Psychiatrists suffer from stigma too. *Psychiatr Bull.* 8 janv 2000;24(8):284-285.
4. Lazarus A. L'assistance gérée est-elle la guerre de la destruction réciproque de la psychiatrie? *Controversies in Manages Mental Health Care.* Whashington: American Psychiatric Press; 1996.
5. Katschnig H. Are psychiatrists an endangered species? Observations on internal and external challenges to the profession. *World Psychiatry Off J World Psychiatr Assoc WPA.* févr 2010;9(1):21-28.
6. Kohl F-S. Les représentations sociales de la schizophrénie. Paris: Elsevier Masson; 2006. 146 p.
7. Roelandt J-L, Caria A, Anguis M, Benoist J, Bryden B, Defromont L. La santé mentale en population générale : Résultats de la première phase d'enquête 1998-2000. *Inf Psychiatr.* 1 déc 2003;79(10):867-878.
8. Jodelet D. Représentation sociale : phénomènes, concept et théorie. Paris: Presses Universitaires de France - PUF; 1997. p. 365 p.
9. Doise W. Les représentations sociales : définition d'un concept. 1985. 243-253 p.
10. Jodelet D. Les représentations sociales. Paris: Presses Universitaires de France - PUF; 1989. 424 p.
11. Abric JC. L'étude expérimentale des représentations sociales. *Les représentations sociales.* Paris: PUF; 1989. p. 206-223.
12. Abric JC. Coopération, compétition et représentations sociales. Cousset: Delval; 1987.
13. Mannoni P. Les représentations sociales. Paris: PUF; 1998.
14. Pénochet JC, Guimelli C. Représentations sociales, image du psychiatre et de la psychiatrie. 1996;IX(9):28-37.
15. Durkeim E. Les formes élémentaires de la vie religieuse. Alcan; 1912.
16. Moscovici S. La psychanalyse, son image et son public. Paris: Presses Universitaires de France - PUF; 1961.
17. Abric JC. Pratiques sociales et représentations. Presses Universitaires de France - PUF; 1994. 252 p.
18. Flament C. Structure, dynamique et transformation des représentations. *Pratiques sociales et représentations.* Presses Universitaires de France - PUF; 1994. p. 252.
19. Doise W, Palmonari A. L'étude des représentations sociales. Delachaux et Niestlé; 2002. 207 p.
20. Moscovici S. Des représentations collectives aux représentations sociales : éléments pour une histoire. *Les représentations sociales.* 6ème éd. Paris: Presses Universitaires de

France - PUF; 1999. p. 79-103.

21. Goffman E. *Stigmate: Les usages sociaux des handicaps*. Paris: Les Editions de Minuit; 1963. 180 p.
22. Jouffret A. *A chacun son stigmate! La stigmatisation en psychiatrie et en santé mentale*. 2010.
23. Giordana J-Y. Chap. 2 - Qu'est-ce que la stigmatisation? *La stigmatisation en psychiatrie et en santé mentale*. Masson; 2010.
24. Lovell AM, Henckes N, Troisoeufs A, Velpry I. Sur quelques mauvais jeux de mots : classification psychiatriques et stigmatisation. 2011;87:175-183.
25. Allport G. *The Nature of Prejudice*. Reading, MA: Addison-Wesley;
26. Dovidio JF, Gaertner SL. *Prejudice, discrimination and racism*. New York: Academic Press; 1986.
27. Fisher GN. *Les concepts fondamentaux de la psychologie sociale*. Paris: Dunod; 1987.
28. Leyens JP. *Sommes-nous tous des psychologues?* Liège: Mardaga; 1983.
29. Jodelet D. Postface. *La stigmatisation en psychiatrie et en santé mentale*. Masson;
30. Stafford MC, Scott R. *Stigma, deviance and Social Control, some conceptual issues*. New York: Plenum Press; 1986.
31. Crocker J, Major B, Steele C. *Social Stigma*. In the *Handbook of Social Psychology*. Boston, MA: MacGraw-Hill; 1998.
32. Thornicroft G, Rose D, Kassam A, Sartorius N. Stigma: ignorance, prejudice or discrimination? *Br J Psychiatry J Ment Sci*. mars 2007;190:192-193.
33. Stuart H. Stigmatisation. *Leçons tirées des programmes visant sa diminution*. *Santé Ment Au Qué*. 2003;28(1):54.
34. Link BG, Phelan JC. Conceptualizing Stigma. *Annu Rev Sociol*. 2001;27(1):363-385.
35. Lovell AM, Velpry L, Cook J. La violence envers les personnes atteintes de troubles mentaux : revue de la littérature et des notions connexes. 2008;56:197-207.
36. Dericquebourg R. Stigmates, préjugés, discrimination dans une perspective psychosociale. 1990 [cité 14 juill 2014];9. Disponible sur: <http://www.regis-dericquebourg.com/2009/05/24/stigmates-prejuges-discrimination-dans-une-perspective-psychosociale/>
37. Crisp AH, et al. Stigmatisation of people with mental illness. *Br J Psychiatry*. 2000;(177):4-7.
38. Becker HS. *Outsiders. Etudes de sociologie de la déviance*. 1ère édition en 1963. Paris; 1985.
39. Giordana J-Y. Chap. 6 - Comment la stigmatisation se développe et se perpétue. *La stigmatisation en psychiatrie et en santé mentale*. Masson; 2010.
40. Ainley SC, Becker G, Colman L. *The Dilemma of Difference: A Multidisciplinary View of Stigma*. New York: Plenum Press; 1986.
41. Corrigan PW, Pen D. Lessons from social psychology on discrediting psychiatric stigma. *American Psychologist*. 1999;9(54):765-776.

42. Corrigan PW, Edwards AB, Green A. Prejudice, social distance and familiarity with mental illness. *Schizophr Bull.* 2001;(27):219-225.
43. Gibbons FX. *Stigma and Interpersonal relationships. The Dilemma of Difference: A Multidisciplinary View of Stigma.* New York: Plenum Press; 1986.
44. Rüsç N, Angermeyer MC, Corrigan PW. Mental illness stigma: concepts, consequences, and initiatives to reduce stigma. *Eur Psychiatry J Assoc Eur Psychiatr.* déc 2005;20(8):529-539.
45. Sartorius N, Schulze H. *Reducing the Stigma of Mental Illness. A Report from a Global Programme of the World Psychiatric Association.* Cambridge University Press. 2005;
46. Giordana JY. Lutter contre la stigmatisation, un enjeu majeur en santé mentale. *EM-Consulte.* 2011;32(275):14-18.
47. Giordana J-Y. Chap. 3 - Les effets de la stigmatisation. *La stigmatisation en psychiatrie et en santé mentale.* Masson; 2010.
48. Lamy RE. Social consequences of mental illness. *J Consult Psychol.* oct 1966;30(5):450-455.
49. Nunally JC. *Popular conceptions of mental health : Their development and change.* Holt, Rinehart Wintson, NY. 1961.
50. Cockerham JC. In : *sociology of mental disorder.* Prentice-Hall, Englewood Cliffs, New Jersey. 1981.
51. Rabkin JG. Determinants of public attitudes about mental illness : Summary of the research literature. *Present Natl Inst Ment Health Conf Stigma Ment Ill.* 1980;24\_25.
52. Cumming RG, Soloway HJ. The incarcerated psychiatrists. *Hosp Community Psychiatry.* sept 1973;24(9):631-632.
53. 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):131-144.
54. Roelandt JL. De l'autostigmatisation aux origines du processus de stigmatisation. A propos de l'enquête internationale « Santé mentale en population générale : images et réalités » en France et dans 17 pays. *Psychol Soc Educ.* 2012;137-149.
55. Roelandt J-L, Caria A, Defromont L, Vandeborre A, Daumerie N. [Representations of insanity, mental illness and depression in general population in France]. *L'Encéphale.* 2010;36(3 Suppl):7-13.
56. Anthony WA. Supported Employment for Adults with Psychiatric Disability: an historical and conceptual perspective. 1987;(11):5-23.
57. Farkas MD, Rogers ES, Thurer S. Rehabilitation outcome of long-term hospital patients left behind by deinstitutionalization. *Hosp Community Psychiatry.* août 1987;38(8):864-870.
58. Rogers ES, Cohen BF, Danley KS, Hutchinson D, Anthony WA. Training mental health workers in psychiatric rehabilitation. *Schizophr Bull.* 1986;12(4):709-719.
59. Alisky JM, Iczkowski KA. Barriers to housing for deinstitutionalized psychiatric patients. *Hosp Community Psychiatry.* janv 1990;41(1):93-95.

60. Pattison EM, Defrancisco D, Wood P, Frazier H, Crowder J. A psychosocial kinship model for family therapy. *Am J Psychiatry*. déc 1975;132(12):1246-1251.
61. Cohen CI, Sokolovsky J. Schizophrenia and social networks: ex-patients in the inner city. *Schizophr Bull*. 1978;4(4):546-560.
62. Lipton FR, Cohen CI, Fischer E, Katz SE. Schizophrenia: a network crisis. *Schizophr Bull*. 1981;7(1):144-151.
63. Wills TA. social comparasion in coping and help-seeking. *New direction in helping*. Academic Press, NY. 1983.
64. Borinstein AB. Public attitudes toward persons with mental illness. *Health Aff Proj Hope*. 1992;11(3):186-196.
65. Link BG, Mirotznik J, Cullen FT. The effectiveness of stigma coping orientations: can negative consequences of mental illness labeling be avoided? *J Health Soc Behav*. sept 1991;32(3):302-320.
66. Markowitz FE. The effects of stigma on the psychological well-being and life satisfaction of persons with mental illness. *J Health Soc Behav*. déc 1998;39(4):335-347.
67. Wahl OF. Mental health consumers' experience of stigma. *Schizophr Bull*. 1999;25(3):467-478.
68. Prince PN, Prince CR. Perceived stigma and community integration among clients of assertive community treatment. *Psychiatr Rehabil J*. 2002;25(4):323-331.
69. Wahl OF, Harman CR. Family views of stigma. *Schizophr Bull*. 1989;15(1):131-139.
70. Mind. Counting the costs : Mental health in the media, *The Daily Stigma*, 2000. 9 févr 2000;
71. Stuart H. Consumer Preference Assessment. Results of the Southeastern Ontario Mental Health Community Comprehensive Assessment Project, Kingston, Southeastern Ontario Mental Health Implementation Task Force and Ministry of Health and Long Term Care. 2002;
72. Giordana JY. Chap. 5 - Les conséquences de la stigmatisation sur les proches du malade et sur son environnement. *La stigmatisation en psychiatrie et en santé mentale*. 2010.
73. Yarrow M. the social meaning of mental illness. 1955;33-48.
74. Hatfield A. Psychosocial costs of schizophrenia to the family. 1978;(23).
75. Angermeyer MC. [Public image of psychiatry. Results of a representative poll in the new federal states of Germany]. *Psychiatr Prax*. oct 2000;27(7):327-329.
76. Gibson R. The psychiatric hospital and reduction of stigma. In: . *Stigma and mental illness*. Fink PJ, Tasman A (eds). Washington: American Psychiatric Press, 1992; 1992;
77. Redlich FC. FC. What the citizen knows about psychiatry. 1950;
78. ARBOLEDA-FLÓREZ J. The State of the Evidence : Stigmatization and Human Rights Violations. *Mental Health : A Call For Action by World Health Ministries*, Geneva, World Health Organization. 2001;
79. Sartorius N. Fighting schizophrenia and its stigma. A new World Psychiatric Association educational programme. *Br J Psychiatry J Ment Sci*. avr 1997;170:297.
80. Van Effenterre A. La formation des internes en psychiatrie [Doctorat en médecine].

Paris Diderot, Paris 7; 2012.

81. Bonnafé L. Le personnage du psychiatre : étude méthodologique. 1947.
82. Tamaskar P, McGinnis RA. Declining student interest in psychiatry. *JAMA J Am Med Assoc.* 10 avr 2002;287(14):1859.
83. Lambert TW, Turner G, Fazel S, Goldacre MJ. Reasons why some UK medical graduates who initially choose psychiatry do not pursue it as a long-term career. *Psychol Med.* mai 2006;36(5):679-684.
84. Sharf BF. Send in the clowns: the image of psychiatry during the Hinckley trial. *Journal of Communication* 1986;36:80-93. 1986;
85. 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):107-112.
86. Giordana J-Y, Cattan N. Chap. 7 - Le rôle des médias. La stigmatisation en psychiatrie et en santé mentale. Masson; 2010.
87. Schneider F. Zunehmender Ärztemangel in Psychiatrie und Psychotherapie : Neue wege für die Nachwuchsförderung. *Psychiatrie gestalten : Qualität - Finanzierung - System.* Grizeto; 2010.
88. Metzl JM. Voyeur nation? Changing definitions of voyeurism, 1950-2004. *Harv Rev Psychiatry.* avr 2004;12(2):127-131.
89. Walter G. The stereotype of the mad psychiatrist. *Aust N Z J Psychiatry.* déc 1989;23(4):547-554.
90. Gabbard & Gabbard GO. K. Cinematic stereotypes contributing to the stigmatization of psychiatrists. In: Fink PJ, Tasman A (eds). *Stigma and mental illness.* 1992: Washington: American Psychiatric Press, 1992:113-26;
91. Gharaibeh NM. The psychiatrist's image in commercially available American movies. *Acta Psychiatr Scand.* avr 2005;111(4):316-319.
92. Cuenca O. Mass media and psychiatry. *Curr Opin Psychiatry* 2001;14:527-8. 2010.
93. Sharpley CE. Public perceptions of four mental health professions: a survey of knowledge and attitudes to psychologists, psychiatrists, social workers and counsellors. 1986;
94. Vassiliou G, Vassiliou V. On the public image of the psychiatrist, the psychologist and the social worker in Athens. *Int J Soc Psychiatry.* 1967;13(3):224-228.
95. Thornicroft G. Discrimination against people with mental illness: what can psychiatrists do? *Advances in Psychiatric Treatment.* 2010;
96. Dichter H. The stigmatization of psychiatrists who work with chronically mentally ill persons. *Stigma and mental illness.* 1992;
97. Fink PJ. Stigma and mental illness. The enigma of stigma and its relation to psychiatric education. 1983;
98. Skuse DH. Attitudes to the psychiatric outpatient clinic. *Br Med J.* 23 août 1975;3(5981):469-471.
99. Williams A. The public's knowledge of psychiatrists: questionnaire survey. 2001;25:429- 32. 2001;
100. Thumin FJ, Zebelman M. Psychology versus psychiatry: a study of public image. *Am*

Psychol. avr 1967;22(4):282-286.

101. Jorm AF, Blewitt KA, Griffiths KM, Kitchener BA, Parslow RA. Mental health first aid responses of the public: results from an Australian national survey. *BMC Psychiatry*. 2005;5:9.

102. Perry BL, Pescosolido BA, Martin JK, McLeod JD, Jensen PS. Comparison of public attributions, attitudes, and stigma in regard to depression among children and adults. *Psychiatr Serv Wash DC*. mai 2007;58(5):632-635.

103. Laux G. [Common attitudes toward the psychiatrist and psychotherapist (author's transl)]. *Nervenarzt*. juin 1977;48(6):331-334.

104. Bayer JK. Predicting intentions to seek help from professional mental health services. 1997;

105. Kourany R. The image of the mental health professional. *J Clin Psychiatry* 1980;41:399. 1980;

106. Riedel-Heller SG, Matschinger H, Angermeyer MC. Mental disorders--who and what might help? Help-seeking and treatment preferences of the lay public. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. févr 2005;40(2):167-174.

107. Von Sydow K. Das Image von Psychologen, Psychotherapeuten und Psychiatern in der Öffentlichkeit. 2007;

108. Von Sydow K, Reimer C. Attitudes toward psychotherapists, psychologists, psychiatrists, and psychoanalysts. A meta-content analysis of 60 studies published between 1948 and 1995. *Am J Psychother*. 1998;52(4):463-488.

109. Bulbena A. Changes in the attitudes towards psychiatry among Spanish medical students during training in psychiatry. 2005;

110. Ben-Noun L. Characterization of patients refusing professional psychiatric treatment in a primary care clinic. *Isr J Psychiatry Relat Sci*. 1996;33(3):167-174.

111. Balch P. Client evaluation of community mental health services: relation to demographic and treatment variables. 1977;

112. Leaf PJ, Bruce ML, Tischler GL, Holzer CE. The relationship between demographic factors and attitudes toward mental health services. *J Community Psychol*. avr 1987;15(2):275-284.

113. Lazaratou H, Anagnostopoulos DC, Alevizos EV, Haviara F, Ploumpidis DN. Parental attitudes and opinions on the use of psychotropic medication in mental disorders of childhood. *Ann Gen Psychiatry*. 2007;6:32.

114. Chakraborty K, Avasthi A, Kumar S, Grover S. Attitudes and beliefs of patients of first episode depression towards antidepressants and their adherence to treatment. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. juin 2009;44(6):482-488.

115. Givens JL, Datto CJ, Ruckdeschel K, Knott K, Zubritsky C, Oslin DW, et al. Older patients' aversion to antidepressants. A qualitative study. *J Gen Intern Med*. févr 2006;21(2):146-151.

116. Kessing LV, Hansen HV, Bech P. Attitudes and beliefs among patients treated with mood stabilizers. *Clin Pract Epidemiol Ment Health CP EMH*. 2006;2:8.

117. Thorens G, Gex-Fabry M, Zullino DF, Eytan A. Attitudes toward

psychopharmacology among hospitalized patients from diverse ethno-cultural backgrounds. *BMC Psychiatry*. 2008;8:55.

118. Williams RA, Hollis HM, Benoit K. Attitudes toward psychiatric medications among incarcerated female adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. déc 1998;37(12):1301-1307.

119. Britten N. Psychiatry, stigma, and resistance. Psychiatrists need to concentrate on understanding, not simply compliance. *BMJ*. 10 oct 1998;317(7164):963-964.

120. Noble LM, Douglas BC, Newman SP. What do patients expect of psychiatric services? A systematic and critical review of empirical studies. *Soc Sci Med* 1982. avr 2001;52(7):985-998.

121. McIntyre K, Farrell M, David A. In-patient psychiatric care: the patient's view. *Br J Med Psychol*. sept 1989;62 ( Pt 3):249-255.

122. Stevens J, Wang W, Fan L, Edwards MC, Campo JV, Gardner W. Parental attitudes toward children's use of antidepressants and psychotherapy. *J Child Adolesc Psychopharmacol*. juin 2009;19(3):289-296.

123. Ingham J. The public image of psychiatry. *Soc Psychiatry Sozialpsychiatrie Psychiatr Soc*. 1985;20(3):107-108.

124. Gynther MD, Reznikoff M, Fishman M. Attitudes of psychiatric patients toward treatment, psychiatrists and mental hospitals. *J Nerv Ment Dis*. janv 1963;136:68-71.

125. Yoash-Gantz RE, Gantz FE. Patient attitudes toward partial hospitalization and subsequent treatment outcome. *Int J Partial Hosp*. juin 1987;4(2):145-155.

126. La Roche C, Ernst K. [The attitude of 200 hospitalized psychiatric patients and their doctors toward treatment (author's transl)]. *Arch Für Psychiatr Nervenkrankh*. 28 mai 1975;220(2):107-116.

127. Mezey AG. Psychiatric illness and attitudes to psychiatry among general hospital outpatients. 1975;

128. Brink C. [« Keine Angst vor Psychiatern. » Psychiatry, critics of psychiatry and the public in the Federal Republic of Germany 1960-1980]. *Med Ges Gesch Jahrb Inst Für Gesch Med Robert Bosch Stift*. 2006;26:341-360.

129. Ryan CS, Robinson DR, Hausmann LR. Stereotyping among providers and consumers of public mental health services. The role of perceived group variability. *Behav Modif*. juill 2001;25(3):406-442.

130. Jungbauer J, Wittmund B, Angermeyer MC. [Caregivers' views of the treating psychiatrists: coping resource or additional burden?]. *Psychiatr Prax*. sept 2002;29(6):279-284.

131. morgan G. Why people are often reluctant to see a psychiatrist. 2006;

132. Alexander DA, Eagles JM. Changes in attitudes towards psychiatry among medical students: correlation of attitude shift with academic performance. *Med Educ*. sept 1990;24(5):452-460.

133. Soufi HE, Raouf AM. Attitude of medical students towards psychiatry. *Med Educ*. janv 1992;26(1):38-41.

134. Holmes D, Tumiel-Berhalter LM, Zayas LE, Watkins R. « Bashing » of medical specialties: students' experiences and recommendations. *Fam Med.* juin 2008;40(6):400-406.
135. Malhi GS, Parker GB, Parker K, Kirkby KC, Boyce P, Yellowlees P, et al. Shrinking away from psychiatry? A survey of Australian medical students' interest in psychiatry. *Aust N Z J Psychiatry.* juin 2002;36(3):416-423.
136. Calvert SH, Sharpe M, Power M, Lawrie SM. Does undergraduate education have an effect on Edinburgh medical students' attitudes to psychiatry and psychiatric patients? *J Nerv Ment Dis.* déc 1999;187(12):757-761.
137. Feifel D, Moutier CY, Swerdlow NR. Attitudes toward psychiatry as a prospective career among students entering medical school. *Am J Psychiatry.* sept 1999;156(9):1397-1402.
138. Malhi GS, Parker GB, Parker K, Carr VJ, Kirkby KC, Yellowlees P, et al. Attitudes toward psychiatry among students entering medical school. *Acta Psychiatr Scand.* juin 2003;107(6):424-429.
139. Laugharne R, Appiah-Poku J, Laugharne J, Shankar R. Attitudes toward psychiatry among final-year medical students in Kumasi, Ghana. *Acad Psychiatry J Am Assoc Dir Psychiatr Resid Train Assoc Acad Psychiatry.* févr 2009;33(1):71-75.
140. Buchanan A, Bhugra D. Attitude of the medical profession to psychiatry. *Acta Psychiatr Scand.* janv 1992;85(1):1-5.
141. Cutler JL, Harding KJ, Mozian SA, Wright LL, Pica AG, Masters SR, et al. Discrediting the notion « working with "crazies" will make you "crazy" »: addressing stigma and enhancing empathy in medical student education. *Adv Health Sci Educ Theory Pract.* oct 2009;14(4):487-502.
142. Wigney T, Parker G. Factors encouraging medical students to a career in psychiatry: qualitative analysis. *Aust N Z J Psychiatry.* juin 2008;42(6):520-525.
143. Holm-Petersen C, Vinge S, Hansen J, Gyrd-Hansen D. The impact of contact with psychiatry on senior medical students' attitudes toward psychiatry. *Acta Psychiatr Scand.* oct 2007;116(4):308-311.
144. Moos RH, Yalom ID. Medical students' attitudes toward psychiatry and psychiatrists. *Ment Hyg.* avr 1966;50(2):246-256.
145. Furnham AF. Medical students' beliefs about nine different specialties. *Br Med J Clin Res Ed.* 20 déc 1986;293(6562):1607-1610.
146. Bruhn JG, Parsons OA. MEDICAL STUDENT ATTITUDES TOWARD FOUR MEDICAL SPECIALTIES. *J Med Educ.* janv 1964;39:40-49.
147. Guttmann F, Rosca-Rebaudengo P, Davis H. Changes in attitudes of medical students towards psychiatry: an evaluation of a clerkship in psychiatry. *Isr J Psychiatry Relat Sci.* 1996;33(3):158-166.
148. Culshaw D, Clafferty R, Brown K. Let's get physical! A study of general practitioner's referral letters to general adult psychiatry--are physical examination and investigation results included? *Scott Med J.* févr 2008;53(1):7-8.
149. Dewan MJ, Levy BF, Donnelly MP. A positive view of psychiatrists and psychiatry. *Compr Psychiatry.* oct 1988;29(5):523-531.

150. Slater D, Hans VP. Public opinion of forensic psychiatry following the Hinckley verdict. *Am J Psychiatry*. mai 1984;141(5):675-679.
151. Bhugra D. Professionalism and psychiatry: the profession speaks. *Acta Psychiatr Scand*. oct 2008;118(4):327-329.
152. Pichot P. The history of psychiatry as a medical profession. . *New Oxford textbook of psychiatry*,. 2nd ed. Oxford: Oxford University Press. 2009. p. 17-27.
153. Malhi GS. Professionalizing psychiatry: from « amateur » psychiatry to « a mature » profession. *Acta Psychiatr Scand*. oct 2008;118(4):255-258.
154. Poole R, Bhugra D. Should psychiatry exist? *Int J Soc Psychiatry*. mai 2008;54(3):195-196.
155. Maj M. The WPA Action Plan 2008-2011. 2008;(World Psychiatry 2008;7:129-30).
156. Maj M. The WPA Action Plan is in progress. 2009.
157. Workforce Review Team, NHS. Workforce summary - General psychiatry. [Internet]. Disponible sur: [www.wrt.nhs.uk](http://www.wrt.nhs.uk).
158. Patel V. The future of psychiatry in low- and middle-income countries. *Psychol Med*. nov 2009;39(11):1759-1762.
159. Vernon DJ, Salsberg E, Erikson C, Kirch DG. Planning the future mental health workforce: with progress on coverage, what role will psychiatrists play? *Acad Psychiatry J Am Assoc Dir Psychiatr Resid Train Assoc Acad Psychiatry*. juin 2009;33(3):187-192.
160. Royal College of Psychiatrists. [www.rcpsych.ac.uk](http://www.rcpsych.ac.uk). [Internet]. Disponible sur: [www.rcpsych.ac.uk](http://www.rcpsych.ac.uk).
161. Jablensky A. Personal communication, September 2009.
162. Gadit AAM, Khalid N. Human rights and international recruitment of psychiatrists: dilemma for developing countries. *JPMA J Pak Med Assoc*. oct 2006;56(10):474-476.
163. Brockington I, Mumford D. Recruitment into psychiatry. *Br J Psychiatry J Ment Sci*. avr 2002;180:307-312.
164. Schulze B. Stigma and mental health professionals: a review of the evidence on an intricate relationship. *Int Rev Psychiatry Abingdon Engl*. avr 2007;19(2):137-155.
165. Rogow AA. *The Psychiatrists*. New York: Putnam's Sons; 1970.
166. Insee - Travail-Emploi - Nombre de chômeurs et taux de chômage selon le sexe et la catégorie socioprofessionnelle en 2012 [Internet]. [cité 5 août 2014]. Disponible sur: [http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg\\_id=0&ref\\_id=NATASF03362](http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=0&ref_id=NATASF03362)
167. Andlauer O, Guicherd W, Haffen E, Sechter D, Bonin B, Seed K, et al. Factors influencing French medical students towards a career in psychiatry. *Psychiatr Danub*. sept 2012;24 Suppl 1:S185-190.
168. Farooq K, Lydall GJ, Malik A, Ndeti DM, ISOSCCIP Group, Bhugra D. Why medical students choose psychiatry - a 20 country cross-sectional survey. *BMC Med Educ*. 2014;14:12.
169. Van Effenterre A, Azoulay M, Champion F, Briffault X. [Initial training in psychotherapy for psychiatrists in France: results of a national survey]. *L'Encéphale*. juin 2013;39(3):155-164.

170. Berger-Vergiat A, Chauvelin L, Van Effenterre A. Souhais de pratique des internes de psychiatrie : résultats d'une enquête nationale. *L'Encéphale* [Internet]. août 2013 [cité 6 août 2014]; Disponible sur: <http://www.em-premium.com.doc-distant.univ-lille2.fr/article/830231/resultatrecherche/1>
171. De Hert M, Dekker JM, Wood D, Kahl KG, Holt RIG, Möller H-J. Cardiovascular disease and diabetes in people with severe mental illness position statement from the European Psychiatric Association (EPA), supported by the European Association for the Study of Diabetes (EASD) and the European Society of Cardiology (ESC). *Eur Psychiatry J Assoc Eur Psychiatr*. sept 2009;24(6):412-424.
172. Battaglia J, Coverdale JH, Bushong CP. Evaluation of a Mental Illness Awareness Week program in public schools. *Am J Psychiatry*. mars 1990;147(3):324-329.
173. Kutner L, Beresin E. Media training for psychiatry residents. 1999;23:227-32.
174. Coodin S, Chisholm F. Teaching in a new key: effects of a co-taught seminar on medical students' attitudes toward schizophrenia. *Psychiatr Rehabil J*. 2001;24(3):299-302.
175. Kearney TR. The status and usefulness of the psychiatrist. *Dis Nerv Syst*. déc 1961;22:697-699.
176. Waggoner RW, Waggoner RW. Psychiatry's image, issues, and responsibility. *Psychiatr Hosp*. 1983;14(1):34-38.

## Annexes

### Annexe 1 : Instrument d'enquête - Questionnaire

#### **PARTIE I : Socio-Démographie**

**1-a Vous êtes un(e) :**

Femme

Homme

**1-b Vous êtes né(e) en :**

**QUESTION OUVERTE**

**2 - Vous êtes interne de :**

**MENU DEROULANT**

Neurologie

Anesthésie-Réanimation

Chirurgie orthopédique

Pédiatrie

Med G

Psychiatrie

**3- En quel semestre êtes-vous ?**

**MENU DEROULANT**

**4- Dans quelle ville effectuez-vous votre internat ?**

**MENU DEROULANT**

**5- Avez-vous des enfants ?**

Oui

Non

**6- Vous êtes :**

Célibataire

En couple

Divorcé(e)

**6-a (Répondez à cette question si vous avez coché « Célibataire » à la question 6)**

Homosexuel(le)

Hétérosexuel(le)

Non défini

Ne souhaite pas répondre

**6-b (Répondez à cette question si vous avez coché « En couple » à la question 6)**

Avec un homme  
Avec une femme  
Ne souhaite pas répondre

**7- Avez-vous des membres de votre famille « médecin » ?**

Oui, un  
Oui, plusieurs  
Non

**7-a (Répondez à cette question que si vous avez coché « oui, un » ou « oui, plusieurs » à la question 7)**

Au 1<sup>er</sup> degré (fratrie, parent(s))  
Au 2<sup>ème</sup> degré (grand-parent(s), cousin(e)s, oncle(s), tante(s))  
Autre

**7-b (Répondez à cette question que si vous avez coché « Au 1<sup>er</sup> degré » ou « Au 2<sup>ème</sup> degré » à la question 7-a)**

De la même spécialité que moi  
D'une autre spécialité

**8- Quelle est la profession de vos parents ?**

Père :  
Mère :

**PARTIE II : Votre parcours scolaire et L'ECN**

**1- Avez-vous un BAC :**

Littéraire  
Scientifique  
Economique  
Autre (précisez) :

**1-a (Répondez à cette question si vous avez coché « Littéraire » ou « Scientifique » ou « Economique » à la question 1)**

Avec mention TB  
Avec mention B  
Avec mention AB  
Sans mention

**2- Avez-vous fait d'autres études / une activité professionnelle avant de faire médecine ?**

Oui  
Non

**2-a (Répondez à cette question si vous avez coché « Oui » à la question 2)**

Classes préparatoires scientifiques, vétérinaires  
Classes préparatoires littéraires, langues étrangères

Grandes écoles (ingénieurs, commerces, ENS, vétérinaires)

Science Po

Etudes universitaires scientifiques

Etudes universitaires littéraires, sociales, langues étrangères..

Etudes / Profession(s) paramédicale(s)

Etudes de psychologie

Autre :

**3- Avez-vous fait médecine dans le but de faire la spécialité que vous exercez aujourd'hui ?**

Oui

Non

**4- Pendant votre externat, êtes-vous passé dans un stage de votre spécialité actuelle ?**

Oui, mais ce stage n'a pas été déterminant dans le choix de ma spécialité actuelle

Oui, et ce stage a été déterminant dans le choix de ma spécialité actuelle

Non

**5- La spécialité que vous exercez aujourd'hui correspond-elle à l'objectif que vous vous étiez fixé en passant l'ECN ?**

Oui, c'était mon premier choix, j'ai réussi l'ECN et j'ai pu choisir ma ville

Oui, c'était mon 1er choix, j'ai réussi l'ECN mais je n'ai pas obtenu la ville de mon choix

Non, c'était un choix par défaut/ 2nd choix, j'ai raté l'ECN et/ou privilégié ma ville

Non, j'ai utilisé un droit au remord et/ou j'ai repassé l'ECN après le début de mon internat

**5-a (Répondez à cette question si vous avez coché « Non, j'ai utilisé un droit au remord.... » à la question 5)**

**MENU DEROULANT**

De quelle spécialité êtes-vous issu(e) ?

**PARTIE III : Profil / Histoire de vie**

**1- Parmi les loisirs suivants, le(s)quel(s) pratiquez-vous ?**

Lecture

Engagement politique et/ou syndical

Implication associative (tous domaines confondus)

Pratique d'une activité sportive

Pratique d'une activité artistique (musique, peinture, écriture, théâtre, danse...)

Passion pour le voyage

Sorties culturelles (concerts, cinémas, musées, expositions, théâtre..)

Aucun, par manque d'intérêt

Aucun, par manque de temps

Autre (précisez) :

**2- De quelle orientation politique êtes-vous ?**

Plutôt de gauche  
Plutôt de droite  
Plutôt d'extrême gauche  
Plutôt d'extrême droite  
Plutôt au centre  
Plutôt vert/écologiste  
Sans avis

**3- A quelle type de pratique religieuse vous identifiez-vous ?**

Croyant(e) non pratiquant(e)  
Croyant(e) peu/moyennement pratiquant(e)  
Croyant(e) très pratiquant(e)  
Athé(e)  
Agnostique

**4- AVANT votre internat, avez-vous connu des antécédents personnels, familiaux et/ou des évènements de vie négatifs ?**

Oui, des antécédents personnels somatiques importants  
Oui, des antécédents personnels psychologiques ou psychiatriques  
Oui, des antécédents familiaux somatiques importants  
Oui, des antécédents familiaux psychologiques ou psychiatriques  
Oui, des évènements de vie négatifs  
Non

**4-a (Répondez à cette question si vous avez coché « Oui, des antécédents personnels psy » ou « Oui, des antécédents familiaux psy » à la question 4)**

**QUESTION OUVERTE**

Le(s)quel(s) ?

**4-b (Répondez à cette question si vous avez coché « Oui, des évènements de vie négatifs » à la question 4)**

Décès d'un de vos proches  
Accompagnement d'un de vos proches dans la maladie  
Rupture amoureuse particulièrement difficile ou douloureuse  
Quelque chose de vécu comme traumatisant

**5- Prenez-vous un ou plusieurs traitements médicamenteux ?**

Oui  
Non

**5-a (Répondez à cette question si vous avez coché «Oui » à la question 5)**

Un traitement psychotrope au long cours  
Un traitement psychotrope à la demande et régulièrement  
Un traitement non psychotrope au long cours  
Un traitement non psychotrope à la demande et régulièrement

## **PARTIE IV : Qui est l'interne de psychiatrie ?**

### **Destinée au groupe « Autres spécialités »**

#### **1- A propos de vos représentations sur vos confrères psychiatres :**

**1- tout à fait d'accord**

**2 – plutôt d'accord**

**3- moyennement d'accord**

**4 – pas d'accord**

un interne de psychiatrie a raté l'ECN

un psychiatre n'est plus médecin

un psychiatre a probablement des ATCD, il est souvent « bizarre »

un interne de psychiatrie va mal finir, la psy c'est contagieux !

un psychiatre préfère la littérature à la science

un interne de psychiatrie est un « tire-au-flanc »

un interne de psychiatrie est comme moi

#### **2- Si vous aviez été contraint de faire de la psychiatrie :**

**1- tout à fait d'accord**

**2 – plutôt d'accord**

**3- moyennement d'accord**

**4 – pas d'accord**

Effectivement, j'ai hésité

Pourquoi pas ?

J'en aurais profité pour me consacrer à mes loisirs favoris

J'aurais préféré arrêter médecine

Je n'aurais pas pu supporter la difficulté du métier

## **PARTIE IV : Identité professionnelle à votre futur métier de psychiatre**

### **Destinée au groupe « Psychiatrie »**

#### **1- Parmi les critères suivants, quels sont ceux qui ont joué un rôle dans votre choix de carrière en psychiatrie :**

**1- tout à fait d'accord**

**2 – plutôt d'accord**

**3- moyennement d'accord**

**4 – pas d'accord**

L'aspect prestigieux

L'aspect financier

L'aspect plus « littéraire » que les autres spécialités

L'aspect plus intellectuel que les autres spécialités

La facilité d'accès à l'ECN

La tolérance, l'empathie et/ou l'ouverture d'esprit probable des professionnels qui y travaillent

L'éventail d'obédiences possibles

Le qualité de vie possible pendant l'internat

Avoir le temps de ne pas être « que médecin »  
« Aversion » pour le somatique, le corps et les bilans biologiques  
« Aversion » pour le stress rencontré dans les services et/ou pendant les gardes de médecine et d'urgences somatiques  
L'aspect pluridisciplinaire et/ou le travail d'équipe  
Trouver des réponses à mon propre fonctionnement

**2- A propos de la médecine somatique : 2 réponses max**

J'entretiens mes connaissances car je suis médecin avant d'être psychiatre  
J'entretiens mes connaissances mais je m'en passerais bien  
Je n'entretiens pas mes connaissances car ce n'est plus mon domaine de compétence  
Je n'entretiens pas mes connaissances car je n'ai pas le temps, et tant mieux  
Je n'entretiens pas mes connaissances car je n'ai pas le temps, mais c'est dommage

**3- En tant que psychiatre, vous êtes avant tout : 1 seule réponse possible**

Médecin  
Psychothérapeute  
Spécialiste des neurosciences  
Psychiatre-Psychanalyste  
Médecin et psychothérapeute  
Médecin et psychanalyste  
Médecin et spécialiste des neurosciences  
Médecin, spécialiste des neurosciences et psychothérapeute  
Médecin et travailleur social  
Médecin, spécialiste des neurosciences et travailleur social

**4- Concernant la classification nosographique en psychiatrie (DSM/CIM) :**

Elle est indispensable et centrale pour ma démarche diagnostique et thérapeutique  
Elle est indispensable mais non exclusive pour ma démarche diagnostique et thérapeutique  
Elle est parfois utile pour ma démarche diagnostique et thérapeutique  
Elle ne m'est pas utile pour ma démarche diagnostique et thérapeutique

**5- Le recours à la prescription de psychotropes vous paraît-il ?**

**1 seule réponse possible**

Malheureusement indispensable mais il ne faut vraiment pas en abuser  
Indispensable, c'est le cœur du traitement  
Utile et suffisant dans la majorité des cas  
Utile mais insuffisant, il faut d'autres prises en charge à côté  
Utile mais ce n'est vraiment pas la priorité  
Inutile sauf exception et à éviter si possible

**6- A propos des prescriptions de psychotropes que vous avez observées pendant vos stages :**

**6-a Concernant les posologies : 1 seule réponse possible**

J'ai souvent observé des posologies que je pensais excessives

J'ai souvent observé des posologies que je pensais insuffisantes

J'ai souvent observé des posologies que je pensais adaptées

**6-b Concernant les effets secondaires : 1 seule réponse possible**

Ils sont trop délétères, mieux vaut ne pas prescrire

Ils sont très délétères et me font hésiter à prescrire

Ils sont quelque peu délétères mais ce ne peut être pas un frein à la prescription

Il faut apprendre aux patients à supporter les effets secondaires

**7- A propos de la place de la psychothérapie (hors psychothérapie de soutien) dans votre future pratique de psychiatre : 1 seule réponse possible**

Cela ne me concerne pas beaucoup

Cela me concerne mais je la délèguerai si possible à mes confrères ou à d'autres professionnels

Idéalement je l'assurerai moi-même

**7-a- Répondez à cette question si vous avez coché « Cela me concerne mais... » ou « Idéalement , je l'assurerai moi-même » :**

**Je me sens plus attiré(e) par :**

La systémie

Les TCC

L'approche psychanalytique

Selon les cas, un mélange personnel de ces différentes approches

Je ne sais pas encore, je ne suis pas suffisamment informé(e)

**8- A propos de la place de la réinsertion sociale dans votre pratique de psychiatre, si vous envisagez de travailler dans le secteur public :**

**1 seule réponse possible**

En tant que psychiatre, je me sens concerné(e) par la réinsertion sociale des malades et souhaiterais que le service auquel j'appartiendrai la prenne en charge

En tant que psychiatre, je me sens concerné(e) par la réinsertion sociale des malades et souhaiterais travailler en partenariat avec des professionnels extérieurs qui la prennent en charge

Ce n'est pas le travail du psychiatre, ni des secteurs psychiatriques

**9- En tant que psychiatre, quels types de troubles pensez-vous devoir prendre en charge ?**

**1- oui, tout à fait**

**2 - oui, malheureusement**

**3- non**

Troubles psychotiques

Troubles névrotiques

Troubles de personnalité type état limite  
Troubles de personnalité type obsessionnel

Troubles de personnalité type hystérique et /ou passif dépendant  
Troubles de personnalité type antisocial / Troubles psychopathiques  
Troubles de l'humeur  
Troubles dépressifs « légers »  
Crises suicidaires  
« Conjugopathies »  
Troubles du comportement alimentaire  
Troubles addictifs (sans comorbidité psychiatrique)  
L'attaque de panique  
La rupture amoureuse « difficile »  
Le psychotraumatisme  
Le « trouble existentiel »  
Le deuil

**10- Dans votre pratique future, quel type de patients « préféreriez-vous » prendre en charge ?**

**QUESTION OUVERTE**

**11- Concernant une spécialisation éventuelle, vous vous sentez plutôt attiré(e) par :**

La psychiatrie adulte  
La pédopsychiatrie  
L'addictologie  
La psychiatrie en milieu carcéral  
Je ne sais pas encore

**12- Dans l'exercice futur de votre métier en tant que psychiatre, que craignez-vous le plus aujourd'hui ?**

L'excès de « paperasse »  
Un patient(e) suicidé(e)  
Le « burn out »  
L'obligation de travail en réseau  
Etre condamné(e) par la justice

**13- Etes-vous satisfait d'être interne en psychiatrie ?**

Oui, c'est comme cela que j'imaginai ma spécialité  
Oui, la psychiatrie est encore plus fascinante en tant qu'interne  
Oui, mais j'aurais préféré ne pas rater l'ECN  
Non, c'est trop difficile à supporter  
Non, la médecine somatique me manque  
Non, on me fait comprendre que je deviens « bizarre »

**14- A propos des représentations de vos confrères sur les psychiatres:**

**1- tout à fait d'accord**

**2 – plutôt d'accord**

**3- moyennement d'accord**

**4 – pas d'accord**

un interne de psychiatrie a raté l'ECN  
un psychiatre n'est plus médecin  
un psychiatre a probablement des ATCD, il est souvent « bizarre »  
un interne de psychiatrie va mal finir, la psy c'est contagieux !  
un psychiatre préfère la littérature à la science  
un interne de psychiatrie est un « tire-au-flanc »  
un interne de psy est comme tout le monde

**15- Quels bénéfices vous apporte le métier de psychiatre ?**

**1- tout à fait d'accord**

**2 – plutôt d'accord**

**3- moyennement d'accord**

**4 – pas d'accord**

Me sentir util(e)  
Mieux comprendre mon fonctionnement  
Soulager ma propre souffrance  
Développer mes connaissances sur le fonctionnement du cerveau humain  
Le pouvoir  
L'humilité  
L'enrichissement personnel permanent (variétés des rencontres, des situations cliniques..)  
Avoir du temps pour moi et ma vie privée

## **Annexe 2 : Plan d'action 2008-2011 de la World Psychiatric Association (WPA)**

### **WPA ACTION PLAN 2008-2011**

*This Action Plan has been produced by the WPA Planning Committee, and reviewed and approved by the WPA Executive Committee and General Assembly. It contains the WPA institutional goals for the triennium 2008-2011 and a list of actions by which these goals will be pursued. The plan takes advantage of the experience acquired by the WPA during the past trienniums, and is going to be implemented with the active involvement of all the components of the Association.*

#### **Goal 1. To enhance the image of psychiatry worldwide among the general public, health professionals and policy makers.**

##### ***Actions:***

- 1.1. Give visibility to successful experiences in the mental health field, by regular press releases and reports in a section of the WPA website intended for the general public.
- 1.2. Fund three projects on improving the public image of psychiatry, selected on the basis of an international call for proposals.
- 1.3. Launch an international programme aiming to raise the awareness of the prevalence and prognostic implications of depression in persons with physical diseases, in collaboration with other international and national medical associations and with organizations of users and families.
- 1.4. Produce a set of guidelines on how to combat stigmatization of psychiatry and psychiatrists, to be posted on the WPA website and translated in several languages.
- 1.5. Establish a regular track at World and International Congresses and a special section in *World Psychiatry* focusing on successful experiences of mental health care in the various regions of the world.
- 1.6. Maintain and increase collaborative contacts with other international medical and health organization.

**Goal 2. To partner with Member Societies in their efforts to improve the quality of mental health care, education and research in their countries and regions, and in their attempts to upgrade their own structure, governance and organizational capacity.**

*Actions:*

- 2.1. Join and assist Member Societies, upon their request, in their interactions with national and regional institutions concerning policy matters.
- 2.2. Join and assist Member Societies in the production and implementation of guidelines, ethical codes and research protocols.
- 2.3. Join and assist Member Societies in promoting the refinement of curricula for graduate and post-graduate psychiatric and public mental health education.
- 2.4. Produce a template for graduate and post-graduate psychiatric education to be posted on the WPA website and translated in several languages.
- 2.5. Join and assist Member Societies in the development and implementation of programmes for continuing education of psychiatrists, other mental health professionals and primary care practitioners.
- 2.6. Assist Member Societies, upon their request, in refining their structure and organization.
- 2.7. Organize a series of seminars at World and International Congresses in which leaders of selected Member Societies will illustrate the structure and activities of their associations to representatives of other Member Societies, answer their questions and provide advice on specific issues.

**Goal 3. To promote the dissemination of information on recent clinical, service and research developments in such a way that it can be assimilated by psychiatrists of all regions of the world.**

*Actions:*

- 3.1. Develop a programme of high-quality itinerant educational workshops, to be replicated in the four WPA Regions.
- 3.2. Develop a CME online programme for WPA individual members.
- 3.3. Produce a series of guidelines on issues of great practical relevance, translated in several languages.

3.4. Increase the dissemination of World Psychiatry and promote the translation of entire issues or selected articles in several languages, making them available on the WPA website and on the websites of relevant Member Societies.

3.5. Support the development of national psychiatric journals.

**Goal 4. To promote the professional development of young psychiatrists worldwide.**

***Actions:***

4.1. Launch, in collaboration with a network of centers of excellence, a programme of one- year fellowships for young psychiatrists from low-income countries, who will commit themselves to apply in their country of origin what they have learnt.

4.2. Organize a series of workshops on leadership and professional skills for young psychiatrists.

4.3. Facilitate the participation of young psychiatrists in WPA Congresses and other worthwhile scientific meetings, organizing, in the case of WPA Congresses, a fellowship programme and a meeting of the WPA Young Psychiatrists Council.

4.4. Stimulate the participation of young psychiatrists in the activities of WPA Scientific Sections.

4.5. Join and assist Member Societies in the development and implementation of programmes for young psychiatrists.

**Goal 5. To promote the development of mental health care in low-income countries and its integration into primary care.**

***Action:***

5.1. Develop a “training the trainers” programme, targeting nurses and clinical officers working in dispensaries and health centers, to be implemented in selected low-income countries.

**Goal 6. To foster the participation of psychiatrists from all regions of the world in the international dialogue on clinical, service and research issues.**

***Action:***

6.1. Ensure an adequate representation of psychiatrists from all regions of the world in WPA programmes, scientific meetings and publications, and in the activities of WPA Scientific Sections.

**Goal 7. To promote the highest ethical standards in psychiatric practice and advocate for the rights of persons with mental disorders in all regions of the world.**

*Actions:*

7.1. Launch an international programme on the protection and promotion of physical health in persons with severe mental disorders, in collaboration with other international and national medical associations and with organizations of users and families.

7.2. Support international and national initiatives aiming to protect the human rights of persons with mental disorders; to promote the meaningful involvement of these persons in the planning and implementation of mental health services; to encourage the development of a person-centered practice in psychiatry and medicine; and to promote equity in the access to mental health services for persons of different age, gender, race/ethnicity, religion and socioeconomic status.

7.3. Promote the implementation of the principles of the Declaration of Madrid in all countries of the world, and the continuing update of these principles on the basis of international input.

**Goal 8. To promote the establishment of networks of scientists conducting collaborative research in the mental health field.**

*Actions:*

8.1. Fund at least two high-quality international research projects conducted by WPA Scientific Sections.

8.2. Facilitate the involvement of the most prominent scientists of the world in the activities of the WPA Scientific Sections.

**Goal 9. To increase the visibility and credibility of the Association at the international level.**

*Action:*

9.1. Ensure that all WPA's initiatives and products are of the highest possible quality level, with a fully effective utilization of available human resources.

**Goal 10. To build up a long-term, solid and transparent partnership with potential donors.**

***Action:***

10.1. Establish a consortium of donors which will partially fund the above-mentioned activities, as part of the WPA financial policy.

## Annexe 3 : Communiqué de presse – F2RSM / ESJ Lille

Session de formation des journalistes aux questions de psychiatrie et de santé mentale

**Invitation à la presse**

27 mai 2014

### **La session de formation des journalistes aux questions de psychiatrie et santé mentale affiche complet 11, 12 et 13 juin à Lille**

**Un constat :** Les journalistes mesurent de plus en plus l'importance de traiter le sujet des maladies mentales qui touchent une personne sur 5 en France, et pourtant, ils se déclarent mal informés sur ces questions.

**Une action :** En région Nord - Pas-de-Calais, la Fédération régionale de recherche en psychiatrie et santé mentale a initié un partenariat unique avec l'Ecole Supérieure de Journalisme de Lille.

**L'objectif :** Sensibiliser, en France, les journalistes et futurs journalistes aux grandes notions de la maladie mentale et de la psychiatrie.

Les 11, 12 et 13 juin 2014, la formation «Santé mentale : mythes et réalités», coordonnée avec le concours de l'ESJ Pro, affiche complet. Elle a attiré 10 journalistes, représentant tous les médias et différentes régions de France.

Trois jours durant, experts régionaux et nationaux réinterrogeront les représentations associées à la maladie mentale :

- mythe 1 : Je ne suis pas concerné(e)
- mythe 2 : On ne guérit pas d'une maladie mentale
- mythe 3 : Les fous sont dangereux

**Unique en France, cette rencontre renforce le dialogue entre la psychiatrie et la Société.**

Elle complète une première initiative engagée en décembre 2013 envers les étudiants en journalisme de Lille. En lien avec l'association des internes et anciens internes de psychiatrie de Lille, la F2RSM avait, en effet, organisé une sensibilisation aux questions de psychiatrie et de maladies mentales. Une rencontre générationnelle qui a permis de créer les réseaux professionnels de demain.

#### **Pourquoi ce dialogue entre la psychiatrie et la Société dans la région Nord - Pas-de-Calais ?**

La stigmatisation des personnes souffrant de troubles mentaux résulte de nos représentations sociales. Les journalistes ont un rôle important à jouer dans le regard que pose la Société sur la personne malade. Ils peuvent parfois renforcer les stéréotypes et stigmatiser des milliers de personnes faute de connaître la maladie ou au contraire, mettre les choses en perspectives. Des journalistes de la région en avaient conscience ; ils ont contacté la Fédération régionale de recherche en psychiatrie et santé mentale.

Fédérant la totalité des établissements de la région qui ont une activité sanitaire de psychiatrie, qu'ils soient privés, privés d'intérêt collectif ou publics, la F2RSM est une structure unique en France. Elle favorise et valorise les actions de recherche en région et mobilise les énergies de ses partenaires autour d'une action collective : une meilleure prise en charge de la personne souffrant de troubles psychiques.

#### **Contact presse**

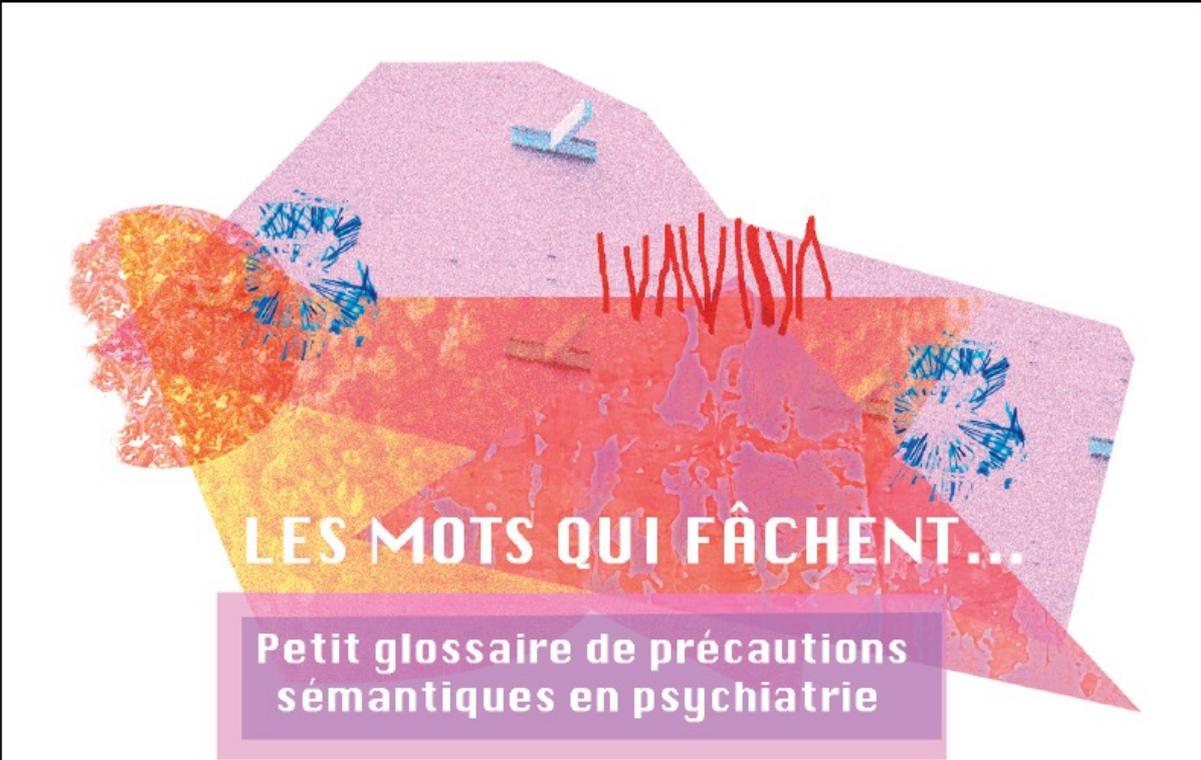
Nathalie Pauwels, chargée des relations presse, F2RSM

Tél. : 06 27 91 21 42

presse.f2rsm@santementale5962.com



## Annexe 4 : Petit glossaire de précautions sémantiques en psychiatrie. « Les mots qui fâchent.. »



### LES MOTS QUI FÂCHENT...

#### Petit glossaire de précautions sémantiques en psychiatrie



#### CONTEXTE

Un constat : les journalistes mesurent de plus en plus l'importance de traiter le sujet des troubles mentaux, première cause de handicap dans le monde et pourtant, ils demeurent mal informés sur ces questions.

En région Nord - Pas-de-Calais, la Fédération régionale de recherche en psychiatrie et santé mentale a initié un partenariat unique avec l'Ecole Supérieure de Journalisme.

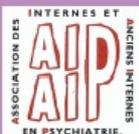
L'objectif : sensibiliser les journalistes et futurs journalistes aux grandes notions de la maladie mentale et de la psychiatrie.

Avec ce carrefour d'actualité animé par l'Association des internes en psychiatrie, les étudiants futurs journalistes seront plongés dans l'univers de la santé mentale. Une rencontre générationnelle qui permettra également de créer les réseaux professionnels de demain.

**Les auteurs :**

- Alexandra Colin,
- Damien Galland,
- Charles-Edouard Notredame

Internes de psychiatrie, faculté de médecine Henri Warembourg, Université Lille 2





## EN GUISE D'INTRODUCTION

### Maladie mentale ?

Bien que les maladies mentales les plus fréquentes soient aujourd'hui bien décrites, circonscrire la notion de maladie mentale au sens général reste compliqué. L'OMS nous propose la définition suivante :  
« Les troubles mentaux regroupent un vaste ensemble de problèmes, dont les symptômes diffèrent. Mais ils se caractérisent généralement par une combinaison de pensées, d'émotions, de comportements et de rapports avec autrui anormaux. »

La santé mentale serait alors « 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 ».

Toujours selon l'OMS, à l'horizon 2020, les maladies psychiatriques seront la première cause d'invalidité dans le monde devant les maladies cardiovasculaires et le cancer. En France, les maladies mentales concernent environ 12 millions de personnes.

### Un psychiatre, pour quoi faire ?

Le psychiatre est le médecin spécialiste des troubles mentaux. Comme tout médecin, il remplit des missions d'information, de soin et de prévention dans le domaine de la santé mentale. Il pose des diagnostics et prend en charge les patients via la coordination de leurs soins, la prescription de médicaments adaptés lorsque nécessaires et la psychothérapie. Il travaille en collaboration avec les autres acteurs de la santé mentale et peut intervenir dans des lieux aussi divers que l'hôpital, la prison, les Cellules d'Urgence ou le Centre Médico-Psychologique. Expert, il est consulté dans le domaine judiciaire. Universitaire, il remplit également des missions de recherche et d'enseignement. Les services de psychiatrie accueillent les patients en souffrance psychique, librement ou sans leur consentement lorsque leur état mental ne le permet pas et qu'il existe un risque pour eux-mêmes, pour l'ordre public ou la sûreté des personnes.

## GLOSSAIRE



### A Accès de folie

La notion d'accès de folie n'a pas de sens à soi seule. L'absence de symptôme spécifique ou d'examen complémentaire permettant d'affirmer une maladie mentale explique qu'un diagnostic ne puisse se poser que sur la base de son évolution. Conséquences : aucun psychiatre ne peut prédire avec certitude comment évoluera un « accès de folie », ni être sûr que son diagnostic restera inchangé dans le temps.

### Asile

Auparavant, terme servant à définir un établissement accueillant les personnes réputées aliénées. La dénomination est devenue obsolète et est à remplacer par le terme d'Etablissement Public de Santé Mentale (EPSM, entièrement dédiés à la psychiatrie) ou celui d'hôpital psychiatrique (dépendant d'un hôpital général).



### C Camisole physique, camisole chimique

Les camisoles étaient avant tout utilisées au siècle dernier. Elles véhiculent l'image d'une psychiatrie coercitive, visant à briser les volontés. Elles ont disparu depuis l'invention des neuroleptiques. En effet, même s'il arrive que la psychiatrie moderne ait recours à la sédation, l'isolement ou la contention, il s'agit de soins, pensées et pratiquées ponctuellement, avec mesure et bienveillance, afin d'apaiser le patient, le protéger de lui-même ou protéger les autres quand il est agité et perd le contrôle de ses troubles.

### Cellule d'urgence

La cellule d'urgence médico psychologique est un dispositif de prise en charge de groupes de personnes ayant été exposés à un événement potentiellement traumatisant.



Le but de cette cellule est d'informer, de dépister chez ces

personnes des signes de traumatisme psychique, et d'organiser des soins si nécessaire.

La maladie mentale induite par un événement traumatisant est l'état de stress post-traumatique. Elle a été décrite pour la première fois chez les soldats chez qui elle est particulièrement fréquente. Elle se manifeste principalement par des flashbacks fréquents, des cauchemars récurrents, et un état d'anxiété.

## **D** Dément

La démence est une maladie de la cognition. La plus connue est la maladie d'Alzheimer. Les pathologies démentielles sont à l'origine d'une multitude de symptômes mais touchent notamment les capacités de mémoire, de raisonnement, d'orientation...

## Dépression (nerveuse)

La dépression est une maladie complexe. Elle ne résume pas à une tristesse de l'humeur, mais touche également l'envie de faire des choses, la concentration, le plaisir, l'appétit, le sommeil. La vision de l'avenir est pessimiste. C'est un état la plupart du temps transitoire, en rupture franche avec l'état antérieur du sujet, et qui touche toutes les sphères de sa vie: familiale, sociale, professionnelle.

Le suicide n'est pas forcément lié à la dépression. Toutes les maladies mentales sont des facteurs de risque suicidaires.

## Déséquilibré/fou/aliéné

Chacun a sa représentation du fou, du déséquilibré ou de l'aliéné : qu'il s'agisse du bizarre, du dangereux, de celui qui parle seul ou réalise des actes insensés, le symptôme est pris pour diagnostic. Cet imaginaire collectif recouvre trop ou trop peu de réalités cliniques en psychiatrie. Le plus souvent, les représentations du fou correspondent à la schizophrénie, maladie appartenant à la catégorie des psychoses (altération du sens de la réalité) et caractérisée par l'association d'un délire (croyances fausses ou irrationnelles), d'hallucinations (voir ou entendre ce qui n'existe pas) et d'une désorganisation de la pensée, du comportement et des émotions. La maladie débute habituellement entre 15 et 35

ans. Elle touche 1 % de la population et est responsable d'un handicap fonctionnel et social majeur. Cependant une prise en soin adaptée permet de stabiliser la maladie et d'en réduire l'impact.

## **I** Interné

Le terme « interné », employé principalement par le passé, désignait une personne hospitalisée dans un établissement de santé mentale contre sa volonté. De nos jours, on lui préférera celui de patient hospitalisé sous contrainte.

Il existe deux types d'hospitalisation possible en milieu psychiatrique. Toute personne le désirant et dont l'état le nécessite peut être hospitalisée en service psychiatrique de façon « libre », c'est-à-dire avec son accord. Quand une personne nécessite des soins psychiatriques, que son état mental rend son consentement impossible et qu'il existe un danger pour lui-même ou pour autrui, elle peut être hospitalisée contre sa volonté, « sous contrainte », par décision médicale. Il existe 2 types de soins sous contrainte : à la demande d'une tierce personne en cas de dangerosité pour soi-même ou à la demande d'un représentant de l'état en cas de dangerosité pour autrui ou de trouble à l'ordre public.

## **M** Maniaque

La manie est un état que l'on peut caractériser comme étant l'inverse de la dépression. La personne en état maniaque n'est donc pas un Monsieur Propre, mais quelqu'un d'anormalement joyeux, exubérant, accéléré tant dans ses pensées que ses actes, familier voire désinhibé, ne dormant plus tout en se sentant très en forme...

L'accès maniaque est retrouvé dans le trouble bipolaire, anciennement appelé psychose maniaco-dépressive. C'est une maladie de l'humeur qui entraîne chez les sujets des épisodes dépressifs et maniaques.

## **P** Personnalité multiple

Quoi qu'il fasse le bonheur des romanciers et des scénaristes, le trouble de personnalité multiple est un trouble très rare, sujet à controverse. Il s'agirait, chez une même personne, de la coexistence de personnalités aux caractéristiques distinctes qui s'exprimeraient à tour de rôle. Contrairement à ce que l'on entend souvent, il n'est pas synonyme de schizophrénie.

## Psy

Psychologue, psychiatre et psychothérapeute sont trois termes qui renvoient à des types d'intervenants pouvant avoir un rôle sur la santé mentale d'un individu.

Un psychothérapeute est un soignant qui dispense une psychothérapie, méthode de traitement ou d'accompagnement d'une ou plusieurs personnes souffrant de problèmes psychologiques. Il peut être psychologue ou psychiatre.

Un psychiatre est un docteur en médecine dont la spécialité est la santé mentale. Il peut donc prescrire des traitements médicamenteux, poser les indications d'une hospitalisation et orienter le patient vers d'autres professionnels de santé.

Un psychologue est un professionnel de la psychologie, non médecin, qui a pour but de préserver, maintenir ou améliorer la qualité de vie ou le bien-être de l'individu et sa santé psychique, au travers d'entretiens individuels ou collectifs.

## Psychopathe

La personnalité désigne une association de traits comportementaux et psychologiques qui distingue chaque individu. Un trouble de la personnalité est défini par un ou plusieurs traits qui peuvent engendrer chez l'individu une souffrance ainsi qu'une potentielle inadaptation aux attentes sociétales. Il existe différents troubles de la personnalité (histrionique, borderline, narcissique, psychopathe, etc.). Il s'agit du trouble psychiatrique le plus fréquemment diagnostiqué. Un trouble de personnalité ne peut être « guéri » puisqu'il définit un fonctionnement stable et constitué. Cependant, certains traits peuvent être modulés afin de diminuer les souffrances qu'ils engendrent sur le patient.

La personnalité psychopathe est un trouble de la personnalité caractérisé notamment par un comportement antisocial (défiant les lois), un manque de remords et une impulsivité. La personne peut avoir un mode de vie instable. Malgré des termes se rapprochant, les personnes psychopates sont très rarement psychotiques.

## Psychotique

La psychose correspond à un trouble mental caractérisé par une altération du sens de la réalité. Elle peut se manifester par des symptômes tels que les hallucinations (perception sans objet) ou le délire (croyance erronée et inflexible). Il s'agit d'un terme générique qui regroupe plusieurs pathologies dont la schizophrénie.

## Schizophrénie

La schizophrénie est une forme de psychose caractérisée par une association de symptômes : le délire et les hallucinations, la désorganisation de la pensée, des émotions et du comportement et une tendance au repli. Il s'agit d'une pathologie particulièrement invalidante. Contrairement à une idée répandue, les personnes souffrant de schizophrénie sont 7 fois plus souvent victimes qu'auteurs de violence.

## Simulateur

Simuler ses symptômes suppose de les produire en toute conscience, comme moyen d'atteindre un objectif. La question de la conscience est complexe en psychiatrie et n'est pas une notion dichotomique (on peut être partiellement conscient d'un trouble). Bien que beaucoup de signes paraissent démonstratifs, étranges ou « faux », ils ne sont qu'exceptionnellement le fruit de son libre exercice.

## Troubles du comportement

Le comportement peut être défini comme étant la manière d'agir. Son trouble peut se manifester par de l'agitation, de l'instabilité, de l'agressivité, du bruit, de l'hyperactivité, ou au contraire une passivité excessive, etc.

C'est un symptôme qui peut avoir de nombreuses origines, dont seulement certaines sont médicales. De plus, toutes les causes des troubles du comportement d'origine médicale ne sont pas d'ordre mental (exemple des tumeurs cérébrales ou des hypoglycémies).

Il est à préciser qu'un diagnostic ne peut être posé à partir du seul trouble du comportement (par exemple, le fait de parler seul peut se retrouver dans la schizophrénie, mais aussi dans la manie, ou dans la démence).

Contact presse : Nathalie Pauwels  
Chargée des relations presse, Fédération régionale de recherche en psychiatrie et santé mentale Nord - Pas-de-Calais

Tél. : 06 27 91 21 42  
presse.f2rsm@santementale5962.com

[www.santementale5962.com](http://www.santementale5962.com)

Copyright F2RSM - AIAIP Lille - Décembre 2013, actualisé en août 2014



**AUTEUR : Nom :** SEBBANE

**Prénom :** Déborah

**Date de Soutenance :** 11 Septembre 2014

**Titre de la Thèse :** « Être » psychiatre : clichés, réalités et perspectives  
Résultats d'une enquête nationale française menée en 2013 sur la  
stigmatisation de la profession

**Thèse - Médecine - Lille 2014**

**Cadre de classement :** Psychiatrie

**DES + spécialité :** DES Psychiatrie

**Mots-clés :** stigmatisation, psychiatre, psychiatrie, étudiants en médecine

**Résumé :**

**Contexte :** La stigmatisation des psychiatres est peu étudiée pourtant il semblerait qu'il existe une relation complexe entre la stigmatisation des patients atteints de troubles psychiques et celle de la profession. Aussi, l'image négative que renvoient la psychiatrie et les psychiatres est identifiée comme une des causes majeures du déclin du recrutement de psychiatres dans de nombreux pays et pourrait expliquer le désintérêt naissant des étudiants en médecine français pour la spécialité.

**Méthode :** Une enquête descriptive observationnelle transversale réalisée par auto-questionnaire anonyme a été conduite par l'Association Française Fédérative des Etudiants en Psychiatrie (AFFEP) auprès des internes inscrits aux DES de psychiatrie, de neurologie, d'anesthésie-réanimation, de chirurgie orthopédique, de pédiatrie ou de médecine générale, entre juin et juillet 2013. Les objectifs sont : (1) comparer les données sociodémographiques, le profil scolaire et universitaire et les données sociales de la population des internes de psychiatrie avec celles des internes issus des autres spécialités ; (2) mettre en évidence les préjugés émis sur l'interne en psychiatrie par ses confrères et objectiver qu'ils sont faux ; (3) décrire l'identité professionnelle des internes français de psychiatrie.

**Résultats :** 1296 internes ont participé à l'étude dont 760 internes de psychiatrie et 536 issus d'autres spécialités. La comparaison des données sociodémographiques et des histoires de vie ne révèlent pas plus d'antécédents personnels chez les internes de psychiatrie et renseignent des parcours scolaires de même niveau. Aussi, les résultats objectivent significativement les préjugés portés par les confrères sur les internes de psychiatrie et montrent qu'ils sont faux. Enfin, l'identité professionnelle de l'interne en psychiatrie met en évidence la volonté des psychiatres de demain de faire coexister les différents volets du métier à travers une pratique intégrative: il se considère médecin, spécialiste des neurosciences, psychothérapeute et se sent concerné par la dimension sociale du métier.

**Conclusion :** Ce travail déconstruit les préjugés portés envers le psychiatre. Il redéfinit aussi les contours de la profession, la rend plus lisible et participe à sa revalorisation. Enfin, ce travail propose des recommandations pour renforcer cette identité professionnelle pendant la formation, rendre la spécialité plus attractive et améliorer son recrutement, en quantité et en qualité.

**Composition du Jury :**

**Président :** Monsieur le Professeur Pierre THOMAS

**Assesseurs :** Madame le Professeur Lise DEMAILLY, Monsieur le Professeur Guillaume VAIVA, Monsieur le Docteur Benjamin ROLLAND