



UNIVERSITE DE LILLE
FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG

Année 2018

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

**De l'importance de « traiter » la stigmatisation des troubles
psychiques :
Aspects théoriques et pratiques**

Présentée et soutenue publiquement le 18 Septembre 2018 à 18h
au Pôle Formation

Par Antoine COLLIEZ

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Pierre THOMAS

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Renaud JARDRI

Monsieur le Professeur Pierre VIDAILHET

Madame le Professeur Mercé JOURDAIN

Directrice de Thèse :

Madame le Docteur Déborah SEBBANE

Avertissement

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

Antoine COLLIEZ

Table des matières

Acronymes et abréviations.....	1
Résumé.....	3
Introduction.....	5
I) Santé mentale et stigmatisation	9
a) Histoire(s) et définitions	9
i. La santé mentale	9
ii. La psychiatrie.....	13
iii. Santé(s) globale(s) et « bien-être »	18
iv. Stigmatisation et discrimination	22
b) Impacts des troubles psychiques et de la stigmatisation.....	30
i. Les troubles psychiques.....	30
ii. La stigmatisation	33
c) Qui est stigmatisé?	38
d) Les professionnels de la santé en première ligne.	41
i. Vecteurs de stigmatisation.....	41
ii. La santé mentale des professionnels de santé	49
II) Aspects pratiques : où agir, et comment ?.....	55
a) La formation des étudiants en médecine.....	55
i. Place de la « psy » en faculté de médecine.....	56
ii. De nouvelles perspectives pédagogiques	66
iii. READ : exemple d'une formation innovante.....	78
b) La diversité des approches	88
i. Rétablissement et santé mentale communautaire.....	92
ii. La clinique.....	98
iii. Projets d'internes Lillois	112
Conclusion	115
Bibliographie.....	120
Annexes	131

Antoine COLLIEZ

Acronymes et abréviations

ANEMF : Association Nationale des Etudiants en Médecine de France

ARS : Agences Régionales de Santé

CCOMS : Centre Collaborateur de l'Organisation Mondiale de la Santé (à Lille spécialisé dans la formation et la recherche en santé mentale)

CIM : Classification Internationale des Maladies

DSM : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

ECOS : Examen Clinique Objectif Structuré

EPE : Expert(e) Par Expérience

INDIGO (réseau) : INternational study of DIscrimination and stiGma Outcomes (réseau d'Étude internationale sur la discrimination et la stigmatisation)

MSP : Médiateurs de Santé / Pair

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONU : Organisation des Nations Unies

PRESAGE : Plateforme de Recherche et d'Enseignement par la Simulation pour l'apprentissage des Attitudes et des Gestes

PVTP : personne(s) vivant (ou ayant vécu) un trouble psychique

READ : en anglais « Responding to Experienced and Anticipated Discrimination », traduit en français par « RÉagir à la Discrimination vécue et Anticipée ».

SMC : Santé Mentale Communautaire

SMPG : Santé Mentale Population Générale (nom d'une étude internationale)

SSH : Santé Société Humanité

UFR : Unité de Formation et de Recherche

Résumé

Contexte : La stigmatisation en santé mentale est reconnue par de nombreuses études internationales comme un problème majeur, générant des inégalités de traitement. Elle entrave la recherche d'aide ainsi que l'accès global aux soins, à l'emploi, aux formations et au logement pour les personnes concernées. Elle augmente leurs comorbidités, leur mortalité, les situations de précarité, d'isolement et les problèmes judiciaires. La stigmatisation touche aussi la discipline de la psychiatrie, ainsi que ses professionnels (en formation ou en exercice) qui, de manière paradoxale, sont aussi vecteurs d'attitudes stigmatisantes et de comportements discriminants.

Méthode : La première partie de ce travail s'attache à expliciter les concepts gravitant autour de la santé mentale et de la stigmatisation, afin de mieux en cerner les mécanismes et de définir l'évolution des approches y étant consacrées. La santé mentale est une notion large et mal circonscrite, qui peut mener à un diagnostic de trouble psychique nécessitant une intervention psychiatrique, mais aussi à un accomplissement personnel, un bien-être global. La deuxième partie propose un focus sur la formation des étudiants en médecine à travers la mise en place et l'évaluation d'une formation innovante, menée auprès d'une population d'étudiants en médecine de la Faculté de médecine de Lille. La formation READ (Responding to Experienced and Anticipated Discrimination), en cours d'évaluation au niveau international, propose en effet un enseignement mixte, magistral et participatif via l'utilisation de la simulation haute fidélité, en collaboration à chaque étape avec des usagers-experts. Enfin, nous passerons en revue diverses approches, illustrées, d'actions contre la stigmatisation.

Résultats : La formation READ a permis une amélioration significative des attitudes, des connaissances, et des comportements quant à la stigmatisation et à la discrimination en santé mentale. Ces premiers résultats, bien qu'obtenus sur un faible échantillon, apparaissent prometteurs pour justifier le développement d'interventions pédagogiques similaires. Notons que, selon la littérature, les approches basées sur le contact sont les plus efficaces, et que des interventions visant tous les niveaux de stigmatisation (intériorisée, interpersonnelle et structurelle) sont recommandées.

Conclusion : Cette thèse soutient le développement de plusieurs approches existantes pour réduire la stigmatisation en santé mentale. Les formations de sensibilisation à ces notions, utilisant les nouvelles pédagogies et ciblant les futurs professionnels de santé sont particulièrement recommandées.

Introduction

La stigmatisation en santé mentale, associée à la discrimination qu'elle entraîne, est reconnue comme un problème majeur de par le monde. Depuis quelques décennies, les politiques mondiales et nationales se saisissent de plus en plus de ces problématiques.

L'Organisation des Nations Unies (ONU) et les pays signataires, dans la Convention relative aux Droits des Personnes Handicapées (1,2), se sont engagés en 2006 à « **combattre les stéréotypes, les préjugés** et les pratiques dangereuses concernant les personnes handicapées », incluant les personnes ayant un handicap psychique. Cette convention affirme également dans ses principes généraux la **non-discrimination**, leur participation et intégration pleines et effectives à la société, ainsi que les notions de respect et d'égalité pour les personnes confrontées à un handicap.

Ce travail de thèse a pour objectif de discuter de l'intérêt d'inclure une réflexion sur la stigmatisation et la discrimination dans les pratiques de soin. En somme : pourquoi le faire ? Comment le faire ?

Dans une première partie, nous prendrons le temps de redéfinir plusieurs concepts et leur histoire : la santé mentale, la psychiatrie, la santé globale, le bien-être, et bien entendu la stigmatisation et la discrimination. Cela a pour but de mettre en perspective ce que nous appellerons dans ce travail les « troubles psychiques » (troubles de l'âme, troubles de la pensée, des émotions, de l'humeur...).

Ces « troubles psychiques » engloberont les concepts de maladie mentale, de troubles psychiatriques et de troubles de santé mentale.

Revenir sur ces définitions nous semble indispensable pour aborder les tenants et aboutissants de la stigmatisation et de la discrimination.

Pour continuer cette première partie, nous nous attarderons sur les impacts des troubles psychiques et surtout de la stigmatisation qui leur est associée. Nous verrons que la stigmatisation ne touche pas que les troubles psychiques, mais éclabousse tout ce qui gravite autour (les personnes concernées, leurs proches, les soignants, la psychiatrie, etc.).

Enfin, nous concluons cette partie en nous attardant sur la place des professionnels de santé par rapport à la stigmatisation : victimes ou vecteurs ? Et quid de leur propre santé mentale ?

Ensuite, dans la deuxième partie de ce travail, nous envisagerons les aspects pratiques de la lutte contre la stigmatisation.

Nous passerons du temps à discuter de la formation des étudiants en médecine, et de la place de la « psy » au sens global (psychiatrie, psychologie...) dans les enseignements. Après avoir vu quelques pratiques pédagogiques innovantes, nous détaillerons l'exemple d'une formation anti-stigmatisation destinée aux étudiants en médecine, appelée READ (Responding to Experienced and Anticipated Discrimination), que nous avons réalisée à Lille dans le cadre d'une étude internationale.

Pour poursuivre, nous nous attacherons à voir diverses approches pour réduire la stigmatisation et ses conséquences. L'action globale du mouvement de la Santé Mentale Communautaire et le concept de rétablissement, puis les actions pouvant être mises en place dans la clinique quotidienne des professionnels de

santé : formations à des thérapies ciblées, stages renforcés, approche de la complexité des situations rencontrées...

Enfin, pour terminer ce travail, nous illustrerons les concepts abordés par des projets portés par des internes de psychiatrie Lillois, afin de montrer l'applicabilité des notions étudiées et ainsi, peut-être, de les diffuser.

Veillez noter que, dans cet écrit, nous utiliserons la notion de personnes vivant (ou ayant vécu) avec un trouble psychique (**PVTP**), en englobant dans « troubles psychiques » un spectre allant des « maladies mentales » chroniques même sévères, aux troubles plus passagers comme les diagnostics de crises. Ce terme prend soin de ne pas considérer les PVTP comme uniquement des « *malades* », des *maladies*, ou de les réduire à des « *usagers du système de soin* ».

I) Santé mentale et stigmatisation

a) Histoire(s) et définitions

i. La santé mentale

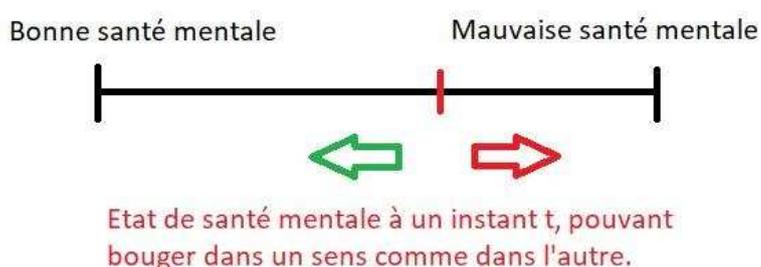
La santé mentale est indispensable à la santé. Comme l'a de nombreuses fois notifié l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), « il n'y a pas de santé sans santé mentale ».

Elle est définie comme « un état de bien-être dans lequel une personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et contribuer à la vie de sa communauté » (3). On perçoit ici la dimension **individuelle** de la santé mentale en tant que fondement du bien-être individuel, ainsi que sa dimension **sociale** de permettre un fonctionnement opérant pour la société.

La santé mentale est d'ailleurs reconnue comme un droit de l'homme (4). Le rôle du psychiatre prend donc d'emblée une **dimension politique et sociale**.

L'OMS rappelle également que la santé mentale englobe un éventail de domaines : « la **promotion** du bien-être, la **prévention** des troubles mentaux, le **traitement** et la **réadaptation** des personnes atteintes de ces troubles ».

De plus, on peut parler de **gradient** de santé mentale, le curseur se déplaçant selon des facteurs biologiques, psychologiques et sociaux, définissant un état de santé mentale à un moment donné, entre « bonne » et « mauvaise » santé mentale, comme l'illustre le schéma ci-dessous.

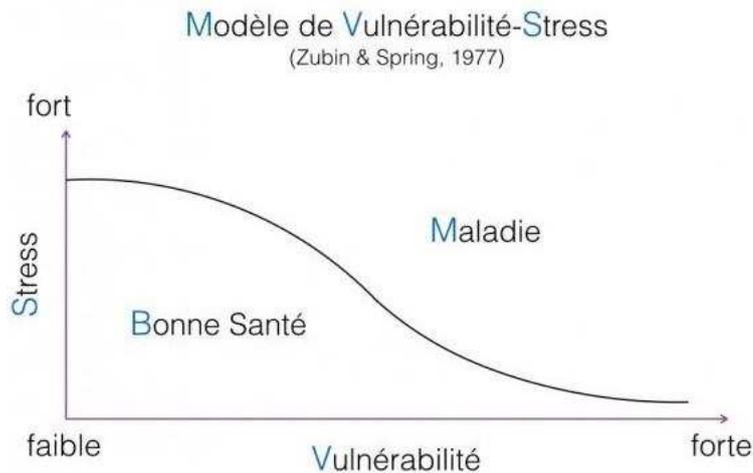


Ce qui est illustré ici est ce qu'on peut appeler le « **continuum** de la santé mentale », sur lequel nous nous baladons tous.

Le terme de « **vulnérabilité psychique** » est aussi parfois utilisé, correspondant à la capacité à résister à un ou des stress(es), des aléas, sans exprimer de symptômes psychiques (5,6) et pencher du côté « mauvaise santé mentale ». C'est le modèle « diathèse – stress », utilisé à propos de la schizophrénie dès les années 1960 (5,7). Le terme diathèse est synonyme de vulnérabilité, qui englobe l'idée de « prédisposition ». C'est cette vulnérabilité qui rend le développement d'une psychopathologie plus ou moins probable chez un individu lorsqu'un certain niveau de stress est rencontré. On retrouve des facteurs similaires qui jouent sur la vulnérabilité, ici psychique : facteurs génétiques, biologiques, psychologiques et cognitifs (le cognitif correspond aux fonctions cérébrales).

Par stress, on entend « un événement ou une série d'événements de la vie, qui affecte l'équilibre psychologique d'un individu et sert de catalyseur au développement d'un trouble » (8).

Le schéma ci-après illustre parfaitement ce dernier modèle : si l'individu est particulièrement vulnérable à un instant donné, il ne peut supporter qu'un stress faible. Il est alors plus à risque de présenter des symptômes, voire un trouble psychique. Sa santé mentale devient troublée, « moins bonne », voire mauvaise, menant parfois à la maladie.



Ce modèle est porteur en ce qui concerne le **rétablissement** (défini dans le paragraphe « II)b.i. »), car on peut faire en sorte que les contraintes imposées par les stressés ne dépassent pas nos ressources, en travaillant notre vulnérabilité. L'exemple suivant l'illustre :

« Je sors de chez moi, il se met à pleuvoir des cordes (stress), je suis tout mouillé, j'ai froid, je grimace, j'éternue, je me mets à courir (symptômes). Par contre, si j'ai anticipé en regardant la météo, et en prenant un parapluie, j'ai diminué ma vulnérabilité et je peux faire face sereinement à la pluie ».

Le célèbre psychiatre Eugen Bleuler illustre également ce concept avec l'autisme, qu'il définit au début du XX^{ème} siècle : « L'autisme a pour ces patients la même signification que les murs du cloître pour les moines, le désert pour certains Saints, le cabinet de travail pour certains type de savants. La différence entre malade et bien portant n'est ici que quantitative » (9). Il parle ici de la quantité de symptômes mais énonce déjà un continuum entre bonne et mauvaise santé mentale.

Poursuivons notre état des lieux sur les concepts autour de la santé mentale. Voyons les notions de **santé mentale positive et négative** (10).

- La santé mentale positive fait référence au bien-être et à **l'habileté à faire face à l'adversité**, incluant comme dimensions souvent mesurées : l'estime de soi, le sentiment de contrôle interne, l'optimisme et le sentiment de cohérence. Elle permet de se réaliser, de surmonter les tensions communes de la vie, de contribuer à la vie de sa communauté, d'accomplir un travail contributif et fructueux, de mener une vie épanouissante et d'entretenir des relations dans sa communauté de vie. Dans ce rapport sus-cité de la Commission Européenne datant de 2004, la France était parmi les pays ayant le niveau de santé mentale positive le plus bas.

- La santé mentale négative est sous-tendue par la présence de symptômes (anxiété, troubles de l'humeur, troubles du sommeil...) définis soit comme une **détresse psychologique** (ou « stress psychologique »), soit comme des **diagnostics de troubles psychiatriques**. Nous reviendrons ci-après à ces diagnostics et à leur classification.

Précisons par contre cette notion peu connue de « détresse psychologique », qui possède une dimension continue, comme on l'a abordé plus haut en parlant de « gradient » de santé mentale. Les symptômes de cette détresse psychologique sont assez communs, et peuvent souvent être transitoires, comme ceux que l'on peut rencontrer suite à un évènement négatif de la vie quotidienne (licenciement, deuil, séparation...). Malgré ces symptômes, la situation ne correspondra en général pas à une catégorie diagnostique psychiatrique.

La France est parmi les pays Européens avec le plus haut taux de cette « détresse psychologique » (10).

A noter que ces classifications ont certaines limites. Par exemple, les scores des niveaux de santé mentale positive ne correspondent pas à l'inverse des scores de santé mentale négative.

Dans un article de 2015, l'auteur cite Jean Furtos, psychiatre Lyonnais spécialiste de clinique psycho-sociale, pour une définition « complexe et synthétique » de la santé mentale : c'est « un état du psychisme qui **permet au Sujet de Penser, Agir, Ressentir ET Souffrir...** Sans Destructivité, mais non sans Révolte... Au sein d'un Environnement donné, sur lequel il a le sentiment de pouvoir agir pour le transformer » (11,12).

Pour conclure ce paragraphe sur la santé mentale et ses définitions, soulignons que les autorités politiques sanitaires françaises reconnaissent depuis la circulaire de 1990, et dans le plan de santé mentale de 2005-2008, une triple dimension à la santé mentale détaillée en :

- Santé mentale positive : correspondant à un bon développement personnel, un épanouissement satisfaisant.
- Détresse psychologique réactionnelle : secondaire à des difficultés de l'existence ou à des situations éprouvantes du quotidien de chacun.
- Troubles psychiatriques : diagnostics plus ou moins sévères, avec un pronostic fonctionnel (« handicapant ») plus ou moins grave, et d'évolution variable.

ii. La psychiatrie

La psychiatrie est, déjà étymologiquement, une spécialité à part. On retrouve *psych-* et *-iatro*, psychiatre signifiant ainsi le « **médecin de la psyché** », *psych-* signifiant en Grec Ancien « **souffle de vie, âme** ». Dans notre médecine contemporaine d'organes, où peut-on situer ce « souffle de vie » ? Peut-être que les

psychologues peuvent ici enseigner aux psychiatres, l'étude (*logos, -logie*) de cette « âme », étant la *psychologie*. Son soin (*therapeia*) relève des *psychothérapeutes*.

Dans nos dictionnaires actuels (13), le psychisme est défini comme un « ensemble, conscient ou inconscient, considéré dans sa totalité ou partiellement, des phénomènes, des processus relevant de **l'esprit**, de **l'intelligence** et de **l'affectivité**, et constituant la vie psychique ». *Psychique* faisant référence à « **l'esprit** en général » d'un point de vue psychologique, et à « l'âme, aux **facultés intellectuelles et morales** » d'un point de vue philosophique.

Dans l'évolution du soin de ce qui était considéré comme la « folie », il y eut une avancée majeure quand, à la Renaissance, le concept d'« Esprit du Mal », *possédant* certaines victimes, a été supplanté par la notion de « Maladie de l'Esprit », comme l'a dit le célèbre psychiatre Henri Ey. Cependant, la folie est toujours associée à de la **déraison**. Comme celle-ci ne concerne pas le corps, « elle n'est pas considérée comme une maladie classique (organique), et n'est donc pas l'affaire des médecins. (...) Elle est plus une affaire de **morale** (interrogeant les normes et les valeurs d'une société) que de médecine » (14).

Plutôt que de séparer raison et déraison, individus « raisonnables » ou « fous », on peut situer le clivage dans la psyché de chaque individu, chacun pouvant montrer, à un moment ou à un autre de son existence, des signes de déraison. Cependant, la dimension morale attachée à la folie (par exemple de *péché*) reste bien présente de nos jours, même si elle s'est laïcisée. En effet, une étude de 2001 (15) a montré que les PVTP sont affectées de stigmates liées à leur personnalité, comme le manque de volonté, ou le fait d'avoir des passions irrépressibles. Les préjugés de dangerosité, d'imprévisibilité et d'incompréhensibilité sont également toujours très présents (16,17).

Avant de parler de psychiatrie, il est nécessaire de parler de la révolution de l'aliénisme (« aliéné mental » signifiant « éloigné, détaché de l'esprit ») au tout début du XIXe siècle, ayant mené à la création des asiles (signifiant « refuge inviolable » en Grec), terme considéré plus acceptable que le mot hôpital à l'époque...

C'est à cette même époque, que se développent la nosologie (étude et classification des maladies) et la clinique psychiatrique (sémiologie, étude des signes cliniques et des symptômes), avec les célèbres médecins aliénistes Pinel, Kraepelin, et Esquirol. Ces symptômes psychiatriques classiques, touchant la pensée, les émotions, l'humeur, sont encore aujourd'hui non localisés. Les hypothèses et paradigmes restent variés ou généralistes, comme l'est le modèle « gène-environnement », qui place l'origine des symptômes et des troubles à la fois dans une vulnérabilité liée à la génétique, au terrain familial, et dans l'environnement où la personne évolue et a évolué.

Après Bleuler, qui définit la notion de schizophrénie en 1911, Henri Ey amène une classification basée sur sa théorie de *l'organodynamisme* (établissant des liens hiérarchiques entre fonctions psychiques et organiques), distinguant désorganisation de l'être conscient (psychoses chroniques et névroses), et déstructuration du champ de la conscience (crises émotionnelles et psychoses aiguës). Ces structures psychopathologiques, modèles explicatifs de la psyché, apparaissent en sus des maladies mentales précédemment catégorisées (nosographiées).

Selon Henri Ey, les maladies psychiatriques sont des « **pathologies des idées et de la relation**, qui invalident de multiples manières la liberté du sujet atteint. Ce sont donc des **pathologies de la liberté** » (18).

On est loin d'une définition sémiologique médicale classique comme pour une appendicite avec ses nausées, sa douleur typique en fosse iliaque droite et sa

palpation révélatrice, confirmée, dans de rares cas le nécessitant, par l'imagerie paraclinique (échographie abdominale). Un trouble mental, psychique ou psychiatrique (ce sont ici des synonymes) « **se définit difficilement par une physiopathologie sous-jacente univoque** », **ni par une étiologie claire** (19). C'est pourquoi on préfère la notion de *trouble* à celle de *maladie*. Pour diagnostiquer un trouble psychique, il faut des critères sémiologiques temporels, des critères de répercussion fonctionnelle et une absence de diagnostic différentiel.

De manière statistique, un trouble psychique est défini comme « un ensemble de critères permettant, lorsqu'ils sont présents, d'identifier des entités qui, en l'absence de prise en charge psychiatrique spécifique, présentent un mauvais pronostic » (19).

Les **catégories de diagnostics psychiatriques** sont principalement les troubles anxieux, les troubles de l'humeur et les troubles psychotiques. Une catégorie « autres » peut comprendre les troubles de personnalité, les troubles somatoformes (sous forme de plainte physique), les troubles de la sexualité et du sommeil, et les situations d'urgence (crises suicidaires, troubles dissociatifs liés aux psychotraumatismes...). Les troubles de l'usage de substances ainsi que les troubles du neurodéveloppement sont traités à part, étudiés en addictologie et en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent (troubles du comportement, ou des conduites, notamment alimentaires...) (19).

On parle donc majoritairement de « **trouble** » en psychiatrie pour définir les diagnostics, ce qu'on retrouve dans les classifications nosographiques officielles telle la Classification Internationale des Maladies (CIM) de l'OMS, initialement créée pour permettre l'analyse systématique de données statistiques concernant la morbidité (taux de maladies) et la mortalité dans le monde. C'est le même constat dans le

Diagnostic and Statistical Manual (DSM), système nosographique américain faisant référence pour la recherche internationale.

De nos jours, l'étiquetage d'un nom de maladie en psychiatrie sonne encore comme une sentence dans l'imaginaire commun. Cela semble parfois signifier « *la folie s'est emparée de lui* », comme si le trouble psychique faisait disparaître l'être humain touché tel qu'il était connu, aspiré par le trouble comme par un démon maléfique du moyen-âge. Cependant, certains diagnostics deviennent mieux acceptés, comme celui de l'épisode dépressif caractérisé, ce qui est loin d'être le cas pour d'autres comme les troubles schizophréniques.

En outre, on parle de plus en plus de « **troubles du spectre** », autistique par exemple. On en entend parler aussi pour les « troubles du spectre schizophrénique », qui incluent des troubles de la personnalité en plus des habituels troubles psychotiques et délirants.

Habituellement en médecine, le système nosologique de la Classification internationale des maladies (CIM 10) et le système de Classification internationale du fonctionnement (CIF 10) sont séparés puisque le diagnostic d'une maladie ne dépend pas de ses répercussions fonctionnelles mais de sa physiopathologie sous-jacente. En psychiatrie, pour définir un trouble, il faut tenir compte des répercussions fonctionnelles, c'est ce qui nous permet de nous extraire du modèle arbitraire extrêmement stigmatisant et discriminant du « normal – pas normal ».

Nous nous orientons donc vers des **diagnostics** d'allure **fonctionnelle**, plus tournés vers le handicap psychique et son retentissement dans une situation donnée. L'actualité tend vers des diagnostics **dimensionnels** plutôt que catégoriels, à la lumière des modèles de gradients évoqués plus haut dans le paragraphe « l)a)i. » concernant la santé mentale.

D'ailleurs, pour relier ces 2 termes, on peut avancer que la psychiatrie parle de catégorisation (diagnostics) et de soin des « **troubles de la santé mentale** ».

iii. Santé(s) globale(s) et « bien-être »

Prenons un peu plus de recul pour aborder quelques concepts encore plus englobants, qui permettront aussi de mieux appréhender la stigmatisation et la discrimination en santé mentale.

Dans une époque actuelle décrite individualiste, on entend souvent parler de **souffrance sociale**. Celle-ci est parfois attribuée aux « exigences excessives que l'autonomie fait peser sur l'individu » (18), l'autonomie étant une valeur actuellement très importante socialement.

La **santé publique** tente d'apporter une réponse à cette souffrance non plus uniquement individuelle, mais sociale, par une prise en charge collective des problèmes de santé, via une grande diversité d'acteurs et de moyens.

En résonance à la santé publique, on trouve la **santé communautaire**, modèle où les membres d'une collectivité, conscients de leur appartenance au groupe, expriment leurs besoins, réfléchissent en commun sur leur santé, et participent à la mise en place et à l'évaluation des activités choisies pour répondre aux priorités établies.

Ces deux approches sont complémentaires, l'une à un niveau de représentation décisionnaire, l'autre dans l'engagement des individus d'une communauté.

C'est ainsi qu'est apparue la notion de **promotion de la santé**, décrite dans la Charte d'Ottawa de l'OMS en 1986 (20). Elle a pour but de « donner aux individus davantage de maîtrise de leur propre santé et davantage de moyens de l'améliorer ». La santé est donc « perçue ici comme une **ressource** de la vie quotidienne, et non

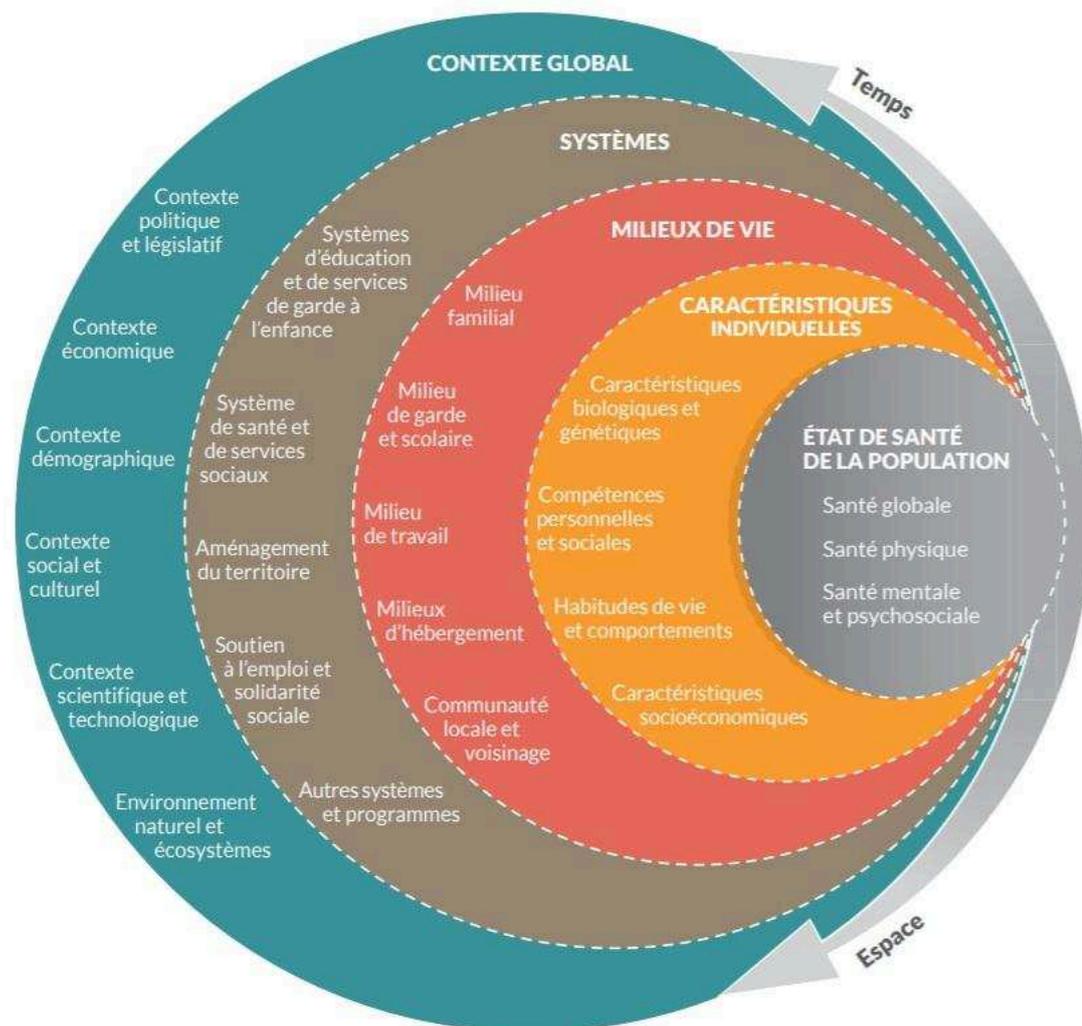
comme le but de la vie ; c'est un concept positif mettant l'accent sur les **ressources sociales et personnelles** ». Elle ne se borne pas au secteur sanitaire, ni à préconiser des modes de vie « sains » : « son ambition est le **bien-être** complet de l'individu ».

Les principes fondateurs de la **santé globale** (21) résonnent de ces concepts en parlant de :

- Santé **pour** tous (principe d'équité et d'universalité)
- Santé **par** tous (acteurs scolaires, professionnels, culturels...).
- Santé **dans** tout (la santé dans toutes les politiques, y compris celles influençant les déterminants sociaux et environnementaux).

On peut donc dire que la Santé, au sens global, est devenue une combinaison de facteurs d'équilibre physique, psychique, de bien-être et d'harmonie tant avec soi-même qu'avec les autres et son environnement de vie (22). On parle d'approche **socio-écologique** ou **éco-systémique** de la santé. Ainsi, « le concept de santé globale instaure une vision globalisante de la maîtrise tant des interactions des différents acteurs mobilisés dans le champ de la santé publique, que de l'influence des divers facteurs de la santé en prônant la nécessité de prendre en compte l'action déterminante de ces facteurs socio-environnementaux de la santé comme de la maladie ». Parmi ces facteurs, on retrouve la stigmatisation comme facteur social influençant la santé.

Une publication du Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec a été synthétisée par un document publié en 2012 par PIPSa (site Belge francophone de pédagogie interactive en promotion de la santé) (23), où l'on trouve le schéma suivant qui résume très clairement les **déterminants de la santé** :



C'est ainsi que diverses cibles peuvent être définies parmi ces déterminants, qui ne sont plus seulement des facteurs de risque de maladie à *prévenir* (par la *prévention*), mais aussi des ressources à *promouvoir* (*promotion* de la santé). Certains déterminants, à l'inverse, sont à faire diminuer (la précarité ou le chômage par exemple).

En Santé Mentale la promotion de la santé trouve une grande place, avec des déterminants à soutenir comme l'emploi, la sécurité financière et alimentaire, le logement, ou l'intégration sociale, pour cultiver et conserver une santé mentale satisfaisante.

Selon une étude publiée en 2013, « en raison de son omniprésence, de son impact sur de multiples domaines de la vie (ressources, relations sociales, capacité à

faire face...) et de son impact corrosif sur la santé des populations, **la stigmatisation** devrait être considérée parallèlement aux autres grands concepts d'organisation de la recherche sur les déterminants sociaux de la santé de la population » (24). Les auteurs proposent ici un « cadre conceptuel décrivant les voies psychologiques et structurelles par lesquelles **la stigmatisation influence la santé** ».

Cette idée de promotion de la santé mentale, non troublée, se retrouve dans la transformation du rapport à la psychothérapie : le thérapeute accompagne désormais des parcours de vie, dans un rôle de coach, voire parfois de pair aidant (18), plutôt que de soignant ou de guérisseur.

Le **bien-être** est prôné partout : dans le sport, l'alimentation, au travail... La **qualité de vie** a remplacé la « bonne santé à tout prix ». L'OMS, en 1993, a défini la qualité de vie comme « la perception qu'a un individu de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lesquels il vit, en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes. C'est un concept très large influencé de manière complexe par la santé physique du sujet, son état psychologique, son niveau d'indépendance, ses relations sociales ainsi que sa relation aux éléments essentiels de son environnement ».

On s'intéresse de plus en plus à l'impact qu'ont les maladies ou les troubles sur la qualité de vie, dans une logique d'accompagnement, de soins, plutôt que de guérison à tout prix.

Cette tendance est portée par l'ONU, parlant de Bonheur Intérieur Brut (BIB), et par des acteurs variés utilisant même le néologisme d' « *Happytalisme* », allant dans le sens d'une redéfinition d'un système social mondial teinté de psychologie positive, prônant un mieux-être individuel et collectif.

Cela concerne les personnes touchées par des troubles psychiques, et, comme nous l'avons vu sur le continuum de la santé mentale, **favoriser une bonne santé mentale par un bien-être satisfaisant pourrait réduire la vulnérabilité psychique et donc l'apparition de symptômes gênants.**

En 2015, une étude Espagnole (25) sur une population de PVTP suivis en ambulatoire, a montré que la stigmatisation intériorisée (définie au paragraphe suivant) est significativement associée au bien-être (subjectif et psychologique). **Plus ce bien-être est élevé, moins il y a de stigmatisation intériorisée.** De plus, l'effet de la stigmatisation intériorisée sur l'équilibre des affects et la satisfaction de la vie était influencé positivement par le bien-être psychologique.

iv. Stigmatisation et discrimination

Voyons pour terminer cette partie de définitions, ce que recèlent les termes de stigmatisation et de discrimination, afin de bien connaître notre sujet.

Le terme « stigma », tel qu'utilisé par les anglophones pour traduire « stigmatisation », vient du grec ancien « *stizein* » (signifiant tatouage ou marque avec un bâton ou un « *stig* »), qui décrit une **marque distinctive** inscrite par brûlure, coupure ou tatouage dans la chair d'esclaves ou de criminels, afin que la société puisse savoir qu'ils étaient des membres ayant **moins de valeur**. En devenant « *stigmaté* » avec le latin, le mot prend le sens d'une marque d'infamie ou d'ignominie, même s'il a pu aussi être signe de Grâce divine dans le monde du Christianisme, en référence aux marques secondaires à la crucifixion de Jésus Christ. De manière surprenante, quelques siècles plus tard, c'est la même Eglise et son Inquisition, qui contribuèrent à développer l'utilisation du mot « stigmatisation » en santé mentale en le reliant au péché (26), et, ainsi, également aux bûchers.

Selon les travaux fondateurs de Goffman dans les années 60 (27), la stigmatisation est un « **processus dynamique d'évaluation qui discrédite significativement un individu aux yeux des autres** », en raison d'une condition particulière ou du groupe d'appartenance (26).

Goffman (27) décrit 3 conditions, toutes capables d'impacter l'identité sociale d'une personne :

- « Les abominations du corps » : comprenant les particularités corporelles.
- « Les stigmates tribaux » : issus d'une religion, d'une ethnie, d'un genre.
- « Les imperfections de caractère individuel » : avec par exemple les notions de chômage, de criminalité, ou de maladie mentale.

En plus de ces caractéristiques, il faut souligner que des **relations de pouvoir** complexes sous-tendent la création et le maintien des inégalités structurelles, à l'origine de la stigmatisation. Ce processus de stigmatisation se produit lorsqu'il y a une **différence de pouvoir**, menant à des **inégalités de traitement**.

Les théories de psychologie sociale plus contemporaines, étudiant les **stéréotypes culturels**, ont mis en évidence les processus cognitifs (classification, attribution, catégorisation) conduisant au développement et au maintien de stéréotypes négatifs et erronés, qui entretiennent des visions du monde stigmatisantes (théorie de l'étiquetage). Ces schémas constituent une tendance spontanée de l'esprit humain pour appréhender son environnement (28).

Comme écrivait déjà Becker en 1985, « le déviant est celui à qui l'étiquette de déviant a été appliquée avec succès ; le comportement déviant est le comportement que les gens stigmatisent comme tel » (29). La proposition de base de ces théories est que « l'acte social d'étiqueter une personne comme déviante tend à altérer l'auto-conception de la personne stigmatisée par incorporation de cette identification ».

Ainsi, « dès lors qu'une personne est étiquetée, il semble qu'elle soit enfermée en un cercle infernal ne connaissant aucune issue » (29) : c'est le mécanisme de l'auto-stigmatisation dont nous reparlerons à la page suivante.

Déborah Sebbane résume l'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 » (30).

On décrit souvent 3 éléments inhérents au processus de stigmatisation :

- Une attitude : issue d'un préjugé, d'une « idée reçue », de l'ordre du préjudice (tort, dommage).
- La méconnaissance : voire l'ignorance d'un état, d'une situation, d'une personne.
- Un comportement : la discrimination, menant à la ségrégation, à l'exclusion, et, à l'extrême, à l'extermination (génocide).

Les stéréotypes, étiquettes que nous apposons à des personnes selon une caractéristique méconnue ou différente de soi (ou de son groupe d'appartenance), et souvent par économie cérébrale, mènent à des attitudes préjudiciables et à des comportements discriminatoires (comme la privation de Droits).

Pour résumer, la stigmatisation en santé mentale est décrite de manière consensuelle comme **l'ensemble des attitudes négatives et préjudiciables, d'un individu ou d'un groupe, envers les personnes atteintes d'une maladie mentale**

ou des attributs stigmatisés, comme l'étiquette de maladie mentale (26). Nous verrons plus tard que ses conséquences sont fréquentes et graves.

A noter qu'autour du terme « stigmatisation », on retrouve les notions de **stéréotypes** et de **préjugés**. Ces deux termes sous-tendent un mécanisme de mise à l'écart d'individus jugés « différents », mais avec un point de départ qui est basé sur le jugement consécutif aux **affects** liés aux **valeurs** pour le préjugé, et plutôt relatif à une base de **connaissances communes** (socio-historique) pour le stéréotype.

On distingue 3 à 4 types de stigmatisation :

- **L'auto-stigmatisation** : c'est l'appropriation, par une personne, des préjugés et stéréotypes culturels négatifs manifestés à l'égard d'une de ses caractéristiques, par exemple à l'égard du trouble psychique qu'elle rencontre. On la nomme aussi « **stigmatisation intériorisée** » (ou **internalisée**). Il s'agit de la réaction d'un individu qui appartient à un groupe stigmatisé et qui retourne l'attitude stigmatisante contre lui, finissant par penser qu'il mérite « de se faire injurier et de se faire bloquer l'accès à des possibilités » (31). C'est ce qui fait passer de « avoir une maladie mentale » à « être malade mental », oubliant que cet aspect de leur personnalité ne constitue pas toute leur personne, et développant ainsi une faible estime de soi et une auto-exclusion (auto-discrimination) dont nous reparlerons plus bas. Cette image négative de soi est renforcée de l'extérieur par « les discours objectivant des professionnels, la confrontation quotidienne aux stéréotypes, aux préjugés et aux attitudes

discriminatoires de ses concitoyens, et devant le regard plein de sollicitude mais néanmoins modifié de ses proches » (32).

- **La stigmatisation interpersonnelle ou publique** : elle regroupe les attitudes et les comportements de personnes ou de groupes de personnes, à l'égard d'un autre groupe et des personnes qui le composent.
- **La stigmatisation structurelle**, sous tendue par la **stigmatisation institutionnelle** : concerne ce qui structure notre société, les institutions, les politiques, la législation.

On peut alors se demander quelles sont les fonctions de la stigmatisation, qui permettent son existence et son maintien.

Dans un article de 2008, les auteurs en proposent 3 grandes catégories (33) :

- l'exploitation et la domination (maintenir les gens inférieurs)
- l'application des normes (garder les gens à l'intérieur)
- l'évitement des maladies (garder les gens à l'écart)

Dans leur analyse de plusieurs modèles conceptuels de la stigmatisation et du préjudice, ils soulignent fortement que « les choses que nous ciblons par la stigmatisation et les préjugés sont **socialement construites et varient considérablement selon les époques et les lieux** ». Cet élément est important à garder en tête lorsque nous nous intéressons à ces processus étiquetant et excluant, que ce soit en recherche ou en pratique clinique. Les groupes stigmatisés se croisent avec les groupes socioculturels. D'ailleurs, une personne aura une représentation d'autant plus stéréotypée d'un étranger si sa culture lui est peu familière (33).

C'est ce qui est rappelé par Stephan et Stephan dans l'étude de « **l'anxiété intergroupe** » (34,35), définie comme « l'anxiété qu'éprouvent les gens lorsqu'ils

interagissent avec les membres d'un groupe externe et qui craignent des conséquences psychologiques ou comportementales négatives pour eux, et la crainte d'évaluations négatives par les membres de leur groupe ou ceux du groupe externe ». L'anxiété intergroupe « élargit le concept de **choc culturel** pour inclure les interactions avec les membres de différents groupes **au sein d'une culture, ainsi qu'entre les cultures** ». Ils soulignent aussi que cette anxiété intergroupe est causée par un large éventail de **conséquences redoutées**, et non pas simplement par la perte de repères dans l'interaction sociale (face à des comportements embarrassants, une marginalité, des bizarreries...).

L'anxiété intergroupe a des conséquences, plus larges qu'une simple réticence à s'engager dans une interaction, qui sont : l'évitement, l'apparition ou la rigidification de normes, ou à l'inverse l'absence de normes intergroupes, mais aussi des biais dans le traitement de l'information (perception que les préjugés sont confirmés sans qu'ils le soient), un repli sur soi, des réactions émotionnelles amplifiées et des réactions de jugement.

Terminons ce paragraphe en parlant de la **discrimination**. Elle se situe aux mêmes différents niveaux que la stigmatisation : niveau sociétal, interpersonnel et de l'individu stigmatisé. On retrouve donc aussi l'auto-discrimination, conséquence de la stigmatisation intériorisée.

La discrimination est une **distinction injuste dans la façon de traiter des catégories de personnes, dans une situation donnée** (36). Elle comporte une restriction ou un élargissement des droits de cette personne par rapport aux autres. La discrimination en santé mentale est rarement vécue comme positive, les résultats français de l'étude INDIGO, qui avait pour but de décrire et analyser les modèles de

discrimination touchant des personnes ayant fait l'objet d'un diagnostic de troubles schizophréniques, ont montré que seul 10 % des personnes interviewées ont vécu leur discrimination de manière positive (37).

On distingue 2 types de discrimination :

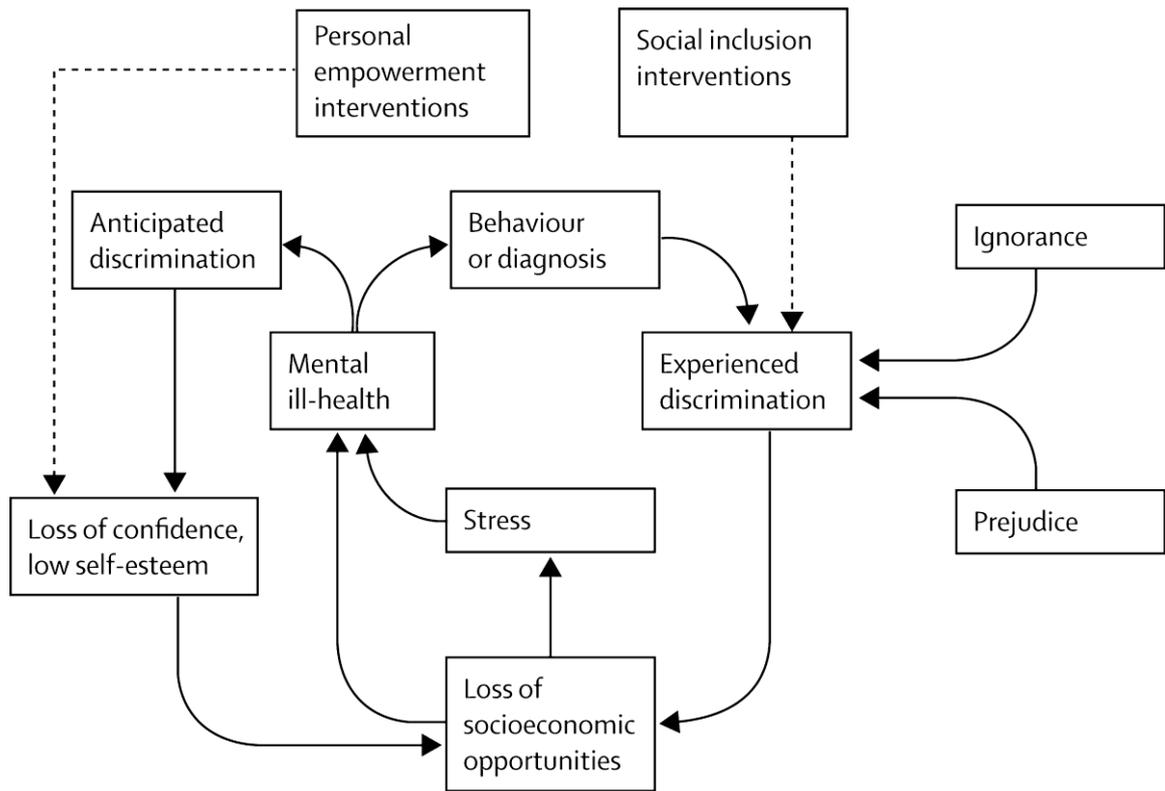
- La **discrimination anticipée** : qui apparaît lorsque la PVTP anticipe, imagine, un rejet possible à cause de son trouble.
- La **discrimination vécue** (ou **expérimentée**) : celle dont la PVTP a bel et bien été victime.

Dans une étude internationale ayant interrogé 732 personnes ayant le diagnostic de Schizophrénie (38), « deux-tiers des personnes interviewées, dont la majorité ont déclaré ne pas avoir vécu de discrimination, ont fait état de discrimination anticipée ».

Concernant la discrimination pour « trouver ou garder un travail », 11% l'ont vécue sans l'anticiper, 33% l'ont anticipée et vécue, **36%, soit plus d'un tiers**, l'ont **anticipée sans l'avoir vécue**, et 20% ne l'ont ni vécue ni anticipée. On retrouve un résultat similaire concernant la discrimination « dans les relations intimes » : 11% l'ont vécue sans anticiper, 26% l'ont anticipée et vécue, et **34%**, encore **plus d'un tiers**, l'ont **anticipée sans l'avoir vécue**. Sur 63% de personnes vivant avec une Schizophrénie n'ayant pas vécu de discrimination, 54% l'anticipent et donc en subissent les impacts.

⇒ On voit bien ici la grande proportion des personnes anticipant la discrimination sans l'avoir vécue, et l'intérêt de prendre en compte ce phénomène de discrimination anticipée.

Le schéma suivant, issu du même article, illustre la relation entre discrimination vécue et anticipée :



Ce schéma, issu de l'étude INDIGO de 2009 (38), résume les mécanismes à l'origine des deux types de discrimination, et leurs conséquences.

L'ignorance et les préjugés mènent à la discrimination vécue, alimentée par les comportements ou le diagnostic quand il est révélé. Cette discrimination entraîne une perte d'opportunités socio-économiques, cause d'un stress qui alimente le trouble de santé mental. Celui-ci peut mener à nouveau vers de la discrimination vécue, ou vers de la discrimination anticipée, entraînant une perte de confiance en soi et une mauvaise estime de soi, se répercutant à nouveau sur les opportunités socio-économiques, renforçant le trouble psychique, etc.

Il propose, avec les flèches en pointillés, des cibles d'intervention : favoriser l'inclusion sociale, ou renforcer le sentiment de pouvoir agir, d'avoir le contrôle sur sa vie (empowerment).

Enfin, pour conclure ce paragraphe, rappelons que ce qui alimente nos représentations est aussi la réalité de pouvoir être soi même affecté, à un moment

ou à un autre de notre vie. Le danger supposé de la « folie » s'approche ainsi de nous, résidant même en nous. Le rejet peut alors être un acte de **conjuración** (une « pensée magique ») : « *en rejetant la « folie » et ses attributs (stéréotypes et préjugés), je m'assure que la folie ne me concerne pas* ». Goffman l'identifiait aussi chez les soignants, décrivant la « distance thérapeutique » comme une protection de la « contamination du stigmate » (39). Pas sûr que cela fonctionne réellement...comme nous le verrons plus loin (paragraphe « l)c »).

b) Impacts des troubles psychiques et de la stigmatisation

Voyons maintenant l'étendue des conséquences des notions précédemment définies. Nous verrons qu'elles sont nombreuses et méritent qu'on s'y attarde.

i. Les troubles psychiques

Commençons par un rappel sur la prévalence des troubles psychiques.

Les troubles psychiatriques affectent, en France, **une personne sur cinq chaque année** et **une sur trois** si l'on se réfère aux taux de prévalence sur la vie entière (40). Selon les enquêtes réalisées dans des pays développés et dans des pays en développement, plus de 25 % (un quart) des individus présentent un ou plusieurs troubles mentaux ou du comportement au cours de leur vie (41,42).

D'après l'OMS, les troubles psychiques représenteront d'ici 2030 la **principale cause de morbidité** dans les pays industrialisés et la deuxième dans les pays en voie de développement. Les troubles psychiques sont la **principale cause de maladies non mortelles** dans le monde. Ils représentent globalement **23% des causes de handicap**, devant les troubles musculo-squelettiques : 21,3 % (43).

On retrouve cinq troubles psychiatriques parmi les dix pathologies entraînant la plus forte morbi-mortalité chez les 15-44 ans : épisodes dépressifs caractérisés,

troubles liés à l'usage d'alcool, troubles auto-agressifs dont les conduites suicidaires, trouble schizophrénique et trouble bipolaire.

On sait aussi que 4 des 10 principales causes mondiales d'incapacité sont liées aux problèmes de santé mentale, comme l'illustre le tableau ci-dessous résumant les causes des années vécues avec une incapacité dans le monde, selon l'OMS :

Tableau 1. Années vécues avec une incapacité (AVI).

	Cause	AVI (Millions)	Pourcentage du total d'AVI
1	Troubles dépressifs unipolaires	65,3	10,9
2	Déficits visuels	27,7	4,6
3	Perte d'audition	27,4	4,6
4	Autres blessures non intentionnelles	23,7	4,0
5	Problèmes d'alcool	22,3	3,7
6	Cataractes	17,8	3,0
7	Schizophrénie	16,3	2,7
8	Arthrose	15,6	2,6
9	Trouble bipolaire	14,4	2,4
10	Anémie (déficit en fer)	13,2	2,2
	Total	596,9	100

De plus, le taux de mortalité est 1,6 à 3 fois plus élevé chez les patients atteints de schizophrénie que dans la population générale, et **leur espérance de vie est diminuée de 20 %** (soit de 10 à 20 ans !). Cette diminution serait due pour un tiers au passage à l'acte suicidaire, le reste étant lié à des maladies physiques (cardio-vasculaires au premier plan), aux difficultés d'accès aux soins et à des conditions socio-économiques défavorables (44).

Les troubles psychiatriques sont responsables d'une forte mortalité : 8885 décès par suicide en France en 2014, soit **24 par jour** (45), 3 fois plus que par accidents de la route, auxquels s'ajoute la surmortalité non suicidaire (accidentelle, comorbidités somatiques, troubles liés à l'usage de substances...) et d'une

importante morbidité : baisse de productivité (peu d'activités professionnelles), mauvaise qualité de vie (du sujet et de son entourage) et handicap psychique (limitations fonctionnelles dans le quotidien).

Enfin, les troubles psychiatriques absorbent 10 % des dépenses de santé et représentent une part considérable de l'offre de soins : un cinquième des lits d'hospitalisation à temps complet et 20 à 30 % (de une sur cinq à presque une sur trois) des consultations de médecine générale.

⇒ On voit donc dans ce résumé que les troubles psychiques sont très fréquents, et présentent de nombreuses conséquences individuelles et sociales.

En interrogeant les PVTP, on entend parfois dire que ce n'est pas tant le trouble qui est problématique, mais la discrimination et l'auto-discrimination associée. Selon une étude de 2016 (46), « **l'impact de la discrimination** dans différents contextes a souvent été perçu par les participants **comme aggravant leur santé mentale**, et il est donc nécessaire de traiter la discrimination comme une question de santé, et pas seulement comme une question de justice sociale ».

Nombreuses sont les situations cliniques rencontrées, où une personne présente un trouble anxieux ou un trouble de l'humeur, dont il n'a osé parler ni à ses proches, ni à son médecin généraliste, et encore moins osé se rendre dans un lieu spécialisé, qui l'a menée à se replier sur elle-même, perdant ainsi progressivement ses relations sociales (incluant parfois sa famille), ses loisirs, son activité professionnelle et donc ses revenus habituels, se retrouvant dans une situation de précarité sociale, ajoutant des co-morbidités en augmentant sa vulnérabilité (crises

suicidaires, auto- et hétéro-agressivité, trouble de l'usage de substances de type addiction, épisodes dépressifs, troubles anxieux comme les phobies...).

La stigmatisation entrave l'accès aux soins, entretenant et cultivant ainsi les troubles psychiques. C'est pourquoi il est nécessaire de se former à ce sujet pour agir. Voyons, pour entériner ce propos, l'étendue des impacts de la stigmatisation.

ii. La stigmatisation

Au-delà du repérage des troubles et des symptômes, à améliorer sans cesse, un tabou majeur persiste : « *je ne suis pas fou* », « *le fou c'est l'autre* » (même pour les personnes diagnostiquées d'un trouble psychique !) (47), « *je ne veux pas montrer que je suis faible* », occasionnant les réactions en chaîne destructrices décrites dans l'exemple du paragraphe précédent, dont il est bien difficile de se relever même avec le soutien d'équipes spécialisées.

Dans l'étude multicentrique internationale Santé Mentale en Population Générale (SMPG), ayant interrogé près de 16000 personnes, on a retrouvé que l'image du « fou » ou du « malade mental » est associée aux idées de « **non responsabilité, non contrôlabilité, médicalisation, mauvais pronostic et dangerosité** » (16). A noter que le « malade mental » correspond au « fou » médicalisé, dans une tentative de faire disparaître la folie, qui fait peur, en la médicalisant. Cette tentative échoue. Cependant, précisons que certaines représentations évoluent : l'étiquette de « dépressif » semble en effet plus acceptable et moins exposée à la stigmatisation dans l'étude SMPG.

En 2015, une étude a évalué le traitement médiatique en France du terme schizophrénie et des termes apparentés (48). Parmi les conclusions majeures, l'étude montre que « la presse française relaie globalement le **cliché** selon lequel le malade atteint de schizophrénie serait **intrinsèquement dangereux** », et que

« l'usage détourné du terme vers des métaphores stéréotypées, usage ciblé mais fréquent, **largement dépréciatif** amplifie la tonalité négative du discours sur la schizophrénie ». Ils avancent même l'hypothèse que « l'archétype (...) des usages du terme « schizophrénie » est l'image du **manipulateur**, et que cette représentation sociale sous-jacente est un facteur puissant de diabolisation des malades », car l'usage métaphorique du terme a été souvent orienté « vers un sens diamétralement opposé à la réalité médicale : celui de la manipulation ». Enfin, la complexité de la maladie, dont nous reparlerons à la fin de ce travail, fait partie des hypothèses justifiant ces représentations négatives sur la maladie, associée aux notions anciennes de l'Histoire de la psychiatrie.

Il est intéressant de remarquer que l'information médicale était quasi inexistante : le terme a été trouvé dans 2038 articles, dont **1% seulement d'articles vraiment dédiés**, et que la corrélation était quasiment constante avec des idées fausses (violence, dédoublement, absence d'espoir, etc.).

⇒ L'impact des propos stigmatisants de ces médias est énorme pour les personnes concernées par un trouble psychique, **ils peuvent ainsi renforcer l'auto-stigmatisation et l'évitement social.**

Certaines associations de PVTP se sont saisies d'affaires médiatiques (teaser ou épreuve de jeu stigmatisants), et peu nombreux ont été les soutiens aux pétitions par rapport aux soutiens pour les médias. Cela peut directement impacter la santé des PVTP militantes, entraînant parfois des hospitalisations suite à des décompensations symptomatiques comme l'illustre ce témoignage d'un membre du « club house » de Paris (49) : « *Connecté non-stop aux réseaux sociaux (...) j'étais épuisé (...). Même en mobilisant tous les médias qui existent, on n'y pourrait rien, [ce qui] m'exaspérait au plus au point alors j'ai eu des pensées suicidaires. Mais non, je*

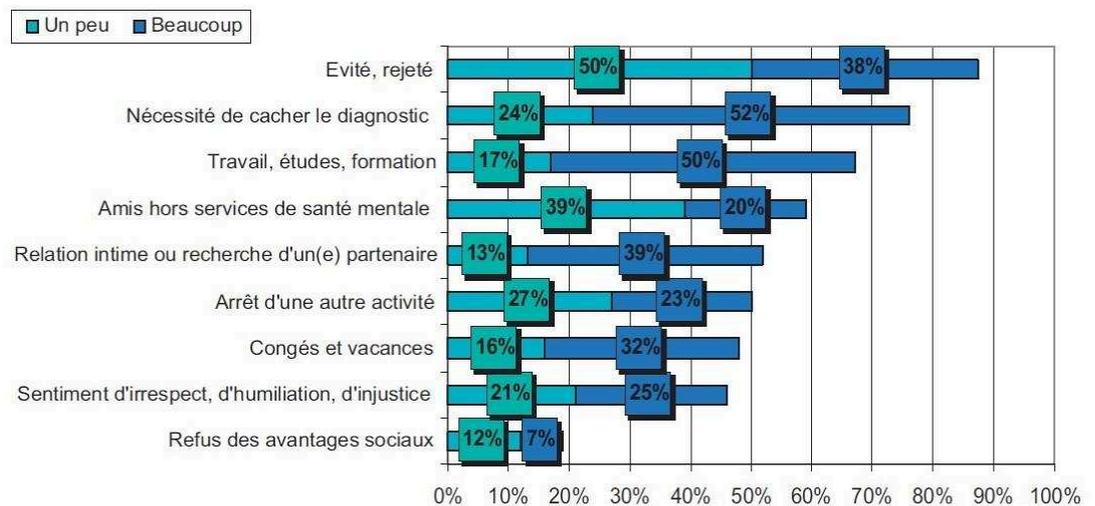
n'ai pas sauté d'un pont. Avec toute cette suractivité, j'avais basculé dans ce qu'on appelle un épisode maniaque. », « J'ai fini une nuit en garde-à-vue puis (...) mis en contention par les urgences psy malgré mon envie de dialogue et de méthodes douces. (...) j'ai fini attaché à nouveau dans une ambulance direction (...) « l'asile », le vrai » (50).

Les PVTP victimes de discrimination ont classé, dans une étude Anglaise publiée en 2014, les types d'expériences discriminantes vécues en 7 catégories (46) :

- La maltraitance : avec les abus verbaux, physiques, l'exploitation ou le harcèlement.
- La distance sociale : mise par les autres ou par soi-même.
- Le jugement : qui considère qu'elles ont moins de compétences, des mauvais caractères, peu de crédibilité, ou qu'elles sont faibles, ce qui entraîne une surprotection qu'elles décrivent aussi comme un type de discrimination (avec un vécu d'intrusion ou d'exclusion des décisions).
- Les décisions organisationnelles : dues au système mais retrouvées aussi à l'échelle interpersonnelle.
- Le manque de compréhension : soit le manque d'empathie, soit le sentiment de ne pas être entendu.
- Le manque de soutien.
- Le discrédit : dédain de ce qu'est la santé mentale et ses troubles, tabou et mutisme associés.

Cela permet d'avoir un regard sur l'étendue de ce phénomène.

La figure ci-dessous, issue de l'étude INDIGO en France (37) chez une population de personnes vivant avec une schizophrénie, illustre les types de discrimination vécue et anticipée, du fait du diagnostic, déclarés par les participants, ainsi que leur fréquence (« un peu » ou « beaucoup ») :



On y voit que les différents types de discrimination proposés concernent quasiment systématiquement plus de la moitié des participants, et jusqu'à 88% ayant un peu ou beaucoup peur d'être évités ou rejetés.

En 2010, Sartorius, Thornicroft et leurs collègues ont montré que près de la moitié des 1229 personnes souffrant de schizophrénie interrogées (41,7%) a rapporté un **niveau modéré à élevé d'auto-stigmatisation** (51). Dans la même étude, 69,4% (soit 7 participants sur 10) a rapporté une **discrimination perçue (vécue) de modérée à élevée**. On notait également que « 42 % de la variance des scores d'auto-stigmatisation a été prédit par les niveaux d'empowerment, de discrimination perçue et des contacts sociaux » : ces résultats constituent des pistes d'action dont nous reparlerons dans la deuxième partie de ce travail.

Livingston et son équipe, également de 2010 (52), ont révélé une **corrélation négative solide entre la stigmatisation intériorisée et une série de variables psychosociales** : plus la stigmatisation intériorisée était forte, plus l'estime de soi, le

sentiment de contrôle (empowerment), l'espoir, le sentiment d'efficacité, la qualité de vie et le soutien social (sentiment d'intégration) étaient faibles ! L'étude montrait aussi que la stigmatisation intériorisée était positivement associée à la gravité des symptômes psychiatriques et négativement associée à l'observance du traitement.

⇒ Cela illustre à nouveau les nombreux dommages de l'auto-stigmatisation :
elle **augmente la sévérité des symptômes et entrave le traitement.**

De plus, la stigmatisation des troubles psychiques est l'un des facteurs qui **entrave l'accès aux soins** et sape ainsi le système de soins, aussi bien réfléchi soit-il (53). Son impact est étendu, comme nous le reverrons dans le paragraphe suivant : « la stigmatisation touche directement les personnes souffrant de maladie mentale, ainsi que **leur système de soutien, leur réseau de soins et leurs ressources communautaires**. Les effets de la stigmatisation sont modérés par connaissance de la maladie mentale et de la sensibilité culturelle » (qui sont donc une autre piste à explorer, cf. la deuxième partie de ce travail).

Une méta synthèse ayant analysé 144 études entre 1980 et 2011 a confirmé que **la stigmatisation a un effet négatif** de petite à moyenne taille **sur la recherche d'aide** par les PVTP (54), retardant donc leur accès aux soins.

La participation à la prise en charge et au traitement est aussi impactée par la stigmatisation, notamment en diminuant l'estime de soi et en privant les gens d'opportunités sociales (obtention d'emplois satisfaisants ou d'un logement convenable) (55).

On sait aussi qu'il y a une association entre un bon insight (capacité à avoir conscience de ses troubles et de pouvoir élaborer dessus) et une humeur dépressive, une faible qualité de vie et une faible estime de soi (56). Cette association est faible quand la stigmatisation perçue est basse, et forte quand la

stigmatisation perçue est haute. **Un faible impact de la stigmatisation permet donc d'améliorer la qualité de vie, l'humeur et l'estime de soi**, quand la PVTP prend conscience de ses difficultés. Cliniquement, on peut proposer que lorsqu'on tente d'accroître la conscience de ses troubles (l'insight), **la stigmatisation perçue devrait être également systématiquement abordée.**

c) Qui est stigmatisé?

On parle beaucoup de stigmatisation des « troubles psychiques », alors que ce ne sont pas les seuls objets de cette stigmatisation. Voyons qui et que sont les victimes des phénomènes de stigmatisation et de discrimination.

Nous allons voir dans ce paragraphe que ces notions touchent les PVTP, mais également beaucoup d'autres groupes : les proches, la famille, les professionnels de santé, ainsi que la discipline elle-même.

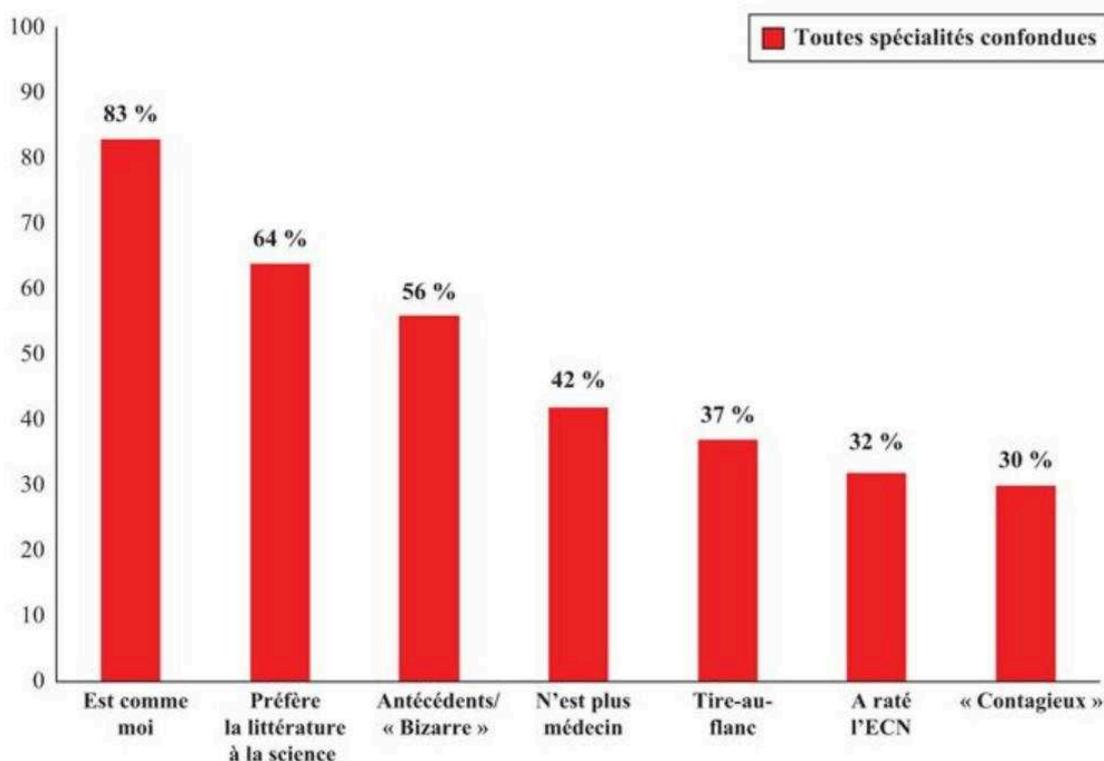
Pour commencer, Stuart et Sartorius, dans une étude de 2015 sur l'image de la psychiatrie et des psychiatres, réalisée dans 15 pays d'Europe et d'Asie (57), ont montré à quel point les professeurs de médecine non psychiatres ont des **opinions négatives sur la psychiatrie** comme **discipline**, mais aussi sur **les traitements** psychiatriques, **les psychiatres comme modèles** pour les étudiants en médecine, la psychiatrie comme **choix de carrière**, **les patients** psychiatriques et **la formation** psychiatrique ! Par exemple, 90,1% des 1057 enseignants médicaux interrogés ici pense que « la plupart des psychiatres ne sont pas de bons modèles pour les étudiants en médecine ».

L'opinion négative sur les patients psychiatriques est expliquée ici par leur caractère « épuisants sur le plan émotionnel, et inappropriés pour être traités à l'extérieur des établissements spécialisés ou dans les hôpitaux généraux ».

Ces résultats mettent en évidence pourquoi **le recrutement en psychiatrie est problématique** dans de nombreux pays.

Face à ces critiques de la spécialité et de ses soignants, **la sensibilisation à l'auto-stigmatisation et la promotion de l'affirmation de soi** liée à la profession sont des moyens de surmonter la stigmatisation et la discrimination, et de donner des exemples positifs aux étudiants en médecine (58). On peut noter, dans un versant plus porteur d'espoir, que bien que les psychiatres aient signalé des expériences de stigmatisation et de discrimination perçues plus élevées que les médecins généralistes, le degré de gravité du problème a diminué avec le nombre d'années d'expérience professionnelle (59).

En 2015, un article issu d'une thèse a étudié le point de vue des internes de toutes spécialités confondues sur les internes de psychiatrie (30,60). Pour rappel, un interne est un étudiant en médecine entre la 7^e et la 9^e, 10^e, ou 11^e année d'étude selon sa spécialité, qui a un statut de médecin pouvant prescrire, chaperonné par des praticiens hospitaliers. Cette étude, qui a questionné 1296 internes français, a montré que « parmi les internes toutes spécialités confondues, près de **60 % pensent que l'interne de psychiatrie a probablement des antécédents personnels psychiatriques et qu'il est bizarre**, plus de 40 % pensent que les internes de psychiatrie ne sont plus médecins, plus du tiers d'entre eux pensent que les internes de psychiatrie sont des « tire-au-flanc », et un peu plus de 30 % pensent qu'un interne de psychiatrie a raté les ECN [le concours de l'internat en fin de 6^e année] et devrait « mal finir » car la psychiatrie est « contagieuse ». La figure qui suit, issue de cet article, illustre la fréquence de différents avis sur les internes de psychiatrie en France :



Les clichés anciens persistent : « *il faut être fou pour s'occuper des fous* », ou encore « *s'occuper des fous rend fou* ». Pourtant, les caractéristiques étudiées des internes de psychiatrie, par rapport aux autres internes, mettent à mal certaines idées reçues : « les internes de psychiatrie ne présentent significativement pas plus d'antécédents personnels psychiatriques que leurs confrères », et « ne déclarent pas prendre plus de traitement psychotrope, ni à la demande, ni au long cours ». Ils ne choisissent pas la psychiatrie par défaut ou par échec, et ont même « significativement plus choisi leur spécialité à l'ECN que leurs confrères » !

Enfin, les infirmiers des services de psychiatrie aussi sont victimes de stigmatisation : un article a étudié les représentations de l'infirmier en psychiatrie chez 44 infirmiers et cadres de santé. Elles sont « défavorables chez tous les soignants, avec une perception comme **générateur de perte de savoir technique, renvoyant à la violence**, et avec une **charge de travail moindre** » (61). L'infirmier

qui choisit la psychiatrie deviendrait donc un infirmier un peu flemmard, moins compétent, et plus violent.

Pour conclure ce paragraphe, force est de constater que les PVTP ne sont pas les seules touchées par la stigmatisation et la discrimination : **la discipline en elle-même est montrée du doigt, ainsi que l'ensemble de ses professionnels de santé, dès leurs études.** Pourtant, nous allons voir que les professionnels de la santé mentale sont également vecteurs de stigmatisation.

d) Les professionnels de la santé en première ligne.

Les professionnels de la santé sont confrontés à beaucoup de souffrance, c'est le cœur du métier, qu'elle soit en face d'eux, chez les personnes qu'ils soignent, ou en eux. Nous allons voir ici qu'ils engendrent parfois aussi de la souffrance, ce qui peut paraître surprenant et intolérable de la part de « soignants » censés réduire cette souffrance. C'est pourtant une réalité dont il faut se préoccuper.

i. Vecteurs de stigmatisation

Les étudiants en médecine, au moment de devenir docteur, prêtent le serment d'Hippocrate et réaffirment leur allégeance au code de Déontologie médicale. En voici quelques passages (62) : « Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, **sans aucune discrimination** selon leur état ou leurs convictions » (Serment d'Hippocrate), « le médecin, au service de l'individu et de la santé publique, exerce sa mission dans le **respect** de la vie humaine, **de la personne et de sa dignité** » (article r.4127-2 du Code de Santé Publique), « le médecin doit écouter, examiner, conseiller ou soigner **avec la même conscience toutes les**

personnes quels que soient leur origine, leurs mœurs et leur situation de famille, leur appartenance ou leur non-appartenance à une ethnie, une nation ou une religion déterminée, **leur handicap ou leur état de santé**, leur réputation **ou les sentiments qu'il peut éprouver à leur égard**. Il doit leur apporter son concours en toutes circonstances. Il **ne doit jamais se départir d'une attitude correcte et attentive** envers la personne examinée » (article r.4127-7 du Code de Santé Publique).

Dans la partie concernant la France de l'étude internationale INDIGO (37), quasiment la moitié (46 %, dont 25 % « beaucoup ») des participants (vivant avec une schizophrénie) interviewés ressentent « un sentiment de non-respect, d'humiliation et/ou d'injustice à cause de (leurs) contacts **avec des équipes de santé mentale** », qui comprend le vécu stigmatisant du public de par leur contact avec ses équipes, mais aussi le stigma de ces équipes envers eux !

En 2003 déjà, lors de focus groupes ayant interrogé 83 personnes (25 patients, 31 membres des familles et 27 professionnels de la santé mentale), il ressortait que « la stigmatisation associée aux soins de santé mentale représentait **le quart de toutes les expériences stigmatisantes signalées**. Les personnes se sentaient stigmatisées par le **manque d'intérêt** perçu des professionnels de la santé pour eux en tant que personnes, le **mauvais pronostic** avec lequel leurs diagnostics étaient annoncés, et **l'utilisation cavalière de médicaments** qui avaient des effets secondaires socialement importants (comme le gain de poids), qui compliquaient leurs interactions sociales et réduisaient leur estime de soi. Ils se sentaient **réduits à leurs handicaps** liés à la maladie et étaient **découragés** par des messages explicites et cachés selon lesquels ils seraient malades pour le reste de leur vie ou pourraient se suicider » (63).

Corrigan et ses collègues, dans une étude de 2014 sur 166 professionnels de santé (infirmiers, médecins, psychologues) des Vétérans Américains (dont 57,8% en santé mentale), a mesuré leur adhésion aux croyances stigmatisantes, puis l'impact de ces croyances sur le soin apporté. L'adhésion aux préjugés sur la maladie mentale des professionnels de santé semble inversement liée à une expérience personnelle antérieure de la maladie mentale et des services de soins en santé mentale. L'étude a montré que **les participants qui adhéraient le plus aux croyances stigmatisantes concernant le patient étaient plus susceptibles de croire qu'il n'adhérerait pas au traitement et donc, moins susceptibles de l'orienter chez un spécialiste ou de renouveler son ordonnance**, alors que ces participants avaient déclaré être à l'aise avec les interventions effectuées antérieurement face à un problème de santé mentale (64). Les participants étaient ici confrontés à un homme, vivant avec une schizophrénie, en demande d'aide pour une douleur lombaire due à de l'arthrite.

Une autre étude (65) chez des médecins généralistes américains a montré que quand un patient avait des antécédents de dépression ou de plaintes somatiques, les médecins étaient moins prompts à croire que le patient avait une maladie sérieuse quand il se plaignait de céphalées (maux de tête) importantes ou de douleurs abdominales. Ils étaient également moins susceptibles de demander une exploration paraclinique. Les chercheurs concluent que **les antécédents psychiatriques ont une influence sur l'estimation par les médecins de la présence de la maladie et de la volonté à demander des examens complémentaires**. Cela occasionne une **perte de chance totalement discriminatoire** pour les PVTP.

Ces 2 études illustrent bien que les professionnels de santé sont à la fois **porteurs de représentations stigmatisantes et de comportements discriminants** envers les PVTP.

En France en 2014, Dumesnil et ses collaborateurs ont étudié la prise en charge de la dépression en médecine générale de ville. Leurs résultats « soulèvent l'hypothèse selon laquelle les représentations du médecin généraliste sur les psychothérapies et/ou les patients (...) contribuent à ces inégalités » d'accès aux psychothérapies (66).

Les infirmiers présentent également des attitudes négatives envers la santé mentale : « Les infirmières des services d'urgence et celles des unités de soins intensifs (...) ont exprimé l'opinion que **s'occuper des problèmes de santé mentale ne faisait pas partie de leur travail ou qu'elles avaient mieux à faire** avec leur temps ». Même les infirmiers spécialisés dans le milieu présentent des attitudes discriminantes : « Les infirmières en santé mentale (...) ont également fait preuve d'attitudes préjudiciables et d'un traitement discriminatoire, en particulier envers les patients atteints d'un trouble de la personnalité limite, qui étaient considérés comme étant **difficiles, ennuyeux, manipulateurs**, à la recherche d'attention et **gaspilleurs** de temps » (67).

En 2006, une enquête téléphonique a interrogé 1073 professionnels en santé mentale. Il en est ressorti que « les psychiatres avaient des points de vue plus stigmatisants que les autres groupes professionnels (psychologues, infirmières ou autres thérapeutes). De plus, les psychiatres étaient plus susceptibles de considérer les personnes atteintes d'une maladie mentale comme étant dangereuses, moins compétentes et plus dérangeantes sur le plan social » (68). Les auteurs ajoutaient que « ni le type de service, ni l'expérience professionnelle, ni les horaires de travail

n'ont d'effet sur les attitudes stéréotypées », illustrant l'enracinement profond de ces attitudes. Ces résultats, comme le disent les auteurs, « doivent influencer l'éducation et la formation en santé mentale. Les professionnels doivent être conscients de leurs sentiments stigmatisants ».

Une étude qualitative de 2005 a examiné les récits de quinze adultes quant à la façon dont ils se sont rétablis d'un trouble psychiatrique grave. Les participants ont signalé que « de nombreux professionnels en santé mentale leur avaient dit qu'ils ne se rétabliraient jamais, n'auraient jamais un emploi régulier, ne termineraient pas leurs études, ne participeraient pas à des activités stimulantes et ne deviendraient pas parents » (69).

L'espoir censé être porté par les professionnels de santé est ici totalement absent : ces affirmations et croyances pessimistes sont enfermantes, et destructrices de projets de vie, donc de réalisation personnelle. Plutôt que de soutenir les personnes dans leurs projets, en prenant en compte leur vulnérabilité, **on leur ferme la porte d'éventuels projets et espoirs.**

« Les obstacles au rétablissement comprenaient les **systèmes de traitement paternaliste et coercitif**, [et] les **professionnels indifférents** ». A l'inverse, l'existence de relations de soutien a été identifiée comme facilitateur du rétablissement. Les personnes concernées, ayant vécu ici un parcours de rétablissement, **désignent ainsi les pratiques des professionnels de santé et des services de soin à leur égard.**

De nombreuses personnes atteintes de trouble psychique déclarent que le personnel de santé, mentale et physique, est une **source importante de stigmatisation et de discrimination**, et ce dans de nombreux pays à travers le monde (70). Cet article de 2016 dirigé par Graham Thornicroft, publié dans la célèbre

revue médicale du Lancet, affirme également que « lorsqu'on demande aux personnes atteintes de maladie mentale si elles ressentent que la stigmatisation parmi le personnel de soins de santé diminue au fil du temps, elles répondent habituellement par la négative ».

Le temps, et ce malgré les études et appels répétés de ces dernières années, **ne semble pas améliorer les attitudes stigmatisantes des professionnels de santé.**

Citons également une étude de 2017 ayant exploré l'expérience des équipes de liaison en psychiatrie (se déplaçant dans divers services hospitaliers). Parmi les sujets de préoccupation impactant la qualité des soins aux patients ayant pour comorbidité (diagnostic associé) un trouble psychique, ils mentionnent : "le **diagnostic éclipsant**" (fait d'attribuer toutes les plaintes au trouble mental), "une **mauvaise communication avec le patient**", "la **dignité du patient non respectée**" et "le **retard dans l'investigation ou le traitement** " (71). On trouve ici des pratiques désignées qui sont très discriminantes et qui entravent des soins de qualité.

Onze facteurs contributifs ont été identifiés, les deux plus fréquemment mentionnés étaient "les **attitudes stigmatisantes du personnel** à l'égard des patients atteints d'une maladie mentale co-morbide" et "les diagnostics complexes". Nous reviendrons sur cette idée de « diagnostics complexes », mais force est de constater que c'est encore la stigmatisation, et par les soignants eux-mêmes, qui entraîne une moins bonne prise en charge. Il a été souligné qu'il incombe à la fois au personnel général de l'hôpital et au personnel de liaison d'améliorer les soins : chacun doit être acteur, même les personnes concernées, nous y reviendrons dans la deuxième partie.

Rappelons qu'une distance soi-disant « thérapeutique » (délimitée par le savoir) pour se protéger d'une « contamination » du stigmaté ou des symptômes, censée assurer la sécurité psychique de l'intervenant, peut également être stigmatisante et discriminante (39,72).

Une recherche, dirigée par Corker, a évalué, entre 2008 et 2014, le programme anglais de lutte contre la discrimination des PVTP appelé « Time to change » (73). Le tableau récapitulatif ci-dessous, résumé le « top 10 » des domaines de vie où les PVTP ont rencontré des discriminations, et leur évolution entre 2008 et 2014. En vert dans la colonne de droite, ce sont les évolutions significatives (toujours dans le sens d'une diminution des discriminations). En rouge on voit la présence des équipes de santé et leur évolution non significative.

2008	2014
1 Etre évité (57.9%)	1 Etre évité (47.2%) (-10.7%) Signif
2 Amis (53.3%)	2 Famille (43.3%) (-9.8%) Signif
3 Famille (53.1%)	3 Amis (39.7%) (-13.6%) Signif
4 Vie sociale (43.2%)	4 Equipes de santé mentale (31.6%) (-2.7%)
5 Equipes de santé mentale (34.3%)	5 Vie sociale (29.6%) (-13.6%) Signif
6 Vie amoureuse (30.9%)	6 Equipes de santé physique (28.0%) (-1.6%)
7 Equipes de santé physique (29.6%)	7 Avantages, allocations (23.4%) (+4.4%)
8 Voisins (25.3%)	8 Voisins (20.0%) (-5.1%) Signif
9 Trouver un emploi (24.2%)	9 Sécurité (18.2%) (-1.4%)
10 Vie privée, intimité (21.6%)	10 Garder son emploi (15.6%) (-1.3%)

On observe 2 choses principales :

- Concernant les discriminations au contact des équipes de santé (mentale ou physique), elles sont dans le top 7, et gagnent une place dans la deuxième évaluation. Il n'y a pas de différence significative pour ces deux domaines contrairement aux nombreux autres, ce qui indique

l'enracinement de ces pratiques, et la difficulté à les améliorer. De manière surprenante, les conduites discriminantes semblent bien mieux évoluer chez les familles, les amis, dans la vie sociale et l'évitement social ressenti, même par les voisins !

- Plus positif : le programme grand public contre les discriminations en santé mentale semble avoir un impact !

Avant de clore ce paragraphe, soulignons que ce qu'on appelle le discours médical scientifique, qui catégorise, selon des symptômes et diagnostics, entre « normal et pathologique », se charge de valeurs « propres à notre représentation culturelle de la santé, quand il passe dans le monde social » (72). Il convient alors **d'être très attentif aux termes utilisés**, à leur explication, et à leur compréhension par les PVTP et leurs proches, sans oublier de transmettre l'espoir.

Pour terminer sur une note plus optimiste et ouvrir sur la suite, les professionnels de santé peuvent aussi être **vecteurs de lutte** contre la stigmatisation.

En 2014, Patrick Corrigan affirme que « les programmes [anti-stigmatisation] destinés aux professionnels de la santé mentale peuvent être particulièrement fructueux pour promouvoir l'engagement dans les soins » (53). Reste à mettre en place ces programmes, objet de la deuxième partie de ce travail. Dans le même sens, on pouvait lire en 2012 que « les professionnels de la santé mentale **peuvent être des partenaires solides dans les initiatives de lutte contre la stigmatisation** et peuvent plaider en faveur d'un traitement équitable pour les personnes atteintes d'une maladie mentale, tant au sein du système de santé qu'au niveau sociétal plus large » (26).

ii. La santé mentale des professionnels de santé

Voyons maintenant les pressions et les impacts subis par les professionnels de santé, les menant peut-être parfois à délaissé leurs attitudes professionnelles soignantes au profit de représentations stigmatisantes et de comportements discriminants.

François Richou, chef de projets à l'Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements sanitaires et médico-sociaux (ANAP), fait le constat dans un article français de 2015 sur la bientraitance et la performance dans les services de soins (74), que « les soignants se trouvent parfois pris en tenaille entre les soins à prodiguer à leurs patients, qui demandent concentration et temps, et le nombre de patients à accueillir, toujours plus important », ainsi que leurs proches. « Une rupture entre le soignant et le soigné et ses accompagnants peut alors survenir, **situation épuisante et décourageante pour les équipes hospitalières** ». Ce constat amène les soignants et leurs cadres à « s'interroger sur le sens de leur travail au quotidien et sur leurs pratiques organisationnelles, ajustées régulièrement pour répondre à l'exigence de **performance** », et ceci « sans atteindre parfois l'objectif de bientraitance qu'ils se sont fixés ».

En 2014, Jean-Luc Gallais, médecin généraliste, fait également ce constat : « la multiplication des études sur le syndrome d'**épuisement professionnel** (burn-out) dans de nombreux métiers de l'aide est le reflet de la souffrance au travail. Le retour sur investissement relationnel et émotionnel dans le métier de soignant est perçu et vécu de façon très variable » (75). « Une certaine forme de **lassitude** et de **découragement** est ressentie par beaucoup d'intervenants (...) provoquant ainsi un **sentiment d'impuissance** qui perce parfois dans le discours des professionnels qui peuvent alors sembler attribuer la responsabilité exclusive de l'échec de la prise en

charge au patient » (72), ce qui est une protection stigmatisante : « *si vous preniez bien vos médicaments, vous ne seriez pas dans cet état, si vous ne voulez pas être aidé ça ne sert à rien qu'on se voit !* ».

⇒ D'emblée, il semble inévitable de constater que le système de soins actuel et son évolution ne vont pas dans le sens d'une meilleure qualité de vie au travail parmi les professionnels de santé, notamment à cause d'une **perte de sens** quant aux tâches confiées, et d'une incompréhension de leur rôle dans une organisation plus large (institutionnelle et politique). La crise de la fonction publique s'inscrit dans cette problématique.

Intéressons-nous à la santé des soignants.

En 2016, le Conseil National de l'Ordre des médecins a réalisé une enquête sur la santé des étudiants et jeunes médecins (76). Parmi les 8000 participants, près d'un quart (24,2%) évalue leur état de santé comme étant moyen ou mauvais, ce chiffre passant à 30,8% en second cycle (soit presque 1 sur 3). De plus, 14% déclarent avoir déjà eu des idées suicidaires (soit environ 1 sur 7). A noter que les étudiants et jeunes médecins s'occupent peu de leur santé : « seuls 36% des étudiants ou jeunes médecins ont rencontré la médecine du travail ou la médecine universitaire au cours des deux dernières années », et 68% n'avaient pas consulté de médecins généralistes au cours des douze derniers mois.

En 2017, un autre état des lieux de la santé mentale des jeunes et futurs médecins a été réalisé dans une grande enquête nationale coordonnée par les structures représentatives des jeunes et futurs médecins (77). Ils ont obtenu 21768 réponses, qui montrent des résultats allant dans le sens des études précédentes, toujours aussi choquants. L'étude retrouve les prévalences suivantes (78):

- 66% de symptômes anxieux, soit 2,5 fois plus que la population générale.

- 27% de symptômes dépressifs, soit 2,7 fois plus que la population générale.
- **24% d'idées suicidaires, soit 5,9 fois plus que la population générale.**

⇒ Ces chiffres alarmants témoignent donc de la souffrance des professionnels de santé dès leur formation. Comment les futurs chefs d'équipe peuvent-ils diriger un service si eux-mêmes sont en mauvaise santé mentale ?

C'est pourquoi les organisations d'étudiants en médecine comme l'ANEMF (Association Nationale des Etudiants en Médecine de France) a fait de « l'humanisation de la formation médicale l'un des piliers du bien-être des étudiants en médecine », en lançant une campagne « bien-être 2018 » (79).

Un travail de thèse, en 2016, a étudié une cohorte de 312 étudiants en médecine déjà suivis trois ans auparavant, quand ils étaient en troisième année. L'auteur y mesurait l'évolution de leur état de santé et a montré que « l'impression de mauvaise santé mentale a augmenté de 8% (27) à 22% (67) ($p = 4,5 \times 10^{-7}$) » (80). La même thèse a été réalisée sur une autre cohorte en 2017 (81), montrant une évolution similaire : « l'impression de mauvaise santé mentale a augmenté de 9% (42) à 21% (42) ($p < 0,0001$) ».

Pour terminer, **la stigmatisation impacte les professionnels en santé mentale pour leur propre santé mentale**. En effet, ils sont plus préoccupés que d'autres groupes par la divulgation (et donc la confidentialité) de leurs troubles psychiques, ainsi que par le jugement social négatif associé, ce qui constitue une barrière à leur propres accès aux soins (54).

Un mémoire de 2017 sur les perceptions des intervenants en santé mentale en contexte de recherche de soins pour eux-mêmes, affirme dans sa conclusion que « Un intervenant doit se montrer compétent à gérer des difficultés d'ordre personnel

et professionnel, sinon il est porté à se juger et créer un phénomène d'auto stigmatisation qui lui fait vivre plusieurs tensions » (82).

L'inverse est vrai aussi, il a été mis en évidence des « **relations significatives entre l'épuisement professionnel (burn-out) de l'équipe et la satisfaction des patients** » (83). La composante émotionnelle de l'épuisement professionnel (qui, selon cette étude, semble en être la dimension clé) a « la relation la plus claire avec la satisfaction du client ». Autrement dit, les conduites émotionnelles liées à l'épuisement professionnel sont en lien avec une moins bonne satisfaction de la personne soignée.

En 2006, Lauber et ses collègues réaffirmaient aussi que « le travail en santé mental est souvent lourd et épuisant », et que « la littérature sur l'épuisement professionnel est rare, ce qui exige des recherches plus poussées » (68).

Une autre étude de 2004 va dans ce sens : « Les programmes conçus pour **réduire les attitudes stigmatisantes** pourraient donc être **bénéfiques pour les thérapeutes et l'épuisement professionnel** qu'ils connaissent couramment » (84).

Casalino, dans un article de 2015 sur les services d'urgence français, pointe le phénomène d'engorgement des urgences, qui affecte les personnels, « dégrade les conditions de travail et augmente le risque de burn-out » (85). Parmi ses conséquences, l'auteur note « la stigmatisation de certains usagers des urgences ». Ils identifient que « les patients les plus fragiles étaient souvent confrontés à la maltraitance, en particulier les patients (...) suicidaires, les sujets alcoolisés, (...), les patients précaires ».

Cet article est un exemple parlant : **des conditions de travail stressantes peuvent mener à stigmatiser les personnes soignées, allant jusqu'à des conduites discriminantes de maltraitance envers certaines populations.** C'est

ce que valide également Marie Absil, philosophe intervenant dans un centre de santé mentale en Belgique : « le stress et la fatigue, ou encore un certain désenchantement par rapport à sa profession, peuvent faire ressurgir des stéréotypes dans les discours » (72).

Il faut donc **prendre en compte l'épuisement émotionnel et professionnel** des soignants, **ainsi que les facteurs anxiogènes pour les équipes** soignantes, afin d'améliorer les soins en réduisant les attitudes stigmatisantes.

Passons à la deuxième moitié de ce travail, et voyons comment, en pratique, il est possible d'agir sur les phénomènes de stigmatisation et de discrimination, et leurs conséquences multiples que nous venons de détailler en première partie.

II) **Aspects pratiques : où agir, et comment ?**

Cette seconde partie est dédiée aux actions visant à réduire la stigmatisation et la discrimination. Nous aborderons d'abord le contexte de la formation médicale, afin de repérer des cibles d'action précoce. Nous illustrerons cela par une étude internationale actuellement en cours à laquelle nous avons participé.

Puis, nous passerons en revue différents niveaux d'actions avec des exemples concrets et des recommandations : dans les stages, dans les pratiques, dans l'abord des « troubles complexes » et du vécu des soignants, et concernant des projets, notamment associatifs, ciblant des populations plus ciblées lors d'évènements plus ponctuels.

a) **La formation des étudiants en médecine**

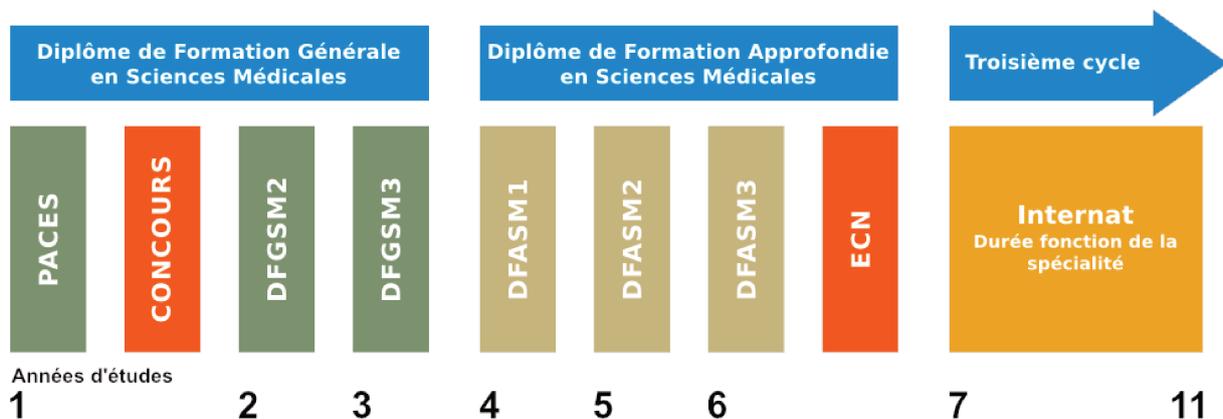
En tant que futurs leaders d'équipe, les étudiants en médecine constituent une cible prioritaire des actions anti-stigmatisation. L'idée est de pouvoir les sensibiliser aux problématiques de stigmatisation en santé mentale, pour que plus tard, les pratiques et soignants de leurs services, ainsi que leur pratique propre, le soient ensuite. Cela a du sens également pour ceux qui auront une pratique libérale, et particulièrement en médecine générale : si les personnes concernées par un trouble psychique se sentent stigmatisées dès l'entrée dans le système de soins (le généraliste), cela risque de se répercuter sur tout le reste de la prise en charge avec des conséquences nombreuses.

Mais voyons d'abord comment on aborde la « psy », pour englober tous les concepts que ce diminutif contient, en faculté de médecine.

i. Place de la « psy » en faculté de médecine

« *La stigmatisation on n'en parle pas, ça nous concerne* »

Commençons par un état des lieux de la formation médicale. Elle est divisée désormais en une Première Année Commune aux Etudes de Santé (**PACES**) - permettant d'accéder aux cursus de médecine, de chirurgie dentaire, de pharmacie, de sage-femme et de masso-kinésithérapie - puis de 2 années de Diplôme de Formation Générale en Sciences Médicales (DFGSM) suivies de 3 années de Diplôme de Formation Approfondie en Sciences Médicales (DFASM). On appelle communément ces 3 années de DFASM « **l'externat** », période où les stages cliniques, pratiques, deviennent réguliers. A la fin du DFASM3, les étudiants passent l'Examen Classant National (ECN), qui les amènera à choisir, selon leur classement, une spécialité et une région pour faire leur internat qui durera de 3 à 5 ans. Le schéma ci-dessous résume le parcours des études médicales :



Concentrons-nous sur la formation en santé mentale. Durant ces premiers cycles, on trouve quelques cours de sciences Humaines et Sociales (SHS), désormais appelés « Santé - Société - Humanité » (SSH) à Lille, qui comprennent de la « **psychologie médicale** ».

La psychologie médicale, c'est l'approche des **aspects psychologiques, personnels et interpersonnels, en relation avec la maladie**. Elle correspond à

l'étude de tout ce qui relève de la psyché dans la relation médicale : le fonctionnement mental **du malade**, le fonctionnement mental **du médecin et des soignants**, et la **représentation de la maladie**. L'objectif est de prendre conscience et connaissance de l'intérêt des aspects psychologiques dans la pratique médicale quotidienne : comment la maladie « fait sens » dans l'histoire de vie d'un individu, en quoi la maladie altère ses idéaux propres, et **quels effets psychiques ont la maladie mais aussi les attitudes des soignants**, voire de l'entourage de la personne (86). A noter que **la psychologie médicale n'est pas l'apanage des psychiatres**, dans la pratique comme dans l'enseignement d'ailleurs.

Arrêtons-nous sur les différentes modalités de formations et leur évolution durant ces années d'étude, avec l'exemple de la faculté de médecine de Lille durant les années universitaires 2016-2017 et 2017-2018.

En DFGSM2, c'est l'enseignement théorique (ET) « **santé - société - humanité** » (SSH) qui regroupe la psychologie médicale et d'autres sujets (littérature et médecine, éthique, Histoire de la médecine). La psychologie médicale représente **4 heures de cours sur 20 heures au total**. Le coefficient de tout l'ET est de 3, faible par rapport à l'ET « Agents infectieux » (coefficient de 4), l'enseignement intégré (EI) « système cardio-vasculaire » (coefficient à 7), l'EI « appareil locomoteur » (coefficient à 6) ou l'EI « hormonologie-endocrinologie-reproduction » (coefficient à 8 !).

A noter aussi qu'en DFGSM2, dans les 16 heures de l'ET « sémiologie générale », on retrouve les sémiologies neurologique, digestive, cardiovasculaire, traumatique, gynécologique, pulmonaire, urologique, ostéo-articulaire, médico-légale (du vivant et du cadavre), du sujet âgé et de l'enfant, mais **pas de sémiologie psychiatrique**, pourtant si riche, et parfois perçue opaque et complexe (87).

Pour terminer avec la 2^e année, il est important de signaler qu'antérieurement il y avait 20h de psychologie médicale pour tous les étudiants, au lieu des 4 restantes. L'enseignement à choix libre (ECL, correspondant à une option) « psychologie médicale » dispense désormais 32h de cours, traitant de sujets comme l'attachement, la parentalité, la maltraitance, le patient agressif, l'annonce d'une mauvaise nouvelle, le deuil, etc. A noter le thème « clinique des équipes soignantes et des médecins » : **rare formation abordant la santé des professionnels de santé !** L'ECL n'a pas d'effectif limité, et peut sembler compenser ce manque d'heures d'enseignement théorique pour tous, mais on imagine facilement qu'on est loin d'avoir toute une promotion qui la choisit (surtout quand sont proposées en parallèle les options sport, musique, théâtre, tutorat, ou vie étudiante...).

En DFGSM3, on retrouve l'ET « SSH », et l'EI « **Système Neurosensoriel et Psychiatrie** » apparaît. Le coefficient de ce dernier est élevé, à 7. Mais dans cet EI, on retrouve en tout **12h (sur 76** pour l'EI entière, soit 16% des cours) autour de la psychiatrie : 4h sur « émotion et névrose » (dont 1h de physiologie du système limbique et 3h de sémiologie « névrotique et pédopsychiatrique »), 4 sur les « troubles de l'humeur » (sémiologie, physiopathologie et pharmacologie des troubles de l'humeur, et pathologies développementales), et 4 sur « psychose et addiction » (sémiologie et physiopathologie des troubles psychotiques, sémiologie des addictions et pharmacologie de l'addiction et des troubles psychotiques).

Un professeur rencontré a avancé une valence anti-stigmatisation à ces cours, en abordant les maladies de manière neurobiologique, avec notamment le modèle de vulnérabilité. Malgré une certaine logique a priori, Matthias Angermeyer et son

équipe ont montré dans une revue systémique de littérature en 2011 qu'en matière de déstigmatisation, la médicalisation n'est pas une méthode très efficace : « les modèles de causalité biogénétique sont un moyen inapproprié de réduire le rejet des personnes atteintes de maladie mentale » (88).

Pour revenir au programme de troisième année, signalons 4h sur « sommeil et vigilance », où les psychiatres ne semblent pas intervenir. On trouve également deux séances d'initiation au raisonnement clinique (IRC), soit 2h30 (sur un total de 10h15 d'IRC), sur le « système neurosensoriel ».

L'ET « SSH » aborde la médecine légale, des heures de littérature médicale, et les « thérapies complémentaires alternatives » (homéopathie, acupuncture, ostéopathie...) sans aborder, a priori, les psychothérapies. **Uniquement une heure sur l'empathie** a lieu, qui semble plébiscitée par les étudiants.

En DFASM1, il n'est pas relevé d'enseignement de psychiatrie, sauf dans une option, l'ECL « **Psychologie et Neurobiologie** ». Elle a « pour objectif de donner aux futurs médecins des notions nécessaires à la compréhension des liens entre le cerveau, la pensée, le comportement et l'environnement ». Il y a les 10 séances de 3h listées ci-dessous :

1. Introduction : Soma-Psyché : évolution des idées.
2. Développement psychologique et maturation cérébrale.
3. Addictions1 Neurobiologie du plaisir et de la dépendance.
4. Addiction 2, Paradis et Enfers artificiels.
5. Addiction 3 ; Les troubles des conduites alimentaires.
6. De la peur aux psychotraumatismes.
7. Approches sociologiques et biologiques des conduites suicidaires.
8. Violence et Agressivité.
9. Hallucination Délire et Illusion.
10. Interactions Gènes – Environnement.

En DFASM2 est abordé le module « psychiatrie » pour le concours de l'ECN. Tous les items au programme officiel sont à travailler en amont de 4 enseignements dirigés de 4 heures, réalisés sous forme de rappels de cours et de cas cliniques, appréciés par les étudiants. Un séminaire théorique, magistral, de 4h, est aussi proposé.

Les items de psychiatrie, selon le référentiel officiel du Collège National des Universitaires en Psychiatrie (CNU), sont résumés ci-dessous :

GÉNÉRALITÉS

- Item 59 – Connaître les bases des classifications des troubles mentaux de l'enfant à la personne âgée.....
- Item 58 – Connaître les facteurs de risque, prévention, dépistage des troubles psychiques de l'enfant à la personne âgée.....
- Item 01 – La relation médecin-malade.....
- Item 60 – Décrire l'organisation de l'offre de soins en psychiatrie, de l'enfant à la personne âgée.....

SITUATIONS D'URGENCE

- Item 346 – Agitation et délire aigus.....
- Item 347 – Crise d'angoisse aiguë et attaque de panique.....
- Item 348 – Risque et conduite suicidaires chez l'enfant, l'adolescent et l'adulte : identification et prise en charge.....

ADDICTOLOGIE

- Introduction
- Item 73 – Addiction au tabac.....
- Item 74 – Addiction à l'alcool.....
- Item 75 – Addiction aux médicaments psychotropes (benzodiazépines et.....
- Item 76 – Addiction au cannabis, à la cocaïne, aux amphétamines, aux opiacés, aux drogues de synthèse.....
- Item 77 – Addictions comportementales.....
- Item 78 – Dopage.....

THÉRAPEUTIQUES

- Item 11 – Soins psychiatriques sans consentement.....
- Item 71 – Différents types de techniques psychothérapeutiques.....
- Item 72 – Prescription et surveillance des psychotropes.....
- Item 117 – Le handicap psychique.....
- Item 135 – Douleur en santé mentale.....

SITUATIONS À RISQUE SPÉCIFIQUES

- Item 57 – Sujets en situation de précarité.....
- Item 67 – Troubles psychiques de la grossesse et du post-partum.....
- Item 68 – Troubles psychiques du sujet âgé.....
- Item 141 – Deuil normal et pathologique.....

TROUBLES PSYCHIATRIQUES À TOUS LES ÂGES

TROUBLES PSYCHOTIQUES

- Item 61 – Trouble schizophrénique de l'adolescent et de l'adulte.....
- Item 63 – Trouble délirant persistant.....

TROUBLES DE L'HUMEUR

- Item 64a – Trouble dépressif de l'adolescent et de l'adulte.....
- Item 62 – Trouble bipolaire de l'adolescent et de l'adulte.....

TROUBLES ANXIEUX

- Item 64b – Trouble anxieux généralisé.....
- Item 64c – Trouble panique.....
- Item 64d – Trouble phobique.....
- Item 64e – Trouble obsessionnel compulsif.....
- Item 64f – État de stress post-traumatique.....
- Item 64g – Trouble de l'adaptation.....

AUTRES TROUBLES

- Item 64h – Trouble de personnalité.....
- Item 70 – Troubles somatoformes à tous les âges.....
- Item 56 – Sexualité normale et ses troubles.....
- Item 108 – Troubles du sommeil de l'enfant et de l'adulte.....

TROUBLES PSYCHIATRIQUES SPÉCIFIQUES DE L'ENFANT ET L'ADOLESCENT

- Item 53 – Développement psychomoteur du nourrisson et de l'enfant : aspects normaux et pathologiques.....
- Item 65 – Troubles envahissants du développement.....
- Item 66 – Troubles du comportement de l'adolescent.....
- Item 69 – Troubles des conduites alimentaires chez l'adolescent et l'adulte.....

Enfin, en DFASM3 ont lieu des « best-of psychiatriques » (rappels de notions clés), un en pédopsychiatrie et l'autre en psychiatrie adulte, afin de synthétiser le programme en notions clés pour préparer l'ECN.

Par la suite, lors des Diplômes d'Etudes Spécialisées (DES ou « internat »), des interventions ponctuelles sont parfois proposées (notamment en médecine générale où il y a un enseignement dirigé de psychiatrie et un d'addictologie).

Enfin, tout au long des études, les étudiants ont la possibilité de faire un master complémentaire, comme le master 1 « recherche en neurosciences, psychologie expérimentale » proposé à Lille.

L'ANEMF a réalisé une enquête en 2018 sur un peu plus de 2000 étudiants entre la 2^e et la 6^e année de médecine, leur demandant « de quoi les cours de « sciences humaines et sociales » (ou « Santé société humanité ») enseignés en médecine devraient se rapprocher ». Dans l'ordre, les participants plébiscitent dans le top 3 :

- L' « éthique » à 86%
- La « **psychologie** » à 82%
- La « **science de la communication** » à 57%

Notons qu'en 4^e arrive « pédagogie et sciences de l'éducation » (48%).

Dans un deuxième sondage concernant les sujets qu'ils aimeraient voir aborder en éthique, on retrouve :

- En 1^{er} : la « **communication** auprès du patient et de ses proches » plébiscitée par 80% des participants.
- En 4^e position : « les interactions avec les personnes à profil particulier (personnes porteuses de handicap, enfants, victimes de violence) » (73%).

- Et en 5^e position ex aequo : « l'approche du patient » et « **la gestion de l'équipe** » avec 71,1% chacun.

Les étudiants en médecine de France (avant l'internat) plébiscitent donc largement la psychologie médicale, et souhaitent également étudier la « science de la communication » que ce soit avec le patient, ses proches mais aussi au sein des équipes de soignants. Ils soulignent le besoin d'approfondir également les interactions avec les « personnes à profil particulier », notamment porteur de handicap psychique.

Cette même enquête sur « l'enseignement et l'évaluation des SHS dans la formation médicale » a montré d'autres résultats intéressants : « les étudiants considèrent que **l'enseignement délivré à l'UFR** (Unité de Formation et de Recherche, soit la faculté) **est moyen** (5,1/10) et qu'il a un **impact faible** (4,9/10) **sur la manière dont ils vivent leurs stages**. De même, la forme actuelle proposée dans les UFR paraît en **inadéquation** (3,9/10 pour l'adéquation) **vis-à-vis des situations de soin qu'ils peuvent rencontrer au quotidien** ». Ils ne sont que « 36,9 % à trouver que cela les aide dans leur appréhension de la relation médecin-patient », soit à peine plus d'un tiers.

Au sein de la profession médicale, « ces notions [de psychologie médicale] sont souvent considérées proches de la psychiatrie » (87), même s'il paraît utile qu'elles soient plutôt les **bases d'une culture de la psychologie médicale commune à toutes les spécialités**. Comme le rappelle l'Association pour l'Enseignement de la Sémiologie Psychiatrique (AESP) dans une présentation, « **parler au patient n'est pas réservé aux psychiatres** »...

En effet, la base du soin médical est la **clinique**, c'est-à-dire la **rencontre** « au lit du malade » (du latin *clinice*, « médecine exercée près du lit du malade ») (89). Celle-ci, en plus de passer par l'observation des signes physiques, du corps, du faciès, passe par le recueil de ce qu'on appelle les **plaintes fonctionnelles subjectives** : les douleurs, les difficultés à respirer, à marcher, les troubles de mémoire, de concentration, etc. Ceci exige d'être capable d'établir un lien avec la personne (et parfois ses proches), car il est extrêmement utile de connaître son mode de vie, son environnement, ses habitudes, ses valeurs, etc.

Soigner, c'est aussi être capable **d'empathie**, compétence qui s'acquiert, et dont les étudiants en santé ne sont pas d'emblée parés, contrairement à certaines croyances. L'empathie, c'est la faculté de se mettre à la place de l'autre et de percevoir ce qu'il ressent (90), en gardant une juste distance entre sympathie et antipathie ou encore, de manière plus complexe, un « processus réciproque qui s'établit à un plan infra-subjectif ou infra-personnel, entre les activités psychiques respectives du thérapeute et du patient » (91). Une thèse de 2017 résumait en disant que « l'empathie serait donc un processus à la fois affectif, cognitif et comportemental » (92).

Parfois, l'empathie s'apprend et augmente, et parfois, on entend dire qu'elle diminue au fil du temps, surtout, selon plusieurs études, durant la formation médicale. En effet, une étude Norvégienne de 2014 suggère que l'empathie se dégraderait dans les premières années de médecine du fait du « *hidden curriculum* » qui encourage les étudiants à maintenir une distance entre le patient et eux-mêmes pour « se protéger et rester rationnel dans la prise de décision médicale » (93). Notons que ces auteurs décrivent 5 facteurs influençant l'empathie : « devenir et être

un professionnel, les règles concernant les émotions dans les soins, le contrôle émotionnel, l'importance primordiale des connaissances biomédicales, et le cynisme comme stratégie de *coping* » (pour « faire face »).

L'empathie permet pourtant une véritable rencontre, base des métiers de santé, et particulièrement de la médecine, qui consistent à : **rencontrer** une personne en souffrance, **comprendre** cette souffrance et **essayer de la soulager**.

Marie Michel, dans sa thèse, concluait que « la prolongation de l'enseignement [**Formation à la Relation Thérapeutique**], pourquoi pas sur l'ensemble du cursus du 2e cycle, pourrait être utile pour approfondir le travail de réflexion initié par les groupes type Balint » (92). Une autre thèse, en 2016, concluait à l'instauration d'une « formation à la relation thérapeutique de type Balint à l'université Paris Diderot (...) afin de promouvoir l'enseignement de la relation médecin-malade et nous l'espérons, améliorer le savoir-être et le savoir-faire des étudiants dès leurs premiers contacts avec les patients » (94).

Dans un mémoire de 2017 du Diplôme inter-universitaire de Santé Mentale Communautaire, ayant réuni dans un « focus group » (sorte d'interview d'un groupe) des internes de médecine générale, de psychiatrie, et 3 PVTP, les participants sollicitaient une meilleure formation en « psychologie médicale », qu'ils distinguaient de la psychiatrie en tant que spécialité. Les pistes d'amélioration proposées concernaient la formation initiale et continue, dans l'objectif « **[d']acquérir de meilleures compétences relationnelles et de psychologie médicale, et déstigmatiser la santé mentale** » (95).

En 2014, une équipe de psychiatres français (87) a dressé l'état actuel de la formation à la psychiatrie et à la santé mentale en France. Les auteurs y soutiennent,

après analyse, qu'une réflexion sur un **stage obligatoire en psychiatrie durant les premiers cycles** soit menée, qu'un **enseignement pratique auprès du patient** soit réalisé, compte tenu de la sémiologie complexe et très riche.

Abordons pour finir la maquette de l'internat de médecine générale, où un stage « au contact de problématiques de santé mentale » est préconisé, sans en préciser la teneur ou le contenu. Les internes de médecine générale se plaignent d'être trop souvent affectés au suivi somatique des patients lorsqu'ils sont en stage en psychiatrie. Une étude de 2018, menée par l'Intersyndicat national des internes, corrobore cette demande (96). Parmi les 644 internes de médecine générale en France ayant répondu, concernant l'intégration d'un stage de psychiatrie à la maquette de l'internat médecine générale, « **44,3% sont contre**, 38% pour et 18% ne se prononcent pas ». Cependant, 43,8% des sondés souhaiteraient le voir intégré au Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoires Supervisé (SASPAS), et il faut noter, dans les commentaires, la « vive inquiétude sur la place de l'interne de médecine générale au sein d'un stage hospitalier de psychiatrie : risque de **cantonement de l'interne à un rôle de somaticien plutôt qu'un apprentissage du soin en santé mentale** ».

Cela est souvent constaté : l'interne de médecine générale en stage en psychiatrie se retrouve à gérer la médecine générale des patients, sans apprendre à s'occuper des troubles psychiques, ce qui constitue pourtant l'attente initiale. Les responsables de stage de psychiatrie doivent donc intégrer cette plainte récurrente pour **considérer les internes de médecine générale comme des membres à part entière de l'équipe de santé mentale lorsqu'ils y sont en stage**.

Ils peuvent s'appuyer sur la thèse qu'Elodie Senez-Sergent a réalisée en 2016 sur les objectifs de formation des internes de médecine générale en stage de psychiatrie à Lille. En sont ressortis 12 objectifs à acquérir (97), détaillés en annexe 1.

Nous verrons par la suite (paragraphe « II)b)ii. ») qu'un stage en psychiatrie peut s'avérer tout à fait utile dans la formation médicale.

Ajoutons qu'en plus des formations initiales des étudiants, les formations proposées dans le cadre du Développement Professionnel Continu (DPC) n'apparaissent « pas toujours concordantes avec les attentes des praticiens » (87).

Des axes d'amélioration sont donc identifiés pour la formation initiale, ils permettraient notamment d'améliorer les compétences en psychologie de tous les futurs médecins, de favoriser la coopération de chacun avec les psychiatres et leurs équipes, et surtout, in fine, d'optimiser ainsi la prise en charge des patients.

Pour clôturer ce paragraphe, citons un article de 2014 qui concluait un résultat problématique concernant la formation des généralistes, suggérant que leurs pratiques, en santé mentale, sont « davantage guidées par l'expérience subjective que par des critères techniques et médicaux », et posait également la question de « l'efficience des formations initiale et continue (...) dans la façon dont elles sont actuellement conçues » (66).

ii. De nouvelles perspectives pédagogiques

Suite au paragraphe précédent, assez alarmant, discutons maintenant des solutions possibles pour améliorer la formation médicale.

Nous allons nous concentrer sur deux grandes évolutions pédagogiques en cours en médecine : le rôle des « patients-experts », et l'enseignement par la simulation.

Commençons par la méthode pédagogique de la simulation en santé. Depuis une vingtaine d'années, on voit fleurir des centres de simulation pédagogique dans les écoles de médecine. Le leitmotiv principal de cette évolution a été que la « première fois » (concernant un geste technique, ou des situations complexes comme l'annonce d'une mauvaise nouvelle à un patient) d'un apprenant ne doit pas se faire directement sur une personne, sur un « vrai » patient, et ainsi diminuer les dommages ou décès dus à des erreurs médicales (98).

La simulation est un « mode d'**enseignement de savoir-être et d'habiletés, répétable et reproductible**, utilisé dans des tâches pour lesquelles un apprentissage direct s'avère impossible », pour des raisons de sécurité, de coûts, de complexité ou de rareté des situations. Ainsi, « elle permet d'expérimenter les erreurs et de répéter les gestes (...) dans un environnement le plus réaliste possible, sans faire courir au patient un risque socialement de moins en moins toléré » (99). Elle utilise des méthodes allant des jeux de rôles, afin de simuler une situation interactive, aux mannequins haute fidélité reproduisant avec précision le corps humain et des situations de soin « corporel ».

La simulation a une structure très codifiée (100) : briefing, scénario, puis **débriefing**, ce dernier constituant l'**étape clé de l'enseignement** où le candidat, par un travail d'autocritique soutenu par ses pairs étudiants, l'enseignant, et parfois l'acteur, acquiert des compétences tant techniques que non techniques. Le débriefing ne doit pas être sanctionnant ! Toutes ces étapes se déroulent dans une

atmosphère de **non jugement**, de sécurité, de **confidentialité**, d'absence de piège intentionnel, et donc dans un climat de confiance à instaurer à chaque fois. Un article de 2008 a mis en évidence 12 recommandations pour un débriefing bien réalisé, même au sein d'une équipe de soins (101) (voir en annexe 2).

Il y a plusieurs modalités de simulation, parfois associées : sur animal, sur cadavre, sur un patient standardisé (acteur ou patient formé, avec un scénario préétabli), ou via un jeu de rôle. On trouve également les simulateurs patients (mannequins) ou procéduraux (plus ciblé sur certains gestes techniques), ainsi que la réalité virtuelle (environnement uniquement fictif) ou augmentée (ajout d'images fictives aux images de la réalité), et les « serious games » (jeux vidéos intégrant ou basés sur des thèmes de santé).

En psychiatrie, la simulation se présente plutôt sous forme de jeux de rôle ou de situations ayant recours à des patients standardisés (stimulation dite de haute fidélité ou « pleine échelle »), comme lors des **ECOS** (Examen Clinique Objectif Structuré) qui évaluent des compétences complexes, des savoir-faire et savoir-être, par des mises en situations cliniques en présence de patients standardisés (acteurs). Il y a souvent plusieurs situations cliniques à résoudre en un temps limité, proposées à l'étudiant dans des stations successives.

On peut utiliser le modèle de Kirkpatrick pour évaluer ces enseignements par simulation, selon les niveaux de la pyramide suivante :



Les preuves quant à l'efficacité de la simulation pour les deux premiers niveaux ont été documentées, mais manquent encore pour les troisième et quatrième niveaux concernant le bénéfice en termes de qualité de la prise en charge dispensée aux patients.

Betz et ses collègues, dans leur état des lieux de 2014 sur la simulation en pédagogie médicale (99), résumant que **la simulation médicale « a très clairement fourni les preuves de son efficacité dans l'acquisition d'habiletés, de gestes techniques, de comportements adaptés ou d'application d'algorithmes »**. Il ajoute cependant qu' « en France, la simulation est encore émergente ».

En médecine, la simulation a pour but d'enseigner des procédures diagnostiques, thérapeutiques, ou de prise de décisions, et « couvre également le développement des compétences **non** techniques » (comportements, communication, travail en équipe, etc.) , et des relations interdisciplinaires. La communication a, par exemple, été étudiée dans une revue de littérature en oncologie : les étudiants qui ont reçu un enseignement sur les compétences de communication, avec la participation de personnes ayant un cancer, ont été par la suite plus empathiques envers les patients, et plus aptes à exprimer des attitudes favorables (comme l'importance d'écouter le patient) (102). Ils ont montré également

le succès de « l'utilisation des jeux de rôle pour enseigner des compétences de communication spécifiques à l'oncologie ».

Pour rappel, seuls 36,9% des étudiants en médecine Français trouvaient, selon une enquête de l'ANEMF de 2018, que les enseignements de Sciences Humaines et Sociales les aide dans leur appréhension de la relation médecin-patient.

Pendant l'année scolaire 2016-2017, à la Haute École de Namur-Liège-Luxembourg, un dispositif de simulation pour **analyser les enjeux de la relation soignant-soigné soulevés par la pratique quotidienne de soins, et développer les compétences relationnelles**, a été mis en place pour des étudiants en école de soins infirmiers et de sage-femme (103). Les scénarios visaient à mobiliser, auprès des apprenants, les attitudes telles que « essayer de voir les choses depuis le point de vue du patient », « le considérer comme un individu à part entière, ne pas seulement s'intéresser à leur problème de santé », « savoir exprimer de façon appropriée mes propres sentiments vis-à-vis de leur situation ». Parmi les patients-simulés, on retrouvait des anciens étudiants infirmiers et des mères qui ont été bénéficiaires de soins et de services périnataux, dans un passé plus ou moins proche. Les auteurs, Cécile Vander Meulen et Jean-Christophe Servotte, soulignent que « ces différents savoirs de la période périnatale partagés par les mères volontaires à l'occasion des débriefings favorisent des ajustements dans la posture professionnelle des futures sages-femmes ».

On voit ici l'intérêt, dont nous reparlerons, de **l'apport du savoir expérientiel et des réflexions issues du vécu des soignés dans la formation des soignants**, dans une rencontre en dehors du cadre de soins. Les auteurs soulignent la richesse des savoirs et des réflexions partagés par les apprenants, dont l'acteur-soignant, et

les acteurs (patients-simulés) : « durant les débriefings, des occasions se créent alors pour **mettre en mots ce qu'est le prendre soin**, pour **co-construire une approche réflexive de la relation** soignant–soigné avec chacun des partenaires qui la composent ». Ils posent joliment, pour conclure leur article, la question de savoir si, chacune avec leurs spécificités, « la relation soignant–soigné et la relation enseignant–apprenant ne visent-elles pas le **développement des ressources singulières de la personne** ? », qu'elle soit soignée ou apprenante, et, en miroir, soignante ou enseignante (nourrie par exemple des réflexions des apprenants). Ce lien intéressant est à garder en tête.

Même si certaines études manquent encore quant à l'influence réelle de la simulation sur la pratique clinique et, donc, sur la qualité de prise en charge du patient, des résultats prometteurs émergent (99).

Attention, il convient de noter que, pour l'acquisition des connaissances théoriques, la simulation médicale ne peut pas remplacer totalement les méthodes d'enseignement dites «classiques», mais doit prendre une place de complément nécessaire à ces méthodes.

L'ANEMF a réalisé un état des lieux de la simulation dans les UFR en 2018 (79), qui a montré que « **la simulation en santé est plébiscitée par une majorité d'étudiants** » (48,4 % se disent satisfaits et 41,9 % s'en disent très satisfaits).

Cet état des lieux met en évidence que « les gestes techniques pratiqués en séances de simulation concernent majoritairement le domaine des Urgences (76 %), de la Gynécologie-Obstétrique (64 %), de la Pneumologie (60 %) et de la Cardiologie (60 %) ». De plus, seulement « 45,2 % [des UFR proposent à leurs étudiants des formations en simulation] vis-à-vis des capacités en communication, management et ressources humaines ». Enfin, « **des patients dit “experts” ne sont sollicités que**

dans 10 % des UFR ». Nous reviendrons au paragraphe suivant sur ces « patients experts ». Nous verrons aussi plus tard que la formation « READ », testée à Lille en avril 2018, comble ces manques.

Il est pertinent de se demander la durée de l'effet de la simulation pédagogique. Une thèse lilloise de 2015 sur ce sujet a conclu, après étude de deux groupes d'internes ayant reçu un apprentissage par simulation pédagogique sur un sujet A mais pas sur un sujet B (et inversement), que « les participants formés sur simulateur ont des résultats significativement supérieurs à ceux non formés, aussi bien à 6 semaines, 6 mois et 1 an. **Les compétences et connaissances acquises en simulation sont maintenues sur le long terme jusqu'à 1 an après une seule séance de formation** » (104). Ce résultat est extrêmement encourageant pour l'avenir de l'implantation de plus de simulation pédagogique en santé !

Pour terminer sur la simulation et en transition, abordons une technique différente pouvant être intégrée à l'enseignement : le « **contact imaginé** ». Il est défini comme « la simulation mentale d'une interaction sociale avec un membre ou des membres d'une catégorie de groupe externe » (105). C'est « un moyen peu coûteux et pratique pour réduire l'anxiété et les préjugés intergroupes qui serait utile même lorsque le contact direct est très limité ». Dans cette même étude sur l'utilisation d'un contact imaginé comme intervention visant à réduire les préjugés, les auteurs montrent que « les expériences (...) ont démontré qu'un scénario de contact positif imaginé entraîne **moins d'anxiété** entre les groupes, et des **attitudes plus positives**, même à l'égard de ce groupe difficile de personnes atteintes de schizophrénie ». Ils précisent toutefois que ce contact imaginé doit être « délibérément structuré de manière à refléter une expérience de contact imaginaire

positive ». Une étude de 2012, sur le même sujet, valide : « le contact imaginé a conduit à de **plus grandes intentions de contact réel** via la **réduction de l'anxiété** intergroupe, après une expérience de contact avec une personne atteinte de schizophrénie, les gens étaient **plus favorables sur le plan affectif** envers les personnes atteintes de schizophrénie » (106).

Parlons maintenant de la participation des « patients », « usagers des services de soin », aux enseignements.

Dans un article sur les origines de la stigmatisation, de la célèbre enquête SMPG (Santé Mentale Population Générale) menée par l'équipe de Jean-Luc Roelandt (16), les auteurs concluaient qu'il « conviendrait alors de favoriser [le] témoignage [des PVTP], qu'il soit direct ou par média artistique interposé, afin de réfléchir collectivement aux questions liées à l'exclusion et à la stigmatisation en santé », et que « ces changements devront s'appuyer sur une **modification profonde des cursus de formation** initiale et continue, intégrant la conception du soin basé sur le rétablissement et l'empowerment ». Cet article se termine par ces mots : « Le slogan « *Rien à propos de nous sans nous* » des associations d'usagers nécessite donc que le nous englobe le «eux» aussi, afin d'éviter le clivage à l'origine de la stigmatisation. Donc un changement complet de paradigme pour les années à venir. »

Ce paradigme est en marche. Comme le résume un article Canadien de 2015 (107), depuis une trentaine d'années, les besoins en santé ont considérablement évolué, notamment à cause d'une augmentation significative de la prévalence de maladies chroniques. Comme le disent bien les auteurs, « face à des maladies chroniques qui ne pourront généralement pas être guéries complètement, avec

lesquelles les personnes doivent vraisemblablement composer pour le reste de leur vie et dont l'évolution est intimement liée aux habitudes de vie, **l'expérience devient une source riche de savoirs, essentielle pour la prise de décision** ».

C'est ce qu'on appelle le « **savoir expérientiel des patients** défini comme les « savoirs du patient, issus du vécu de ses problèmes de santé ou psychosociaux, de son expérience et de sa connaissance de la trajectoire de soins et des services, ainsi que des répercussions de ces problèmes sur sa vie personnelle et celle de ses proches ».

Le partenariat avec les patients « part donc de l'expérience des individus avec la maladie, **les seuls dans l'organisation actuelle à être détenteurs d'une vue systémique**, pour la mettre à disposition d'autres patients, **de la formation de professionnels**, actuels et futurs, des organisations et de travaux de recherche ».

A l'université de Montréal par exemple, depuis 2011, des patients ont été intégrés aux cours de sciences de la santé et de sciences psychosociales. Parmi les milliers d'étudiants interrogés ayant vécu ce cursus, « **85 % d'entre eux considèrent que l'expérience partagée par le patient a enrichi les discussions en classe et que la co-animation professionnelle de la santé/patient-formateur est pertinente** » (107). Comme les auteurs le rappellent dans leur conclusion, in fine, « l'engagement des patients est vu depuis plusieurs années comme une des voies prometteuses pour **améliorer la santé de la population et les problèmes auxquels sont confrontés les systèmes de santé** ».

Le « modèle de Montréal », décrit dans ce même article, « illustre comment l'expertise de la vie avec la maladie des patients peut être intégrée au niveau des soins grâce à des **patients-ressources** qui contribuent à l'amélioration de la qualité des soins et de la qualité de vie **tant des patients que des professionnels** ; au

niveau de l'enseignement des professionnels de santé et du psychosocial avec les **patients-formateurs** et au niveau de la recherche par l'implication de **patients-chercheurs** ». On voit ici l'étendue des applications du savoir expérientiel de ceux qu'on appelle aussi « patients experts » ou même « experts par expérience ».

En plus d'améliorer la santé des populations atteintes de maladies chroniques, cette collaboration permettra de « créer les milieux de pratiques et d'enseignement de demain plus **humanistes** ». Au vu de l'état de santé des professionnels que nous avons étudié au paragraphe « l)d)ii. », cette perspective semble particulièrement tentante, voire salvatrice.

En France, la loi Kouchner de 2002 (108) a initié la mise en œuvre d'une démocratie sanitaire invitant en particulier les représentants d'usagers à participer au système de santé, et les usagers en général à collaborer avec les professionnels de santé (109). Depuis, leur place grandit progressivement dans ce système, avec de nombreux bénéfices, également pour eux-mêmes.

Pour les patients en effet, le processus selon lequel ils passent de « vulnérables » à « experts », « relève d'une reconstruction, d'un remaniement, plus exactement d'une dynamique identitaire, qui les a conduits à quitter un statut de patients vulnérables pour devenir des acteurs sociaux engagés » (110). Nous aborderons de nouveau ce processus de **rétablissement** dans la suite de cette deuxième partie traitant de la diversité des approches.

Des étudiants de médecine en oncologie ont bénéficié, dans une étude de 2006, de la participation de patients à l'enseignement (102). Les auteurs ont déclaré que « la participation des patients à l'enseignement et à l'apprentissage en oncologie est **populaire auprès des étudiants** et, lorsque la satisfaction des patients a été évaluée, elle s'est également révélée élevée ». Ils ont aussi montré que « les

étudiants qui apprennent à communiquer auprès de patients atteints de cancer ont de **meilleures aptitudes et attitudes** que les étudiants qui apprennent auprès de patients non atteints de cancer. »

En résumé, comme le cite Olivia Gross dans le magazine Le Monde, « L'expérience des patients, parce qu'elle a été habilitée par l'institution, devrait en toute logique **devenir une seconde nature pour les médecins de demain**. Avec notamment l'espoir de voir ainsi définitivement disparaître le paternalisme et le défaut d'information. Deux travers qui minent les relations médecins-malades et qui sont en partie responsables des fléaux massifs et coûteux comme l'inobservance, le nomadisme médical ou le renoncement aux soins » (111)

En santé mentale, le CCOMS a rendu le rapport final de son programme pilote « **Médiateurs de santé / pair** » (**MSP**), qui visait à former et embaucher dans des établissements de santé mentale, des personnes ayant (ou ayant eu) des troubles psychiques, rétablies ou en voie de rétablissement. Ces PVTP bénéficiaient d'une formation d'un an (8 semaines de cours et 36 de stage dans un service de psychiatrie) qui menait à l'obtention d'un Diplôme Universitaire de Médiateur de santé/pair (Université Paris 8), à la suite duquel les MSP poursuivaient leur travail dans les équipes de soins, tout en bénéficiant de modules de formation continue et de réunions régulières d'échanges de pratiques entre pairs.

Ce programme, s'inspirant d'expériences étrangères adaptées au contexte français, avait pour objectif de valoriser le savoir expérientiel et la formation des usagers des services de psychiatrie, et de démontrer l'efficacité de la pair-aidance pour les personnes ayant des troubles psychiques en France.

Le bilan a été globalement positif :

- Fort taux de retour à l'emploi chez des personnes en arrêt de longue durée suite à des troubles psychiques
- Soutien des Agences Régionales de Santé à pérenniser les financements des postes des médiateurs encore en activité
- Recommandations pour la formation des MSP
- Diffusion de la réflexion sur les frontières entre normal et anormal, soigné et soignant, savoir professionnel et savoir profane, savoir universitaire et savoir expérientiel, sain et bien portant.
- Ouverture à un questionnement entre thérapeutique et accompagnement, entre *care* (prendre soin, soigner) et *cure* (guérir), et sur les fonctions et statuts de chacun dans le champ de la santé mentale.

A noter qu'en décembre 2017, une seconde expérimentation a été initiée. Une mention médiateurs de santé / pairs a ainsi été lancée dans une Licence existante, intitulée Sciences Sanitaires et Sociales, par l'Université Bobigny Paris 13 et le CCOMS de Lille. L'Université Bobigny Paris 13 reconduit une nouvelle formation de licence MSP en septembre 2019. Un programme de recherche est en cours, ayant pour objectifs de « décrire, analyser et contribuer au processus de construction et de légitimation d'un nouveau métier dans le champ de la santé mentale qui implique la valorisation des savoirs expérientiels de personnes ayant connu des troubles psychiques » (112).

Un essai randomisé récent de 2018, publié dans le Lancet, a évalué l'efficacité d'un programme d'autogestion faisant intervenir des "pairs-aidants" (ayant précédemment vécu des épisodes de troubles mentaux et en rémission de leurs symptômes) sur le taux de réadmission en unité de soins aigus psychiatriques de patients souffrant d'une pathologie mentale. Ils ont montré que « le risque de

réadmission en unité de soins aigus psychiatriques était significativement diminué de 33% chez les patients ayant bénéficié de séances avec des pairs-aidants », par rapport à un groupe contrôle n'ayant eu qu'un cahier d'activité personnel (113). Un programme d'autogestion appuyé par le soutien des pairs permettrait donc de réduire le taux de réadmission en unité de soins aigus, ce qui montre l'impact réel de la collaboration avec des pairs-aidants.

Pour conclure, citons un autre passage de l'écrit d'Olivia Gross : « avec l'institutionnalisation de patients enseignants dans la formation initiale des médecins, une étape supplémentaire est franchie dans la **reconnaissance des savoirs expérimentiels des patients**, puisqu'ils sont désormais intégrés dans un lieu jusque-là particulièrement fermé. Cette évolution est à mettre en lien avec les **recommandations de l'OMS**, qui évoque la **responsabilité sociale des facultés** de médecine et les incite à inscrire les objectifs des formations dont elles ont la charge en cohérence avec les besoins et demandes de la communauté dans laquelle elles s'inscrivent ».

Désormais, les PVTP sont de plus en plus impliqués pour contribuer au système de soin, participer à la formation des professionnels de santé, et donc à une meilleure santé mentale de la population générale.

iii. **READ : exemple d'une formation innovante**

En avril 2018, à la faculté de médecine Henri WAREMBOURG de Lille, dans les locaux du centre européen de simulation médicale PRESAGE (Plateforme de Recherche et d'Enseignement par la Simulation pour l'apprentissage des Attitudes et des Gestes) nous avons mis en place la formation « READ » : « **RÉagir à la**

Discrimination vécue et Anticipée » (en anglais : « Responding to Experienced and Anticipated Discrimination »). Lille a été le 1^{er} site local de l'étude internationale READ du réseau INDIGO (INternational study of DIscrimination and stiGma Outcomes), via l'adhésion du CCOMS pour la formation et la recherche en santé mentale de Lille-Hellemmes au réseau INDIGO. Cette étude, toujours en cours dans une trentaine de pays au total, est pilotée par une équipe du « Centre pour la Santé mentale Globale de l'Institut de Psychiatrie, de Psychologie et de Neurosciences » du *King's College* à Londres (KCL).

Depuis sa création en 2006, le réseau INDIGO a produit des preuves substantielles sur l'impact de la stigmatisation et de la discrimination (38,114), et se concentre désormais plus particulièrement sur l'identification de méthodes permettant de réduire la stigmatisation et la discrimination.

La formation READ a été débutée en 2015 au Royaume-Uni, lors d'une phase pilote, pour les étudiants en médecine des facultés de médecine de Londres et Newcastle. Les retours des participants ont été recueillis pour parfaire la formation, avant de la tester à une plus grande échelle dans l'étude actuelle.

Les objectifs pédagogiques (compétences souhaitées au décours de la formation READ) sont :

- **Identifier les situations de discrimination** vécue et anticipée
- Identifier **comment les patients et les soignants sont concernés** par la discrimination
- **Prendre en considération l'impact de la discrimination** sur les patients et leur entourage.

Le contenu de la formation repose sur de nombreuses études concernant les expériences des PVTP (38,46,63,73,114), la recherche dans les services d'urgence

et les hôpitaux généraux (71,115), les éléments clés associés à des résultats positifs concernant la stigmatisation (55,116,117), et les « contacts intergroupes » (105,118) (cette notion de « contact » sera plus détaillée en introduction de la partie « II)b) » ci-après).

La recherche a pour objectif principal d'évaluer l'efficacité de la formation READ, pour les étudiants en médecine ayant reçu l'enseignement de la psychiatrie, sur sa capacité à :

- Augmenter la **connaissance** sur la stigmatisation
- Améliorer les **attitudes** à l'égard des troubles psychiques et de la psychiatrie
- Réduire les **comportements** qui sont ou peuvent être vécus comme discriminatoires par les personnes ayant des problèmes de santé mentale et les soignants
- Développer des réponses constructives à la discrimination anticipée et vécue.

A Lille, les étudiants éligibles retenus ont été ceux ayant terminé les enseignements dirigés (ED) de psychiatrie, donc en 5e (selon le groupe d'ED) ou 6e année de médecine. L'enseignement de la psychiatrie diffère selon les facultés et les régions, cela a donc dû être adapté, avec l'accord des promoteurs de l'étude.

Nous nous sommes associés avec le site du Centre Hospitalier Régional Universitaire (CHRU) de Strasbourg pour faire une demande commune à leur comité d'éthique des écoles et facultés en Santé de Strasbourg, qui a rendu un **avis favorable**. L'équipe du Pr VIDAILHET à Strasbourg mettra en place la formation READ à la rentrée 2018.

Les mesures comportent cinq cotations réalisées par les participants, et deux par l'équipe locale de l'étude :

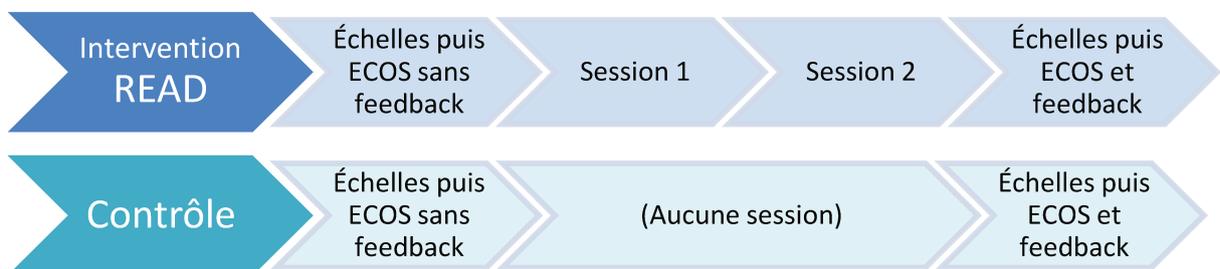
- La « Mental Health Knowledge Schedule » (MAKS) : mesure les connaissances en santé mentale (notamment liées à la stigmatisation) (119).
- La « Mental Illness Clinicians' Attitudes scale » (MICA2) : mesure les attitudes des participants à l'égard de la maladie mentale et de la psychiatrie (120).
- Les Examens Cliniques à Objectifs Structurés (ECOS) : évaluent les compétences de communication et le comportement de l'étudiant face à un acteur jouant un patient (le rôle étant standardisé), et indirectement observé par un ou deux évaluateur(s). L'étudiant dispose de sept minutes pour évaluer et aider le patient avec ses préoccupations. Cette méthode pédagogique répond aux modalités d'**enseignement par la simulation**.

Le scénario consiste ici en une réorientation classique du médecin généraliste vers un centre médico-psychologique (CMP, lieu de consultation et d'accès aux soins en santé mentale) pour une meilleure prise en charge de symptômes schizophréniques. Le patient simulé rapporte des situations de discrimination vécue et anticipée, et les évaluateurs attendent de l'étudiant qu'il puisse accueillir les propos du patient, avec une attitude empathique (expression verbale/langage corporel), discuter les croyances stigmatisantes, et qu'il explore avec le patient ses préoccupations en exprimant du soutien.

- Les acteurs évalueront l'empathie ressentie pour chaque médecin-participant via la « Jefferson Scale of Patient Perception of Physician Empathy » (JSPPE) (121).
- L'évaluateur de l'ECOS utilisera un système de notation standardisé.
- L'empathie des participants sera évaluée avant et après la formation READ en leur faisant remplir la Jefferson Scale for Empathy (JSE-S) (122,123).

- Enfin, l'échelle de mesure d'anxiété intergroupe de Stephan et Stephan, modifiée pour les étudiants en médecine (34), sera utilisée avant et après la formation READ. L'anxiété intergroupe est définie comme « un état d'éveil négatif causé par des attentes négatives concernant les interactions intergroupes » (Stephan & Stephan, 1985). Nous avons détaillé cette notion dans le paragraphe « 1)a)iv. ». L'échelle évalue dans quelle mesure les participants éprouvent une gamme de sentiments en s'imaginant seul(e) avec un groupe de personnes ayant un trouble psychique, par rapport à une situation où l'étudiant est seul avec un groupe d'autres étudiants en médecine.

Pour résumer le schéma de l'étude, illustré ci-dessous, le groupe intervention reçoit les 2 sessions d'1h30 de la formation, espacées d'au moins une semaine (13 jours en moyenne à Lille) afin d'avoir le temps d'identifier des situations de discrimination in vivo autour d'eux en stage. Le groupe contrôle, lui, ne reçoit aucune formation. Les deux groupes reçoivent les mesures évaluatives avant et après de manière identique. A noter que lors du premier ECOS, il n'y a pas le feedback (retour et discussion sur la prestation) afin d'influencer le moins possible le groupe contrôle et évaluer l'effet de la formation READ sans influence de la valence pédagogique forte du feedback de l'ECOS.



La formation est proposée à des petits groupes, contenant 8 à 10 participants pour l'étude à Lille. Elle est animée par deux co-formateurs : une « experte par expérience » (EPE) et un interne de psychiatrie.

Voici un résumé du contenu des deux sessions de la formation READ :

- Session 1 :

- **Témoignage** de l'expert par expérience (EPE) co-formateur, sur l'histoire de son trouble psychique et de son rétablissement
- Présentation des **notions** de stigmatisation et de discrimination, et de leurs impacts sur les personnes souffrant de troubles psychiques
- Présentation de deux vidéos illustrant la **stigmatisation médiatique** structurelle
- Vidéo d'une PVTP témoignant de **l'auto-stigmatisation**
- Deux **jeux de rôles** joués par les étudiants : l'un sur la discrimination vécue, l'autre sur la discrimination anticipée
- **Tâche pour la session suivante** : repérer et retenir une ou plusieurs situation(s) de discrimination rencontrée(e)s sur leurs terrains de stage, rapportée par les usagers. Ces situations seront discutées au début de la deuxième session.

- Session 2 :

- Discussion en groupe, facilitée par les deux formateurs, des situations de discrimination expérimentée ou anticipée que les étudiants ont observées au cours de leurs rencontres avec les patients en milieu clinique

- Echange sur la **manière de soutenir nos collègues** professionnels de santé avec les troubles psychiques, et la divulgation possible de ces troubles
- Discussion sur les manières possibles de **réagir à ses propres difficultés psychiques**
- Résumé de **recommandations sur les manières d’agir**, issues de la formation. Elles sont présentées dans la diapositive ci-dessous, issue de la formation READ :

Comment agir ?

- **La connaissance :**
 - L’interface psychique-physique, les troubles de personnalité émotionnellement instables, le mésusage des substances.
- **L’attitude :**
 - Réflexion sur les pensées automatiques ; même si les stéréotypes ne peuvent être désappris, **les croyances personnelles peuvent être dépassées** (se connaître).
 - Travailler pour **prévenir** et réduire les burn-out (signaux).
 - Contact positif répété pour contrer les biais médicaux
- **Discrimination :**
 - Réduire les pratiques vécues comme discriminantes.
 - Modifier les pratiques pour encourager le **rétablissement personnel** (pas juste clinique), aider les usagers à vivre une vie aussi riche que possible avec ou sans symptômes.

34

Contrairement à un autre programme de 2013 contre la stigmatisation en santé mentale, délivré à 1452 étudiants en médecine anglais (en 3^e année), appelé END (« Education Not Discrimination »), la formation READ ne se contente pas de jeux de rôles mais ajoute une simulation par ECOS qui est **plus standardisée et objective**. Elle ajoute également la présence d’un **expert par expérience** en co-formateur. De plus, contrairement à END (où l’objectif était seulement de réduire la

stigmatisation chez les étudiants), dans la formation READ on considère les étudiants comme des alliés, des **vecteurs de la lutte contre la stigmatisation et la discrimination**, capables de diffuser le message et les attitudes, ou au moins d'aborder ces sujets. L'intervention END avait quand même produit chez les étudiants un avantage à court terme dans l'amélioration des connaissances, des attitudes et des comportements stigmatisants, et dans l'augmentation de l'empathie. Enfin, les auteurs ajoutaient des réserves sur la persistance de l'effet, suggérant la nécessité d'**intégrer davantage de mesures continues pour réduire la stigmatisation parmi les étudiants dans le programme d'études médicales** (124). Une formation comme READ peut donc s'envisager par la suite dans une dynamique de rappels ou d'interventions répétées durant le parcours d'études.

Les résultats Lillois de cette étude ont été très positifs, malgré un petit échantillon final de 27 participants, ce qui est très prometteur pour les résultats de l'étude internationale.

Voici un résumé des principaux résultats (les groupes étaient statistiquement comparables) :

Evolution des résultats dans le groupe intervention (en médiane et intervalle interquartile) :

	Pré	Post	p value
MAKS	51.0 (49.0 ; 53.0)	54.5 (51.0 ; 55.0)	0,003
MICA2	44.0 (39.0 ; 48.0)	39.0 (34.0 ; 43.0)	0,006
JSE-S	109 (99 ; 114)	114.0 (104.0 ; 118.0)	0,001
Anxiété intergroupe	21.0 (15.0 ; 27.0)	14.5 (12.0 ; 19.0)	0,008
ECOS (évaluateur)	2,5 (2,0 ; 3,0)	4,0 (3,0 ; 4,0)	<0,001
JSPPE	23.5 (22.0 ; 25.0)	29.0 (25.0 ; 33.0)	0,047

P value significatif quand <0,05 (surligné en jaune)

⇒ Evolution **significative dans tous les scores** mesurés, vers une **amélioration globale concernant la stigmatisation.**

⇒ **La formation READ a donc un impact significativement positif** sur les étudiants en médecine.

Dans le groupe contrôle, on a retrouvé une évolution significative uniquement pour le JSPPPE ($p=0,039$), représentant l'empathie ressentie par les acteurs jouant les usagers du système de soins. Cela permet de faire l'hypothèse que d'avoir participé à un premier ECOS, même sans feedback, a permis d'améliorer la performance du participant lors du deuxième ECOS, du point de vue de l'empathie ressentie par l'acteur-patient. On peut supposer que c'est grâce à un auto-feedback suite à la mise en situation.

⇒ Cela est, en tout cas, en faveur d'un **impact fort des simulations pédagogiques (ECOS) pour les étudiants dans leur formation.**

Ensuite, la différence d'évolution (différence entre les évolutions des scores avant et après l'intervention) entre les groupes est significativement meilleure dans le groupe intervention pour l'anxiété intergroupe ($p=0,005$), MICA2 (attitudes stigmatisantes, $p=0,029$) et JSES (l'empathie des étudiants, $p<0,001$). Cela soutient l'hypothèse de l'efficacité de la formation READ par rapport à l'absence de formation

Pour finir, les corrélations entre les scores ont été calculées. Les résultats montrent que les scores JSES et anxiété intergroupe sont corrélés au MICA2, et que le score ECOS (noté par l'évaluateur) est corrélé au JSPPPE (empathie ressentie par le patient-acteur). En d'autres termes :

- ⇒ **L'empathie des participants (JSE-S) est inversement corrélée** (-0,405, $p=0,036$) **à leurs attitudes stigmatisantes (MICA2)** : si l'empathie augmente, les attitudes stigmatisantes baissent, et inversement.
- ⇒ **L'anxiété face au groupe externe (anxiété intergroupe) est positivement corrélée** (0,476, $p=0,012$) **aux attitudes stigmatisantes (MICA2)** : si l'anxiété diminue, les attitudes stigmatisantes diminuent, et inversement.
- ⇒ Si l'intervention a un impact sur les scores, **on peut donc jouer sur l'empathie des participants (JSES) et l'anxiété intergroupe lors de l'intervention pour améliorer les attitudes stigmatisantes (MICA2)**.
- ⇒ **Le score donné par l'évaluateur lors de l'ECOS est positivement corrélé au JSPPE (empathie ressentie par l'acteur-patient)**. De manière logique, si lors de l'entretien clinique simulé la note de l'évaluateur augmente (témoignant un meilleur comportement dans l'examen clinique), le ressenti de l'acteur jouant le patient est également meilleur (et inversement).

Cette étude de la formation READ, associant les innovations pédagogiques abordées dans la sous-partie précédente (« II)a.ii. »), est donc la preuve que sensibiliser les étudiants à la stigmatisation et la discrimination en santé mentale est nécessaire, et que cela fonctionne. L'idéal serait d'évaluer l'impact de cette formation sur un plus grand échantillon français, et plus à distance de l'intervention.

Il est intéressant de noter que la formation READ aborde aussi la propre santé mentale des participants en tant que soignant et individu. Elle permet ainsi de préparer à la pratique en tant que « rencontre émotionnelle », et également au travail d'équipe dans une optique de veille mutuelle (concernant la santé mentale) et de solidarité.

b) La diversité des approches

La stigmatisation étant « un phénomène complexe aux multiples ramifications, elle requiert des actions diverses et répétées pour lutter contre elle » (117).

Patrick Corrigan, professeur de psychologie américain spécialiste du sujet, a beaucoup publié sur les interventions anti-stigmatisation. Pour réduire les attitudes et les comportements stigmatisants publics vécus par les PVTP, il expose trois approches identifiées qu'il synthétise dans une revue de littérature (55) :

- La protestation : contre les représentations inexactes et hostiles des troubles psychiques. Il cible particulièrement les médias, tentant de réduire la diffusion de représentations inexactes sur la santé mentale. Il peut cibler aussi le grand public, afin qu'il cesse de croire aux représentations négatives sur la santé mentale et les troubles psychiques.

Les campagnes de protestation sont parfois efficaces pour faire retirer des images ou propos stigmatisants, mais des études suggèrent que la protestation peut en fait provoquer un rebond des croyances stigmatisantes du public, et les attitudes négatives empirent alors.

- L'éducation : qui délivre de l'information afin que le public puisse prendre des décisions plus éclairées au sujet de la santé mentale. La recherche a montré que ce type de programmes concernant la stigmatisation **a amélioré les attitudes envers les personnes atteintes de troubles**. Ces programmes s'appliquent également bien à **l'investissement dans les soins** de la part des PVTP, à leur compliance au traitement, en augmentant la connaissance et donc la confiance dans la prise en charge. Cependant, les effets de l'éducation peuvent ne pas durer dans le temps. De plus, « **la connaissance n'immunise donc pas forcément contre les**

stéréotypes et la stigmatisation en général » (125), car même si les professionnels ont une meilleure connaissance sur les troubles que le grand public, « ils sont aussi réticents que lui à l'idée d'avoir un lien intime avec une personne qui a des problèmes de santé mentale et adhèrent autant aux stéréotypes sur ces personnes ».

- Le contact : c'est la **méthode qui diminue le plus la stigmatisation**, quand le public a des contacts avec des PVTP qui exercent un emploi, ou vivent en bons voisins dans la communauté. Ainsi, les occasions pour le public de rencontrer des personnes atteintes de troubles graves peuvent diminuer la stigmatisation, et ce plus **durablement**.

En 2003, une revue de littérature montrait déjà que « les contacts rétrospectifs et prospectifs tendent à réduire les points de vue stigmatisants sur les personnes atteintes d'une maladie mentale » (126).

Une étude publiée par Thornicroft et ses associés dans le Lancet en 2016 va dans le même sens : « **le contact social est le type d'intervention le plus efficace** pour améliorer les connaissances et les attitudes liées à la stigmatisation à court terme » (70), et notamment « pour des groupes cibles spécifiques, tels que les **étudiants** ». En 2012, un article Canadien annonçait déjà que « les approches basées sur les contacts ont été utilisées avec succès pour améliorer les connaissances, réduire les attitudes négatives et minimiser la distance sociale déclarée par les élèves de lycée, les étudiants en psychologie et en travail social, les étudiants en journalisme et les **étudiants en médecine** » (26). Cependant, « bien qu'elle soit l'une des pratiques les plus prometteuses, **l'éducation par contact n'a pas été beaucoup utilisée dans la formation des**

professionnels de la santé » (ce qui est rectifié dans la formation READ !).

Concernant le « contact intergroupe », une méta-analyse de plus de 500 études a montré, en 2008, qu'une diminution de l'anxiété et une empathie accrue envers l'autre groupe (ici les PVTP) sont des médiateurs clés de l'effet des contacts intergroupes sur les préjugés, et cela beaucoup plus que les facteurs plus cognitifs comme la connaissance. « Il y a une probable séquence causale selon laquelle **l'anxiété initiale doit d'abord être réduite par un contact intergroupe** avant que l'empathie accrue, la prise de perspective (vue de celle du groupe externe) et la connaissance de ce groupe externe puissent contribuer efficacement à la réduction des préjugés » (118).

Enfin, il y a les actions ciblant l'auto-stigmatisation. Cela part du constat que **de nombreux traitements psychosociaux et médicaux désautonomisent les PVTP**. Résultat, les personnes ayant besoin de soins ne s'investissent pas pleinement dans les soins. Les interventions qui remettent en question l'auto-stigmatisation et facilitent l'autonomisation (concept d' « empowerment » dont nous reparlerons) sont susceptibles d'améliorer non seulement l'observance du traitement, mais la participation et l'engagement actifs dans tous les aspects des soins. Egalement, « la connaissance de la santé mentale, la **compétence culturelle** et les campagnes d'engagement familial atténuent l'impact négatif de la stigmatisation sur la recherche de soins » (53). La compétence culturelle sous-entend d'adapter ses actions à la culture de la population ciblée ou rencontrée. Les proches et notamment la famille sont des cibles intéressantes pour réduire les attitudes stigmatisantes globales.

Une méta-analyse de 2017, menée par Schnyder, sur le lien entre la stigmatisation en santé mentale et la recherche d'aide, ajoute l'objectif de mieux faire accepter l'idée de demander de l'aide en santé mentale, et l'idée qu'on se fait de la santé mentale, pour favoriser la recherche d'aide. Les auteurs concluent que « les campagnes de promotion de la recherche d'aide et de lutte contre la stigmatisation liée à la maladie mentale devraient **cibler ces attitudes personnelles** [concernant l'idée d'aller vers de l'aide en santé mentale] plutôt que l'opinion publique en général » (127).

Une synthèse, par Knaak et ses associés, de l'évaluation de programmes anti-stigmatisation à destination des professionnels de la santé a validé, en 2014, un modèle à 6 ingrédients clés. Parmi leurs conclusions, ils affirment que les interventions anti-stigmatisation **intégrant les contacts sociaux** sont efficaces dans un large éventail de prestataires de soins de santé et de stagiaires, et que les programmes qui mettent **l'accent sur le rétablissement**, le **témoignage personnel** d'un conférencier formé qui a vécu une expérience de trouble psychique, qui utilisent de **multiples formes de contact social** (vidéos, intervenants multiples...), qui **enseignent des compétences** impliquant « quoi dire » et « quoi faire », qui emploient des moyens de **briser les mythes** et qui font appel à un **animateur enthousiaste**, donnent de meilleurs résultats que les programmes qui ne comprennent que certains de ces ingrédients. L'accent est particulièrement mis sur **le rétablissement** et sur la présence de **multiples formes de contacts sociaux** pour maximiser les résultats (116). Ceci est corroboré par une étude publiée en 2000 affirmant que « le contact est aujourd'hui l'une des interventions socio-psychologiques les plus utilisées pour la réduction des préjugés et l'amélioration des relations intergroupes » (128). Un autre travail de 2009 affirme que « le contact direct

est le meilleur moyen reconnu de prévenir la stigmatisation et la discrimination. (...).

Les stéréotypes sont battus en brèche par la réalité des contacts et les comportements discriminatoires ont tendance à diminuer » (129).

Ajoutons, dans ces généralités, que « quand on s'adresse au grand public, les informations sont délivrées de manière très générale, alors que **les recherches montrent que les messages ciblés, s'adressant à des groupes particuliers** (par exemple les élèves du secondaire, les policiers ou encore les médias), **ont des effets plus durables sur les comportements stigmatisants** » (130).

i. Rétablissement et santé mentale communautaire

La Santé Mentale Communautaire (SMC), est un modèle basé sur le « processus par lequel des **membres d'une collectivité géographique locale réfléchissent en commun** » (131) sur la santé mentale de leur communauté. On y voit souvent rappelé le principe d' « être partenaires », plutôt que d' « avoir » des partenaires.

Le rétablissement (« recovery » en anglais), en santé mentale, est un **processus, individuel et singulier**, « par lequel on se remet d'une maladie mentale mais aussi (...) des effets de la pauvreté, d'être un citoyen de seconde zone, de la stigmatisation intériorisée, des mauvais traitements et des traumatismes subis par ces professionnels qui sont là pour vous aider, et des effets destructeurs pour l'esprit du système de santé mentale ». C'est ainsi que Patricia Deegan (132), docteur en psychologie ayant été diagnostiquée schizophrène, définit en partie le rétablissement.

Plutôt qu'un retour à un état antérieur de fonctionnement, c'est une **transformation d'où émerge une nouvelle vision de soi**. Le rétablissement se centre sur le devenir global de la personne, **l'accomplissement de soi dans ses**

groupes sociaux, et **pas seulement l'évolution du trouble**. La réduction des symptômes est souvent utile, mais ni suffisante ni nécessaire au rétablissement. A l'inverse, les savoirs expérientiels sont ici valorisés, incluant l' « **empowerment** » qui peut être défini comme le pouvoir de décider et d'agir, redonnant un sentiment de contrôle sur sa vie, soi et son environnement (133). Le rétablissement consiste à rendre sa vie intéressante et satisfaisante, en se concentrant sur ses **forces** et son **bien-être**, et en restant toujours centré sur **l'espoir**.

Comme le précise bien l'équipe du Psycom (organisme public d'information, de formation et de lutte contre la stigmatisation en santé mentale), « pour les soignants, ce modèle suppose un accompagnement sur le long terme et **axé dès le début vers l'autonomie de la personne** » (134). La relation de « soins » entre le professionnel de santé et la PVTP, évolue « **d'expert à partenaire** au cours du cheminement ». Les professionnels de santé sont là pour « être disponibles, sans être dans une position de supériorité », et avant tout pour écouter la personne.

Avoir une pratique basée sur le rétablissement suppose également d' « élargir la gamme des services d'accompagnement de la personne en proposant des accompagnements dans le « monde réel » et plus seulement dans les services protégés ».

⇒ **En intégrant le concept de rétablissement, il ne s'agit plus de discriminer, mais de faire avec sa différence.**

Ainsi, le soin se base sur la proximité, et non plus sur l'hospitalocentrisme. Il est d'ailleurs prouvé qu'une prolongation exagérée de la durée des hospitalisations installe les personnes dans une « rupture sociale péjorative pour leur avenir et les prive d'une part importante de leur capacité à se prendre en charge et à se maintenir dans leur environnement social » (135).

⇒ Que les institutions, ceux qui les dirigent et ceux qui y travaillent, refusent ces ruptures sociales délétères, et adhèrent aux principes relatifs au rétablissement, constitue ainsi une action contre la discrimination et contre la stigmatisation.

Cela est parfois conceptualisé sous le terme d'« **empowerment organisationnel** » : l'idée étant que l'« on ne peut être autonome si l'environnement est enfermant et prive de toute possibilité d'agir » (136). C'est pourquoi « la formation des professionnels aux nouvelles notions de rétablissement, d'empowerment et de valorisation de l'expérience du vécu de la maladie est cruciale. Afin de toucher les nouvelles générations de soignants, les cursus doivent commencer à **généraliser l'intégration des usagers-formateurs** ».

Dans son rapport remis le 4 mars 2013 à la ministre des Affaires Sociales et de la Santé, Edouard Couty, chef de la mission sur le pacte de confiance pour l'hôpital, propose un "secteur psychiatrique rénové, ouvert sur son environnement, doté de moyens hospitaliers, mais également de moyens d'autres partenaires associés", tels que les **collectivités territoriales** et les **acteurs médicosociaux**. Ce "secteur rénové" pourrait être relié par convention à la **médecine scolaire** et à la **médecine du travail**, et "plus ouvert sur la médecine de ville (généralistes et spécialistes), notamment pour assurer la permanence des soins et le suivi des patients".

Ce rapport permet de **souligner l'importance d'aller vers tous les partenaires de la communauté**. Notons en particulier les partenariats avec l'éducation nationale ou le monde du travail. Dans le rapport de la mission « bien-être et santé des jeunes » de Novembre 2016 (137), le Pr Moro, pédopsychiatre, et Mr Brison, inspecteur pédagogique régional et d'académie, illustrent ce partenariat

nécessaire, et soulignent que « pour qu'à l'isolement du jeune en souffrance ne réponde pas l'isolement de celui qui en perçoit les signes, il faut que soit préalablement créé le **réseau** de professionnels en capacité de prendre le relais ». « Cette **coordination** entre les professionnels de l'éducation et ceux du champ de la santé est d'autant plus nécessaire que les besoins en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent augmentent et que les demandes de la société et des familles se font pressantes ».

C'est aussi aux services sanitaires d'aller vers les milieux scolaires, comme dans cette expérience à Lausanne (Suisse), pilotée par le département de psychiatrie du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) du canton de Vaud, où une équipe pluridisciplinaire composée de soignants, de patients et de leurs proches intervient dans les lycées pour tenter de déstigmatiser les maladies mentales. Leurs objectifs sont d'**encourager une réflexion personnelle et collective sur la santé mentale**, de **démystifier la psychiatrie**, et de **découvrir des lieux et des personnes « ressources »** en cas de situation difficile pour eux ou leurs proches (138). De manière encore plus politique, depuis 2018 aux Etats-Unis, les lois des états de New York et de Virginie exigeant l'éducation en santé mentale dans les écoles sont maintenant en vigueur. Le législateur de l'état de New York affirme ainsi qu' « en veillant à ce que les jeunes s'informent sur la santé mentale, nous augmentons la probabilité qu'ils soient en mesure de reconnaître plus efficacement les signes en eux-mêmes et chez les autres, y compris les membres de la famille, et d'obtenir l'aide dont ils ont besoin » (139). Cela illustre ce que peut être une véritable **action contre la stigmatisation structurelle de nos communautés**.

En France, le cursus de formation des enseignants a été remanié entre 2008 et 2010. Les textes prévoient désormais l'introduction de **modules d'éducation à la**

santé, cette thématique devenant l'une des missions assignées à l'école. Ce travail se fait avec les instances Régionales d'Education et de Promotion de la Santé (IREPS), les Agences Régionales de Santé (ARS) et les services de la cohésion sociale. Cela contribue à « développer l'éducation à la santé en milieu scolaire, et plus largement, en ouvrant l'école sur son environnement, **participe à la lutte contre les inégalités** » (140).

De plus, la ministre française actuelle de la Santé et des Solidarités, Agnès Buzyn, soutient dans son rapport de Juin 2018 (141) la mise en place « d'actions de **prévention de la souffrance psychique au travail** (...) notamment pour les professionnels de santé et médico-sociaux », et « de **sensibilisation ou de formations** des médecins, des médias, des usagers des services de santé mentale et de la population générale » afin de contribuer à « **déstigmatiser ces maladies et les personnes touchées** ». Le gouvernement soutient également dans ce rapport la mise en place de « formations aux premiers secours en santé mentale pour les étudiants » (d'abord dans le supérieur), la **formation « des infirmiers en pratiques avancées dans le champ de la santé mentale et psychiatrie** pour un exercice, tant en établissements sanitaires, sociaux ou médico-sociaux, qu'en libéral », et « l'ouverture d'un stage en santé mentale pendant le second cycle des études de médecine et pendant le troisième cycle des études de médecine générale » (sujet que l'on approfondira un peu plus bas).

Pour revenir au rétablissement, un mémoire québécois de 2013, a étudié « de quelle façon les individus stigmatisés pour un problème de santé mentale, amorçant la marche vers une nouvelle identité, arrivaient à négocier leur rapport aux normes sociales pour s'intégrer dans différentes sphères de la vie sociale » (142). Il concluait que « le stigmate et les normes propres à l'intégration apparaissent lourdes et

difficiles à contourner ». L'auteur ajoute dans sa conclusion que « le stigmatisme isole les participantes de façon symbolique. En effet, le déficit de reconnaissance sociale est ressenti quotidiennement ». Elle souligne que « **le rétablissement semble tributaire de l'acceptation sociale de l'entourage** de l'individu plutôt que de sa démarche vers l'autodétermination ».

Enfin, on constate que « le rétablissement repose plutôt sur la capacité à s'intégrer dans un cadre normatif plutôt que comme une négociation de ce cadre », questionnant alors : « N'y aurait-il pas lieu de s'interroger sur la possibilité de mieux tolérer l'ambiguïté par rapport à la norme? ».

⇒ Le déplacement vers le paradigme du rétablissement dans un monde de santé « communautaire » est à la fois en construction, et à défendre au quotidien.

La **rencontre** d'avec les PVTP en est la clé, dans une dynamique universelle de la santé mentale : un **continuum « soignant-soigné »** s'établit au même titre que le continuum « bonne ou mauvaise santé mentale », ce qui bouleverse les repères classiques. **La résolution des troubles devient la réinsertion** (ou réhabilitation) « psychosociale », **dans la communauté**. Au-delà de la guérison du symptôme, de sa diminution, **on vise avant tout l'accompagnement vers un mieux-être**, qui mènera peut-être, in fine, à la disparition des symptômes (en anglais le « care » plutôt que le « cure »).

Dans ce modèle, on ne condamne plus à l'impossible guérison ou à la marginalité (symbolisée par les anciens asiles psychiatriques).

⇒ L'action actuellement la plus recommandée pour faire diminuer la stigmatisation et la discrimination liées à la santé mentale pourrait ainsi être de **prendre conscience** que « si cette personne que j'accompagne, ou que je connais (mon voisin, ma cousine, mon collègue) traverse un trouble psychique, et est en train de se rétablir, alors moi aussi je peux me rétablir d'un trouble psychique si j'en souffre un jour ». Les troubles de santé mentale deviennent alors **mieux acceptés** et les personnes concernées **mieux soignées**.

ii. La clinique

Continuons d'avancer en explorant les différentes manières d'améliorer les pratiques cliniques, afin de réduire la stigmatisation de la santé mentale. Commençons par la discussion, très actuelle, d'un stage obligatoire en psychiatrie durant les études de médecine.

Le stage en psychiatrie (externat et IMG):

Contrairement aux **44,3%** des internes de médecine générale opposés à l'intégration d'un stage de psychiatrie dans la maquette de l'internat de médecine générale, cités au paragraphe « II)a)i. », de nombreuses études montrent des résultats en faveur d'un stage durant les études de médecine.

Une étude de 2017 a montré, chez 678 étudiants en dernière année de médecine (fin de l'externat), qu'un « stage en psychiatrie a eu un **effet positif en réduisant la stigmatisation envers la psychiatrie et les maladies mentales** » (110). Dans leur argumentaire, les auteurs avancent, citant d'autres études antérieures, que « puisque la **combinaison de l'éducation et du contact** s'est

avérée être un moyen efficace de s'attaquer à la stigmatisation, il n'est pas surprenant qu'un stage d'externat en psychiatrie ait permis d'améliorer l'attitude des étudiants à l'égard des troubles mentaux et de la psychiatrie ». L'étude ajoute qu'il faut **être attentif au contenu du stage**, et discuter de santé mentale de manière globale, et pas uniquement via le modèle biologique par exemple. C'est aussi ce contre quoi met en garde une étude similaire de 2012 (111) : « La formation en psychiatrie peut soit renforcer la stigmatisation, soit la réduire ».

Ce résultat, concernant l'impact des stages, est corroboré par une étude chinoise de 2014, qui a examiné, parmi 325 étudiants en médecine de quatrième année, les changements d'attitude à l'égard de la psychiatrie et des maladies mentales au cours d'un stage en psychiatrie de 8 semaines. Les auteurs ont observé une **amélioration significative des attitudes à l'égard de la psychiatrie et de la santé mentale, ainsi qu'une augmentation significative de la proportion d'étudiants ayant une attitude positive à l'égard de la psychiatrie et de la maladie mentale**. Leurs résultats suggèrent que « **la formation par un stage en psychiatrie peut améliorer l'attitude des étudiants en médecine à l'égard de la psychiatrie et des maladies mentales** » (112).

Une autre étude sur les stages, réalisée en France en 2017, a étudié les attitudes stigmatisantes envers la psychiatrie et les pathologies psychiatriques d'étudiants en médecine de 4^e année, étant en stage soit en neurologie soit en psychiatrie, avant et après les cours théoriques de psychiatrie. Il en résulte, en analyses stratifiées, que « les attitudes stigmatisantes ne s'améliorent significativement que chez les externes en psychiatrie ($b = - 4,66$; $p = 0,001$) et pas chez les externes en neurologie ($b = - 1,45$; $p = 0,16$) ». Les auteurs concluent que **la « formation initiale devrait intégrer des stages en psychiatrie et des**

interventions visant à réduire la stigmatisation tout au long du cursus » (113).

A noter que les scores (après analyse multivariée) « étaient significativement plus bas en fin de stage quel que soit le lieu ($b = - 2,8$; $p = 0,001$) », montrant un effet probable des cours théoriques de psychiatrie sur les attitudes stigmatisantes, quelque soit le lieu de stage. Pour les auteurs, « **les étudiants en médecine, en tant que futurs médecins, constituent une cible prioritaire pour les actions de déstigmatisation de la pathologie psychiatrique** ».

⇒ Pour résumer, un stage obligatoire dans un service de « santé mentale » pendant l'externat de médecine, **à condition qu'il soit bien préparé**, semble une décision prometteuse pour améliorer les attitudes et conduites stigmatisantes et discriminantes, et, in fine, la prise en charge de ces nombreuses personnes ayant un trouble psychique en diagnostic principal ou secondaire (notamment à une pathologie « somatique »).

Le terme de service de « santé mentale » est volontairement employé afin d'englober et d'ouvrir sur les lieux, notamment médico-sociaux, où l'on s'occupe de la santé mentale de la population sans vouloir la « psychiatriser », la médicaliser à outrance (les appartements associatifs, les maisons des usagers, les communautés thérapeutiques, les services de médecine scolaire...).

Précisons que, s'il est maintenant clairement démontré l'intérêt d'un stage en « santé mentale » durant l'externat, la ministre des Solidarités et de la Santé Française, Agnès Buzyn, soutient également la création d'un stage « en santé mentale » **pendant le troisième cycle de médecine générale** (l'internat). Dans la feuille de route « Santé mentale et psychiatrie », écrite par le Comité Stratégique de la Santé Mentale et de la Psychiatrie le 28 Juin 2018, cela constitue l'action numéro

23 : « **favoriser un stage en santé mentale pendant le second cycle des études de médecine et pendant le troisième cycle des études de médecine générale** » (143).

Concernant la formation clinique plus globale, l'ancien modèle d'apprentissage clinique du patient comme « matière-support » devient obsolète (114). Cela évolue, dans certains pays comme au Canada, en faveur d'un cursus médical où « les étudiants de médecine sont mis en lien avec des **tuteurs-patients** qui les suivent au cours de leur formation » (86,114).

⇒ Comme nous l'avons vu en II)a)ii), les PVTP peuvent apporter beaucoup à la formation médicale, autant au niveau de la déstigmatisation que de l'amélioration des compétences de soins.

Connaître la complexité

Les PVTP sont souvent considérées comme des patients « épuisants sur le plan émotionnel » (57). De plus, les « diagnostics complexes » (en général la présence de symptômes physiques et psychiatriques aigus dans l'étude ici citée) ont été décrits comme le facteur le plus contributif des comportements discriminants dans les soins des personnes ayant un trouble psychique pour co-morbidité (71) (c'est-à-dire soignée pour un trouble lambda mais ayant un trouble psychique associé).

Une autre étude ciblant un service d'urgence corrobore l'impact de ces troubles « complexes » : « les facteurs directs qui peuvent conduire à une mauvaise attribution de plaintes somatiques à un trouble psychique sont des **présentations complexes** ou des aspects liés à une mauvaise communication ou à un

comportement difficile (opposant par exemple) du patient » (115). Parmi les facteurs contextuels à cette mauvaise attribution, les auteurs citent notamment « les contraintes de temps et les **attitudes stigmatisantes** d'une minorité de membres du personnel ».

⇒ Il y a donc un **besoin de formation sur les troubles psychiques** qui sont décrits comme particulièrement difficiles à prendre en charge et épuisants émotionnellement. Leur fréquence, vue dans la première partie de ce travail, ne permet pas de les ignorer ni de les considérer secondaires ou optionnels dans les formations des professionnels de la santé.

On voit donc qu'il n'est pas aisé de savoir comment (ré)agir face à cette « inquiétante étrangeté » souvent angoissante, pour reprendre une formule du neurologue et père de la psychanalyse, Freud.

Dans la formation READ, détaillée antérieurement, trois types de « diagnostics complexes » ont été mis en évidence. Voyons de quels troubles il s'agit :

- Les troubles de l'interface psychique-physique : ce qu'on appelle les troubles somatoformes, qui consistent souvent en des plaintes somatiques sans cause retrouvée autre que des éléments anxieux suggérés et non verbalisés. Cela mène à des propos rejetant comme « *Vous n'avez rien monsieur ! Vos poumons et votre respiration vont très bien, votre prise de sang est parfaite, maintenant cessez de stresser et de venir aux urgences !* », ou « *Oh non, encore lui, il va encore dire qu'il a mal au ventre à se plier en deux. Comme d'habitude il n'aura rien, et l'équipe de psychiatrie l'orientera vers le CMP où il n'ira pas...* ».

C'est le genre de situation qui peut également mener à ce qu'on appelle le « **diagnostic éclipsant** » (« *overshadowing diagnostic* ») : cela consiste à allouer à un diagnostic de trouble psychique, déjà posé, toutes les plaintes physiques de la personne. Par exemple : « *vous avez des tremblements ? C'est l'anxiété ça monsieur. Des troubles du transit ? C'est aussi l'anxiété.* ». Alors que non, pas toujours. Cela mérite une exploration comme pour tout un chacun, afin de prévenir les décès évitables des PVTP victimes de ce diagnostic éclipsant.

- Les troubles de personnalité émotionnellement instables : selon les classifications (DSM-5), un trouble de personnalité est une « modalité durable de l'expérience vécue et des conduites qui dévie notablement de ce qui est attendu dans la culture de l'individu », qui est rigide, envahissante, stable, prolongée, et qui ne s'explique pas par une autre pathologie ni par l'usage d'une substance (19). Il y en a plusieurs types, divisés en clusters. Par exemple, dans le cluster B, dit « émotionnel », on trouve les personnalités borderline, histrionique, et antisociale. Sans entrer dans les détails (cf. les références), ce sont des personnes dont la souffrance mène souvent à demander beaucoup de soins avec une alliance thérapeutique difficile à instaurer, à se mettre particulièrement en danger (auto-agressivité), ou à présenter des conduites d'opposition souvent impulsives et parfois violentes. Ces troubles suscitent beaucoup d'incompréhension de la part des professionnels de santé (« *pourquoi joue-t-il à me provoquer et à tout mettre en échec alors que je mets de l'énergie à essayer de l'aider et qu'il est 2h du matin !?* ») et à des attitudes de rejet, liées à un **sentiment d'impuissance**.

- Enfin, les troubles d'usage de substances : cela concerne les personnes présentant des addictions (pas toujours à des substances d'ailleurs), qui sont difficiles à accompagner de par leurs troubles qui, par définition, les mettent dans l'impossibilité de contrôler ce comportement, en dépit de la connaissance des conséquences négatives (19). Malgré des tentatives de soins et des propositions multiples de structures d'aide, ces personnes ont un parcours de soins jalonné d'errance, parfois décourageante pour les professionnels de santé insuffisamment ou mal formés.

L'étude anglaise déjà citée, concernant les équipes de liaison en psychiatrie (71), suggérait des **formations théoriques** dans les services de soins, et le **changement régulier** des équipes de liaisons de psychiatrie, qui ont un rôle dans l'initiation des changements souhaités.

⇒ Cela souligne le caractère particulièrement complexe des troubles psychiques, qui **nécessitent une formation solide et actualisée, ainsi que des moments permettant de prendre du recul** (ce que nous allons aborder au paragraphe suivant).

Rappelons pour conclure celui-ci, que la psychiatrie est issue de la médecine d'assistance, dont le leitmotiv posé par Ambroise Paré est de « **guérir parfois, soulager toujours** ». Un article de 2015 rappelle, en citant Semprun, un écrivain espagnol, qu' « il est des maladies dont, si on les guérit, le patient ne survit pas » (11). Cela illustre la spécificité d'approche que nécessitent certains troubles psychiques. N'oublions pas que le fonctionnement de la « vie » psychique reste un bastion non élucidé par la science contemporaine, qui nous renvoie ainsi à une **fascination teintée de frustration scientifique**.

Les temps de « reprise » :

Par temps de « reprise », on englobe ici les notions de « supervision », et « d'intervision ». On pourrait rapprocher aussi ces temps des « débriefings », d'influence plus anglo-saxonne, qui peuvent avoir lieu dans les équipes de soin, notamment lors de situations particulièrement dures à vivre (et ce aussi en médecine « somatique »). Ces temps sont des espaces favorisant **l'analyse réflexive** (renvoyée par une personne extérieure) des espaces et situations de travail, analysant les opérations à la fois cognitives et affectives en jeu.

Sans détailler ces vastes concepts, rappelons que la supervision a pour « principes actifs » la réflexion, l'intégration et la conceptualisation des contextes professionnels complexes. C'est aussi un dispositif de **formation**, continue, visant à améliorer les pratiques professionnelles, qui est aussi vu parfois comme un espace de thérapie, et de travail de la confiance en soi et d'estime de soi (144). On associe aussi souvent la supervision à la psychanalyse et à l'analyse du transfert et du contre-transfert (qui sont, très simplement, ce que le patient peut projeter comme affect sur le thérapeute, et inversement, les réactions inconscientes notamment affectives du thérapeute à l'égard du patient et de ce qu'il amène). A noter que ces temps peuvent être pris individuellement ou en groupe.

Comme le dit bien Patrick Chaltiel, chef de service de psychiatrie générale en région parisienne, « si la médecine mentale s'est dotée à l'ère de la psychanalyse des outils théoriques permettant l'élaboration de la question **individuelle ET institutionnelle, du transfert et du contre-transfert** (question de la résonance émotionnelle et du lien affectif mutuel inévitable entre soignant et soigné, moteur même de la cure psychanalytique) » les autres disciplines, « qui sont de toute évidence soumises aux mêmes effets, n'ont que peu bénéficié de ces

élaborations... Comme si le dit transfert n'existait qu'au sein du champ psy... ce qui est un contre-sens » (11).

⇒ On peut donc imaginer que des temps de « reprise des situations cliniques », notamment des **situations de stigmatisation et de discrimination**, puissent être organisés dans les services de soins, et ce **dès les premiers pas professionnels**. Cela pourrait avoir pour effet de soutenir une certaine cohésion d'équipe, d'améliorer les pratiques, de **modifier progressivement les attitudes** en prenant le temps de penser à nos pratiques, et de protéger les professionnels d'un épuisement émotionnel risquant de faire glisser d'une posture soignante à une posture non soignante, parfois porteuse de violences discriminantes.

Le vocabulaire :

En médecine générale, ou dans les services hospitaliers, on peut souvent entendre « *c'est un patient psy* ». Comme si cela suffisait à l'orienter vers un service ou un type de soin. « *C'est un patient cardio* », « *c'est un patient neuro* »...cela suffit-il à savoir si la situation relève d'une hypertension artérielle chronique ou d'un infarctus du myocarde ? D'une maladie de Parkinson débutante ou d'un accident vasculaire cérébral ? Evidemment que non, cela est bien trop vague.

Pour aller plus loin, on peut même entendre « *il est psy* », ou « *c'est un psy* », souvent dit avec une grimace inquiète, témoin d'une attitude stigmatisante. Comme si le type de symptômes rencontrés par la personne permettait de la juger en tant que personne, de faire une prédiction sur sa personnalité, son comportement.

Comme on l'a vu en « l)d.i. », l'article 3 de la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002, précédemment cité, a introduit dans le Code de la santé publique un article L. 1110-2 énonçant que « la personne malade a droit au respect de sa dignité ».

Ce respect global de la dignité a amené une prise en considération de la personne avant tout, avant son trouble ou son numéro de chambre par exemple.

Rappelons aussi ce que nous avons vu plus tôt : le vocabulaire médical, quand il passe dans le domaine grand public, est souvent dévié de son sens initialement souhaité. C'est ainsi que les anciens diagnostics d'« idiot », de « crétin », sont, par exemple, devenus des insultes populaires.

⇒ Il convient donc d'être attentif au vocabulaire employé dans nos pratiques, qui est vecteur de stigmatisation et de discrimination. Jacques Prévert a écrit « *le pouvoir des mots est dans le mouvoir des pots* », citation poétique illustrant que les mots sont moteurs et générateurs de mouvements, donc aussi de changement dans les pratiques.

Des thérapies actives contre la stigmatisation

Passons en revue quelques thérapies ayant montré un impact ou semblant prometteuses contre la stigmatisation.

Un mot sur le mouvement de la **psychologie positive**, qui accorde aussi une attention particulière aux mots, en écho au domaine de la **programmation neurolinguistique** (PNL) : **soigner son langage soignant** est une manière de diminuer la stigmatisation et donc les vécus de discrimination.

Une étude Espagnole de 2015 (25) recommande, selon ses résultats déjà cités antérieurement, que les interventions pour combattre l'auto-stigmatisation visent à réduire les sentiments d'aliénation (de mise à l'écart), et à **améliorer l'acceptation de soi** et d'autres aspects du fonctionnement psychologique **positif**.

La psychologie positive, très en vogue, semble donc avoir aussi toute sa place pour lutter contre la stigmatisation des PVTP et ses nombreuses conséquences.

Attention cependant à ne pas tomber dans une positivité inadaptée comme la vision simpliste péjorative de la « méthode Coué ». Rappelons que la psychologie positive est désormais enseignée dans les universités les plus prestigieuses comme Harvard.

Autre exemple de thérapie contre la stigmatisation : des données (145) ont suggéré que les **schémas de pensée dysfonctionnels** jouent un rôle dans l'auto-stigmatisation de personnes vivant avec une schizophrénie. Une intervention sur ces schémas de pensée négatifs (pessimisme sur ses capacités, défaitisme...) semble être une autre option d'approche psychologique, à laquelle des soignants pourraient être formés. C'est notamment les approches de types cognitives, comportementales et émotionnelles (TCCE) qui, historiquement, ont étudié ces schémas dysfonctionnels.

Une étude européenne de 2013 a étudié l'auto-stigmatisation chez 796 PVTP et montré que, même si cela varie considérablement d'un pays à l'autre, les scores SESE (estime de soi et auto efficacité) et PP (sentiment de pouvoir-impuissance) sont corrélés à une plus importante stigmatisation intériorisée dans l'échantillon total (146). Cela suppose qu'**en travaillant l'estime de soi ainsi que le sentiment de pouvoir agir, on réduit l'auto stigmatisation**. Ce sont des sujets classiquement abordés en psychothérapie.

L'efficacité des interventions de stigmatisation internalisée pour les personnes ayant un diagnostic de schizophrénie ont été étudiées, en 2016, dans une revue narrative systématique et une méta-analyse. Les **interventions sur la stigmatisation internalisée** ont montré certains avantages chez ceux qui souffrent

de maladies mentales graves, y compris ceux qui ont reçu un diagnostic de trouble du spectre schizophrénique. Diverses **interventions psychosociales** ont été utilisées, la majorité ayant recours à la **thérapie cognitivo-comportementale** (TCC), à la **psychoéducation** et à l'entraînement aux **aptitudes sociales**. Même si l'amélioration de la stigmatisation intériorisée grâce aux interventions qui la ciblaient ait été une tendance non significative, les sentiments d'auto-efficacité et l'insight (capacité à avoir conscience de ses troubles et de pouvoir élaborer dessus) ont été considérablement améliorés grâce aux interventions sur la stigmatisation intériorisée. Les auteurs ont conclu que « **les interventions sur la stigmatisation intériorisée sont prometteuses** chez les personnes atteintes d'un trouble du spectre schizophrénique. Les interventions existantes ont démontré de petits effets sur de petits échantillons » (147).

La thérapie ACT (Acceptation and Commitment Therapy), basée principalement sur les notions d'acceptation, de défusion, de pleine conscience et les valeurs, a été étudiée pour réduire les attitudes stigmatisantes chez les intervenants en addictologie, en évaluant aussi l'épuisement professionnel (le burn-out). « L'ACT a eu un **impact positif sur la stigmatisation** lors du suivi à 3 mois, et sur l'épuisement professionnel après le traitement et lors du suivi. (...) **L'ACT a également changé de façon significative la crédibilité des attitudes stigmatisantes** » (84).

La **psychoéducation**, incluant une combinaison d'autres composantes comme la TCC, la formation en aptitudes sociales, le programme d'atteinte des objectifs et la thérapie narrative, a été décrite **prometteuse pour réduire l'auto-stigmatisation** par une revue systématique et méta-analyse de 2016. Cette étude

montrait, plus largement, que « **la plupart des programmes de réduction de la stigmatisation intériorisée semblent être efficaces** » (148).

Pour terminer cette revue de techniques thérapeutiques capables de réduire la stigmatisation, citons l'existence des **interventions ciblant la personnalité**, qui ont montré des avantages « dans la prévention de l'apparition de problèmes **chez les personnes à risque élevé** ou lorsqu'il s'agit de régler des problèmes de santé mentale concomitants dans le cadre d'interventions brèves » (149), ici concernant les troubles d'usage de substances. Dans cette revue de littérature, ces interventions étaient élaborées pour « aider les personnes, présentant des facteurs de risque de personnalité pour les troubles liés à la consommation d'alcool et d'autres drogues, à gérer leur risque ». On peut imaginer que cette approche soit développée pour **prévenir l'apparition de conduites auto-discriminantes chez des personnes à risque élevé souffrant d'un trouble psychique**.

Pour conclure cette sous-partie, élargissons le sujet parmi les équipes de soins, avec ce qu'on pourrait appeler le « **prendre soin institutionnel** » (référence à la thérapie institutionnelle). Nous avons vu précédemment la nécessité de prendre soin des professionnels de santé, population très vulnérable. Nous avons vu également l'existence de techniques thérapeutiques pouvant améliorer le quotidien de ces professionnels : temps de reprise, formations à la psychologie positive ou aux techniques de communication.

Patrick Chaltiel ajoute, à propos du monde de la santé mentale, dans un article sur le risque psycho-social chez les soignants, la « nécessité narcissique, toute particulière en psychiatrie, d'une équipe soignante en bonne santé mentale, animée d'une **forte utopie et apte à donner sens à son travail** » (11). Il est en effet

trop risqué d'attendre d'emblée de la reconnaissance et de la gratification dans le regard des personnes souffrantes et de leurs proches. Il faut alors se nourrir soi-même, et savoir prendre soin de soi. Ainsi, « la **solidarité des soignants psy** est alors une nécessité essentielle car le traitement du traumatisme professionnel grave, individuel ou collectif, est aussi de leur ressort professionnel. Contrairement aux autres professions, **la psychiatrie est appelée à observer et à traiter, en elle-même et par elle-même, ses propres traumatismes professionnels** en plus de ceux des autres ».

L'auteur soutient la « **culture du prendre-soin mutuel** au sein d'une institution soignante constituant la meilleure prévention des risques psychosociaux », définis comme les contraintes professionnelles susceptibles de dégrader l'état de santé psychique d'un individu (77). Pour travailler ensemble, il faut ainsi savoir **affronter les dysfonctionnements et divergences ensemble, les incertitudes et le doute nécessaires** à toute décision thérapeutique, et comme le dit joliment cet article, « pour une dispute sans rupture, il faut de l'amour, celui qui consiste à **regarder ensemble vers la même utopie** qui fonde notre psychiatrie publique, médecine des aliénations et de la liberté, l'utopie « **d'être avec** » **la folie** plutôt que de l'éradiquer, la réprimer, la compartimenter, l'enfermer dans des diagnostics ou dans des institutions ».

⇒ Difficile de mieux conclure : pour mieux « être avec la folie », **appréhender la différence sans la rejeter**, nous nous devons de **cultiver une utopie commune** du soin où chacun se sent libre de **s'exprimer**, même de **se disputer**, sans jamais perdre de vue la **solidarité du « prendre-soin mutuel »**, ni le **sens** de notre travail quotidien. Cela constitue un rempart de choix contre la stigmatisation, et ce dans les équipes de soins en général.

iii. Projets d'internes Lillois

Pour conclure ce travail, nous allons illustrer les propos qui y ont été développés par des exemples de projets portés par des internes de psychiatrie de Lille.

Commençons par « Dansons comme des fous » (150,151), initié en 2014 par Lucile Bailleul et ses partenaires (Nathalie Mostaert de la maison des usagers de la MGEN, Marie-José Froideval du Groupe d'Entraide Mutuel les « ch'tits bonheurs »), qui est un événement annuel consistant en un village sportif et de santé mentale, où l'on trouve des stands sportifs (Yoga, Zumba, volley-ball, hockey...) et d'informations sur la santé mentale/maladie mentale. Cet événement permet des rencontres via l'activité physique et sportive où l'on parle de ses bienfaits sur la santé et la maladie mentale. Le sport est un réel outil de lien social, mais il est aussi vecteur de bienfaits pour la santé physique et mentale. Comme le dit Lucie Bailleul, il s'agit de « sensibiliser le grand public sur le fait que chacun a une santé mentale, dont il faut prendre soin, qu'il faut préserver et entretenir ». L'idée est aussi de pouvoir parler de ce qu'est la santé mentale, la maladie mentale, la psychiatrie, et d'utiliser **le sport comme un outil de déstigmatisation**. C'est une journée sportive pour tous, favorisant le **contact**, qui réunit chaque année les grands et les petits, les sportifs et moins sportifs, les personnes connaissant de près ou de loin la psychiatrie ou au contraire n'en connaissant rien.

En 2016, l'association Lilloise de l'Internat et du Post-internat de Psychiatrie (ALI2P) a participé pour la première fois à la « fête de la soupe » en créant son projet « la soupe aux fous ». La fête de la soupe, appelé aussi « la louche d'or » (152), ayant lieu chaque 1^{er} Mai dans un quartier populaire de Lille, est un festival familial réunissant des associations, des cuisiniers amateurs, afin de partager gratuitement

la recette de soupe de leur choix, dans une ambiance festive animée et musicale qui met à l'honneur les différentes cultures. L'ALI2P y tient un stand depuis 3 ans, proposant une « **soupe aux idées reçues** » où les passants piochent des propositions concernant la santé mentale et la psychiatrie. En discutant des mythes et réalités (153), les festivaliers de tous horizons et de toutes générations s'interrogent, se sensibilisent, et s'informent à des sujets aussi diverses que sont les troubles psychiques. C'est l'occasion de bousculer les représentations du grand public dans une ambiance conviviale, où nous invitons également les participants à définir en quelques mots ce qu'est un « fou » pour eux. Depuis 2017, l'envie d'inviter des associations d'usagers à participer à ce projet est à l'ordre du jour, car qui mieux que les personnes concernées ou l'ayant été peuvent parler de la santé mentale et des troubles psychiques ? Ce projet est amené à s'étendre via des partenariats de ce type, afin de permettre aussi la rencontre entre les internes de psychiatrie, futurs psychiatres, avec les personnes pour qui ils travailleront.

Le projet « GEM les internes », lui, cible justement cette rencontre, ce contact. Dans le cadre du GEM « les ch'tits bonheurs », lieu de rencontres, d'entraide et de convivialité entre « usagers » de la psychiatrie, un groupe d'internes de psychiatrie est invité à venir passer un temps informel au GEM. L'objectif est de favoriser une rencontre entre individus, et de pouvoir mieux se connaître, mieux s'appréhender et, in fine, mieux travailler ensemble. Cette rencontre informelle se veut « horizontale » : chaque participant est avant tout une personne. Elle s'organise autour d'un repas, préparé ensemble, ou de jeux. Les internes sont invités à se mélanger aux membres du GEM, à simplement passer du temps avec eux sans être dans une posture clinique ou trop intrusive. Ce projet est dans la ligne des actions basées sur le contact, et permettra, nous l'espérons, de réduire les attitudes et conduites

stigmatisantes ainsi que l'anxiété, et de faire en sorte que ces deux groupes se rencontrent mieux, même dans un milieu de soins.

Enfin, l'ALI2P a également mis en place les Groupes de Réflexion et d'Echanges Cliniques (GREC) depuis 2016, ayant pour but de donner ce que nous avons appelé plus haut des **temps de reprise aux internes**. L'objectif ici est de favoriser un lien transgénérationnel entre les internes et des jeunes psychiatres, en échangeant sur des situations cliniques vécues amenées par les internes. Ce projet a pour bénéfice à la fois de gagner en confiance dans sa pratique, de mieux définir sa posture soignante, mais aussi de pouvoir discuter des ressentis et émotions vécus sur les lieux de stage. Comme nous en avons parlé dans cet écrit, ces échanges et cette verbalisation peuvent permettre d'améliorer la santé mentale des soignants, et ainsi, indirectement, de mieux accompagner les PVTP, en évitant toute conduite discriminante défensive (comme le rejet consécutif à un sentiment d'impuissance).

⇒ Ce travail s'achève par ces exemples d'actions contre la stigmatisation en santé mentale, portées par des jeunes, qui laissent poindre l'espoir de générations de soignants moins stigmatisants et discriminants, plus sensibles aux conséquences de ces phénomènes liés à une incompréhension et à une différence qu'il faut apprendre à rencontrer et à accepter.

Conclusion

Dans ce travail de thèse, nous avons passé en revue les aspects théoriques de la santé mentale, puis de la psychiatrie, qui pourrait s'affirmer alors comme la discipline médicale spécialisée dans la santé mentale.

La Santé Globale et le Bien-être, notions englobantes et transversales, ont été définies, abordant d'autres grands concepts comme la Santé Publique et Communautaire, les Déterminants de la santé, la Promotion de la santé, et la Qualité de vie.

Les processus de stigmatisation et de discrimination ont été à leur tour explorés, contextualisés dans cette santé globale.

Nous avons vu que ces phénomènes frappent large, touchant toutes les personnes gravitant autour des troubles psychiques, qu'ils soient soignants spécialisés ou non soignants, ou qu'il s'agisse de la discipline elle-même. Ils sont lourds de conséquence : apparition de comorbidités, faible accès aux soins, marginalisation, précarisation, isolement, etc.

Nous avons également pointé que, de manière surprenante, ces professionnels de santé, même spécialisés en santé mentale, sont également vecteurs de représentations stigmatisantes et de comportements discriminants, disséminés de manière parfois insidieuse dans leurs pratiques.

En parallèle de ce constat, est apparue l'importance majeure, trop souvent oubliée, de prendre soin de la propre santé mentale des professionnels de santé.

Ensuite, nous avons parcouru différentes manières d'agir contre ces phénomènes et leurs nombreuses conséquences délétères. Les actions basées sur

le contact avec des personnes concernées ou ayant été concernées par un trouble psychique ont été largement plébiscitées.

L'accent a été mis sur la formation des étudiants en médecine, notamment dans leur rôle de vecteurs d'attitudes anti-stigmatisantes et anti-discriminantes, travaillées via des formations innovantes faisant place au savoir expérientiel d'experts par expérience et à la simulation pédagogique en santé.

L'exemple de la formation READ permet d'imaginer l'implantation à court-terme de cette formation, déjà bien rodée, dans les programmes d'études médicales, et d'imaginer son application dans les filières de toutes les professions de santé, voire même des branches médico-sociales, étant amener à côtoyer des personnes vivant avec un trouble psychique.

Pour élargir les propositions pratiques, nous avons exploré les concepts de Santé Mentale Communautaire, et du Rétablissement, bousculant nos représentations habituelles du soin. Des actions institutionnelles et structurelles (politiques) sont ici indispensables, en plus d'actions plus individuelles ou groupales.

Les diverses techniques cliniques, passées en revue dans la suite de cet écrit, rentrent dans le cadre de ces actions plus personnelles et interpersonnelles.

Il est, de toute façon indispensable, d'agir sur tous les niveaux de la stigmatisation, incluant l'auto-stigmatisation, celle qu'on intériorise et qui est particulièrement nuisible aux personnes concernées.

Travailler sur la stigmatisation, comme sur le rétablissement, c'est travailler sur soi.

Cela ne peut se faire sans accepter d'observer ses propres façons d'être, de faire, et de modifier peut-être ses perceptions, ses représentations, donc ses

repères. C'est se mettre en insécurité, pour mieux vivre ensuite à la fois professionnellement et personnellement. C'est aussi accepter ses vulnérabilités, et le regard des autres. Le regard a beaucoup d'importance dans la stigmatisation, on le retrouve partout.

En outre, il paraît important de rappeler dans cette conclusion que tenter d'éviter toute stigmatisation est un objectif chimérique. L'étiquetage, l'apposition de stéréotypes, permet de fonctionner plus économiquement en groupe, c'est une logique cérébrale. Gardons à l'esprit, surtout, d'agir sans relâche pour éviter le plus possible ses conséquences destructrices qui entravent l'amélioration de la qualité de vie des personnes concernées par les troubles, et aussi celle des professionnels de la santé.

« Traiter » la stigmatisation des troubles psychiques, c'est prendre en charge l'impact du trouble dans la vie de la personne touchée, et les conséquences de nos pratiques d'accompagnement. C'est aborder la personne concernée dans son contexte global de vie et son parcours d'existence. C'est apprendre à maintenir une attitude professionnelle, notamment en la questionnant régulièrement en équipe, et à être capable de se confronter à la différence en apprenant à « faire avec », de garder une position soignante même face à l'inconnu fascinant ou inquiétant, générateur de frustration, de sentiment d'impuissance ou de tension psychique.

Comme l'a souligné récemment Graham Thornicroft, grand spécialiste du sujet, « une revue systématique des interventions anti-stigmatisation pour les étudiants dans le supérieur, principalement dans les pays à revenu élevé, a révélé que, tant pour les connaissances que pour les attitudes, les avantages ne se maintiennent à moyen terme que dans environ la moitié des études », et qu' « un

effort concerté est nécessaire pour financer une recherche solide sur le plan méthodologique qui fournira des preuves fortes pour appuyer les décisions d'investissement dans les interventions visant à réduire la stigmatisation » (70).

Ainsi, nous émettons le souhait de voir incluse la formation READ dans les programmes des études médicales, et d'en évaluer ses effets à nouveau, et à plus long terme. Les résultats de l'étude internationale READ, prévus pour 2019, iront probablement renforcer cette idée.

Nous espérons que des dispositifs de formation comme READ pourront être diffusés à l'ensemble des étudiants en médecine et des étudiants de Troisième Cycle, en vue de faire avancer la formation et les pratiques dans ces domaines peu abordés et pourtant omniprésents que sont la Santé Mentale, au sens global, la stigmatisation discriminante, et la nécessité de soutenir la santé des professionnels de santé.

Bibliographie

1. Décret n° 2010-356 du 1er avril 2010 portant publication de la convention relative aux droits des personnes handicapées (ensemble un protocole facultatif), signée à New York le 30 mars 2007 | Legifrance [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2010/4/1/MAEJ1008365D/jo>
2. ONU. Convention relative aux droits des personnes handicapées [Internet]. Convention relative aux droits des personnes handicapées : le rôle majeur de Handicap International. 2006 [cité 17 juill 2018]. Disponible sur: <https://handicap-international.fr/fr/actualites/convention-relative-aux-droits-des-personnes-handicapees-le-role-majeur-de-handicap-international>
3. OMS. La santé mentale: renforcer notre action [Internet]. World Health Organization. 2018 [cité 18 juill 2018]. Disponible sur: <http://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
4. Ensemble pour la santé mentale et le bien-être. Pacte européen pour la santé mentale et le bien-être. Bruxelles; 2008 juin.
5. Hankin BL, Abela JRZ. Development of Psychopathology: A Vulnerability-Stress Perspective. SAGE Publications; 2005. 524 p.
6. Goh C, Agius M. The stress-vulnerability model how does stress impact on mental illness at the level of the brain and what are the consequences? Vol. 22. 2010. 198 p.
7. Lévesque N, Marcotte D. Le modèle diathèse–stress de la dépression appliqué à une population d’adolescents. Rev Eur Psychol Appliquée/European Rev Appl Psychol. 1 juill 2009;59(3):177-85.
8. Oatley K, Keltner D, Jenkins JM. Understanding Emotions. Wiley; 2006. 535 p.
9. Bleuler E, Henri Ey. Dementia Praecox ou Groupe des schizophrénies [Internet]. 1993 [cité 29 août 2018]. 672 p. Disponible sur: <http://sbiproxy.uqac.ca/login?url=http://international.scholarvox.com/book/88849048>
10. Commission Européenne. The state of mental health in the European Union. Luxembourg: European Commission; 2004.
11. Chaltiel P. Chapitre 5: Comment déjouer le risque psycho-social chez les soignants « psy » et les travailleurs sociaux ? Bientraitance Qual Vie. 1 janv 2015;53-60.
12. Furtos J, Laval C, Observatoire national des pratiques en santé mentale et précarité (France), éditeurs. La santé mentale en actes: de la clinique au politique. Ramonville Saint-Agne: Erès; 2005. 357 p. (Études, recherches, actions en santé mentale en Europe).
13. Centre national de ressources textuelles et lexicales. Définition de PSYCHISME [Internet]. Disponible sur: <http://www.cnrtl.fr/lexicographie/psychisme>
14. Marie Absil. Les origines de la stigmatisation [Internet]. psychiatries.be. 2015. Disponible sur: <http://www.psychiatries.be/reconnaissance-et-emancipation/les-origines-de-la-stigmatisation/>
15. Dion C. Stigmatisation ou démythification? Représentations de la maladie mentale dans les principaux médias écrits francophones du Québec en 2007. nov 2011;128.

16. Roelandt JL, Caria A, Benradia I, Bacle SV. 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.* sept 2012;4(2):137-49.
17. Roelandt J-L, Caria A, Defromont L, Vandeborre A, Daumerie N. Représentations sociales du « fou », du « malade mental » et du « dépressif » en population générale en France. *L'Encéphale.* janv 2010;36(3):7-13.
18. Alain Ehrenberg. «La santé mentale est une question sociale» [Internet]. *Libération.fr.* 2016 [cité 18 juill 2018]. Disponible sur: http://www.liberation.fr/france/2016/12/12/alain-ehrenberg-la-sante-mentale-est-une-question-sociale_1534778
19. Collège national des Universitaires de Psychiatrie (France), Association pour l'enseignement de la sémiologie psychiatrique (France), Collège universitaire national des enseignants en addictologie (France). *Référentiel de psychiatrie et addictologie: psychiatrie de l'adulte, psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, addictologie.* 2016.
20. OMS. PROMOTION DE LA SANTE - Charte d'OTTAWA. 21 nov 1986;6.
21. *Global health: evolution of the definition, use and misuse of the term.* 2013;
22. AYENA F. Santé globale, un concept novateur pour une sécurité globale [Internet]. *Hôpital & Territoires.* 2014 [cité 2 août 2018]. Disponible sur: <http://hopital-territoires.com/?p=2779>
23. Anctil H, Jobin L, Pigeon M, Émond A, Québec (Province), Ministère de la santé et des services sociaux, et al. *La santé et ses déterminants: mieux comprendre pour mieux agir.* Québec: Ministère de la santé et des services sociaux, Direction des communications; 2012.
24. Hatzenbuehler ML, Phelan JC, Link BG. Stigma as a Fundamental Cause of Population Health Inequalities. *Am J Public Health* 1971. 2013;(5):813.
25. Pérez-Garín D, Molero F, Bos AER. Internalized mental illness stigma and subjective well-being: The mediating role of psychological well-being. *Psychiatry Res.* août 2015;228(3):325-31.
26. Arboleda-Florez J, Stuart H. From Sin to Science: Fighting the Stigmatization of Mental Illnesses : Stigma. *Can J Psychiatry.* 2012;(8):457.
27. Erving Goffman. *Stigma: Notes On Management Of Spoiled Identity.* *Ann Am Acad Pol Soc Sci.* 1965;
28. Lipiansky EM. La formation interculturelle consiste-t-elle à combattre les stéréotypes et les préjugés ? :30.
29. Lacaze L. La théorie de l'étiquetage modifiée, ou l'« analyse stigmatique » revisitée, Summary. *Nouv Rev Psychosociologie.* 26 juin 2008;(5):183-99.
30. Sebbane D. « Être » psychiatre, clichés, réalités et perspectives: résultats d'une enquête nationale française menée en 2013 sur la stigmatisation de la profession [Thèse d'exercice]. [Lille, France]: Université du droit et de la santé; 2014.
31. Société pour les troubles de l'humeur du Canada. *Stigma elephant* campaign. 2011.

32. Marie Absil. L'autostigmatisation [Internet]. psychiatries.be. 2015 [cité 12 août 2018]. Disponible sur: <http://www.psychiatries.be/reconnaissance-et-emancipation/lautostigmatisation/>
33. Phelan JC, Link BG, Dovidio JF. Stigma and prejudice: One animal or two? *Soc Sci Med*. août 2008;67(3):358-67.
34. Stephan WG, Stephan CW. Intergroup Anxiety. *J Soc Issues*. oct 1985;41(3):157-75.
35. Stephan WG. Intergroup Anxiety: Theory, Research, and Practice. *Personal Soc Psychol Rev Sage Publ Inc*. août 2014;18(3):239.
36. Giordana J-Y. La stigmatisation en psychiatrie et en santé mentale. Paris: Elsevier/Masson; 2010.
37. Daumerie N, Vasseur Bacle S, Giordana J-Y, Bourdais Mannone C, Caria A, Roelandt J-L. La discrimination vécue par les personnes ayant reçu un diagnostic de troubles schizophréniques. Premiers résultats français de l'étude INDIGO. *L'Encéphale*. juin 2012;38(3):224-31.
38. Thornicroft G, Brohan E, Rose D, Sartorius N, Leese M, INDIGO Study Group. Global pattern of experienced and anticipated discrimination against people with schizophrenia : a cross-sectional survey. *Lancet Br Ed*. 2009;(9661).
39. Goffman E. Stigmate, les usages sociaux des handicaps [Internet]. Les Éditions de Minuit; 1975 [cité 14 juill 2018]. Disponible sur: <http://www.leseditionsdeminuit.fr/livre-Stigmate-2092-1-1-0-1.html>
40. Rouillon F. Épidémiologie des troubles psychiatriques. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr*. 1 févr 2008;166(1):63-70.
41. Rapport sur la santé dans le monde, OMS – La santé mentale : Nouvelle conception, nouveaux espoirs [Internet]. WHO. 2001. Disponible sur: <http://www.who.int/whr/2001/chapter2/fr/index2.html>
42. OMS | Chapitre 2: Impact des troubles mentaux et du comportement [Internet]. WHO. [cité 6 août 2018]. Disponible sur: <http://www.who.int/whr/2001/chapter2/fr/index2.html>
43. Whiteford HA, Degenhardt L, Rehm J, Baxter AJ, Ferrari AJ, Erskine HE, et al. Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *The Lancet*. 9 nov 2013;382(9904):1575-86.
44. Bernard GRANGER, Jean NAUDIN. La Schizophrénie : idées reçues sur une maladie de l'existence. 2015.
45. L'Observatoire national du suicide (ONS), Ministère des Solidarités et de la Santé. Suicide : enjeux éthiques de la prévention, singularités du suicide à l'adolescence - 3e rapport [Internet]. 2018 [cité 3 août 2018]. Disponible sur: <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/la-drees/observatoire-national-du-suicide-ons/article/l-observatoire-national-du-suicide-ons>
46. Hamilton S, Pinfold V, Cotney J, Couperthwaite L, Matthews J, Barret K, et al. Qualitative analysis of mental health service users' reported experiences of discrimination. *Acta Psychiatr Scand*. 2016;(S446):14.

47. Caria A, Roelandt J-L, Bellamy V, Vandeborre A. « Santé Mentale en Population Générale : Images et Réalités (Smpg) » : Présentation de La méthodologie d'enquête. *L'Encéphale*. janv 2010;36(3):1-6.
48. Association PromesseS. L'image de la schizophrénie par les médias [Internet]. 2015 déc [cité 4 août 2018]. Disponible sur: <https://www.crehpsy-hdf.fr/lrimage-schizophrenie-par-medias.html>
49. Association Clubhouse France | L'espoir en tête [Internet]. 2018. Disponible sur: <https://www.clubhousefrance.org/>
50. Johan, Comme des fous. Comment l'asile de Fort Boyard m'a rendu fou [Internet]. <https://comedesfous.com>. 2017 [cité 4 août 2018]. Disponible sur: <https://comedesfous.com/comment-lasile-de-fort-boyard-ma-rendu-fou/>
51. Brohan E, Elgie R, Sartorius N, Thornicroft G. Self-stigma, empowerment and perceived discrimination among people with schizophrenia in 14 European countries: The GAMIAN-Europe study. *Schizophr Res*. sept 2010;122(1-3):232-8.
52. Livingston JD, Boyd JE. Correlates and consequences of internalized stigma for people living with mental illness: A systematic review and meta-analysis. *Soc Sci Med*. déc 2010;71(12):2150-61.
53. Corrigan PW, Druss BG, Perlick DA. The Impact of Mental Illness Stigma on Seeking and Participating in Mental Health Care. *Psychol Sci Public Interest*. oct 2014;15(2):37-70.
54. Clement S, Schauman O, Graham T, Maggioni F, Evans-Lacko S, Bezborodovs N, et al. What is the impact of mental health-related stigma on help-seeking? A systematic review of quantitative and qualitative studies. *Psychol Med*. janv 2015;45(01):11-27.
55. Corrigan P. How stigma interferes with mental health care. *Am Psychol*. 2004;(7):614.
56. Staring ABP, Van Der Gaag M, Van Den Berge M, Duivenvoorden HJ, Mulder CL. Stigma moderates the associations of insight with depressed mood, low self-esteem, and low quality of life in patients with schizophrenia spectrum disorders. *Schizophr Res*. 2009;(2-3):363.
57. Stuart H, Sartorius N, Liinamaa T. Images of psychiatry and psychiatrists. *Acta Psychiatr Scand*. 2015;(1):21.
58. Gaebel W, Zielasek J. Overcoming stigmatizing attitudes towards psychiatrists and psychiatry. *Acta Psychiatr Scand*. janv 2015;131(1):5-7.
59. Gaebel W, Zasko H, Zielasek J, Cleveland H-R, Samjeske K, Stuart H, et al. Stigmatization of psychiatrists and general practitioners: results of an international survey. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2015;(3):189.
60. Sebbane D. Les internes de psychiatrie vus par leurs confrères : jugés de près mais préjugés..., Psychiatry Interns as seen by their colleagues: closely judged but prejudiced etc. *Inf Psychiatr*. 2 juin 2015;me 91(5):417-26.
61. Chevallier D, Dunezat P. Psychiatrie, stigmatisation et étudiants infirmiers : influence et déterminants pour un projet d'exercice professionnel. *Inf Psychiatr*. 2007;83(8):675.

62. Code de déontologie médicale | Legifrance [Internet]. [cité 6 août 2018]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?cidTexte=LEGITEXT000006072634&dateTexte=20040807>
63. Schulze B, Angermeyer MC. Subjective experiences of stigma. A focus group study of schizophrenic patients, their relatives and mental health professionals. *Soc Sci Med*. 1 janv 2003;56(2):299-312.
64. Corrigan PW, Mittal D, Reaves CM, Haynes TF, Han X, Morris S, et al. Mental health stigma and primary health care decisions. *Psychiatry Res*. août 2014;218(1-2):35-8.
65. Graber MA, Bergus G, Dawson JD, Wood GB, Levy BT, Levin I. Effect of a patient's psychiatric history on physicians' estimation of probability of disease. *J Gen Intern Med*. 1 mars 2000;15(3):204-6.
66. Dumesnil, H, Cortaredona, S, Cavillon M, Mikol F, Aubry C, Sebbah R, et al. Prise en charge de la dépression en médecine générale de ville: Résultats issus d'une enquête menée auprès d'un panel national de médecins généralistes français. *Inf Psychiatr*. 2014;90(5):341.
67. Ross CA, Goldner EM. Stigma, negative attitudes and discrimination towards mental illness within the nursing profession: a review of the literature. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. août 2009;16(6):558-67.
68. Lauber C, Nordt C, Braunschweig C, Rossler W. Do mental health professionals stigmatize their patients? *Acta Psychiatr Scand*. 2006;(s429):51.
69. Making Sense of it All: Consumer Providers' Theories about Factors Facilitating and Impeding Recovery from Psychiatric Disabilities. 2005;
70. Thornicroft G, Mehta N, Clement S, Evans-Lacko S, Doherty M, Rose D, et al. Evidence for effective interventions to reduce mental-health-related stigma and discrimination. *The Lancet*. mars 2016;387(10023):1123-32.
71. Noblett J, Caffrey A, Deb T, Khan A, Lagunes-Cordoba E, Gale-Grant O, et al. Liaison psychiatry professionals' views of general hospital care for patients with mental illness. The care of patients with mental illness in the general hospital setting. *J Psychosom Res*. 1 avr 2017;95:26-32.
72. Marie Absil. La stigmatisation dans le discours des professionnels [Internet]. *psychiatries.be*. 2015 [cité 12 août 2018]. Disponible sur: <http://www.psychiatries.be/reconnaissance-et-emanicipation/la-stigmatisation-dans-le-discours-des-professionnels/>
73. Corker E, Hamilton S, Robinson E, Cotney J, Pinfold V, Rose D, et al. Viewpoint survey of mental health service users' experiences of discrimination in England 2008-2014. *Acta Psychiatr Scand*. août 2016;134:6-13.
74. Richou F. Bienveillance et performance, une quête sous contraintes. In: *Bienveillance et qualité de vie - Tome 2* [Internet]. Elsevier; 2015 [cité 11 juill 2018]. p. 45-52. Disponible sur: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/B9782294744655000049>
75. Jean-Luc Gallais. Médecine générale, psychiatrie et soins primaires : regard de généraliste. *Inf Psychiatr*. 2014;(5):323.

76. Gwénaëlle Le Breton-Lerouvillois, Jean-Marcel Mourgues, CNOM. La santé des étudiants et jeunes médecins. 2016 p. 99.
77. ISNAR-IMG, ANEMF, ISNCCA, ISNI. Santé mentale Jeunes médecins [Internet]. 2017 juin. Disponible sur: <http://www.isni.fr/wp-content/uploads/2017/07/EnqueteSanteMentale.pdf>
78. MERAD Y. Il est urgent d'agir pour le bien être des étudiants en médecine. [Internet]. ANEMF.org, le site officiel des étudiants en médecine. 2018 [cité 3 août 2018]. Disponible sur: <https://www.anemf.org/blog/2018/03/19/il-est-urgent-dagir-pour-le-bien-etre-des-etudiants-en-medecine/>
79. Emylie Lentzner, ANEMF. Approche du patient dans la formation médicale. 2018 juin.
80. Nathoo A. Evolution de l'état de santé des étudiants en médecine de l'université Lille 2 entre MED-3 et MED-6 : étude de l'accès aux soins et de l'impact des études médicales sur la manière de se soigner. 2016.
81. Aelbrecht B. Evolution de l'état de santé des étudiants en médecine de Lille entre MED-3 et MED-6: Etude de l'accès au soin et de la manière de se soigner. 2017.
82. Josée Chèvrefils. Exploration des perceptions des intervenants en santé mentale, en contexte de recherche de services pour eux-mêmes : étude chez les francophones des régions de Sudbury, de Nipissing Ouest et de North Bay. Université Laurentienne; 2017.
83. Garman A, Corrigan P, Morris S. Staff Burnout and Patient Satisfaction: Evidence of Relationships at the Care Unit Level. *J Occup Health Psychol*. 1 août 2002;7:235-41.
84. Hayes SC, Bissett R, Niccolls R, Roget N, Padilla M, Kohlenberg BS, et al. The impact of Acceptance and Commitment Training and multicultural Training on the stigmatizing attitudes and professional burnout of substance abuse counselors : Research on acceptance and commitment therapy. *Behav Ther*. 2004;(4):821.
85. Casalino E, l'équipe d'encadrement du SAU Bichat-Claude Bernard. Les urgences : du constat de la maltraitance à un projet qualité basé sur la bientraitance. In: *Bientraitance et qualité de vie - Tome 2* [Internet]. Elsevier; 2015 [cité 11 juill 2018]. p. 213-23. Disponible sur: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/B9782294744655000189>
86. Ali Amad. Enseignement MED2 - psychologie médicale. 2017; Faculté Henri Warembourg, Lille.
87. Fovet T, Amad A, Geoffroy, PA, Messaadi N, Thomas P. État actuel de la formation des médecins généralistes à la psychiatrie et à la santé mentale en France. *Inf Psychiatr*. 2014;90(5):319.
88. Angermeyer MC, Holzinger A, Carta MG, Schomerus G. Biogenetic explanations and public acceptance of mental illness: Systematic review of population studies. *Br J Psychiatry*. nov 2011;199(05):367-72.
89. Castarède M-F, Chiland C. L'entretien clinique. Paris: Presses universitaires de France; 2011.
90. Larousse É. Définitions : empathie - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cité 21 août 2018]. Disponible sur: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/empathie/28880>

91. Georgieff N. L'empathie dans le processus psychothérapeutique : agent, moyen ou condition ? *L'Autre*. 2016;17(2):159.
92. Michel M. Évaluation de l'impact d'une Formation à la Relation Thérapeutique sur l'empathie des étudiants en DFASM1 à 6 mois. PARIS DESCARTES; 2017.
93. Eikeland H-L, Ørnes K, Finset A, Pedersen R. The physician's role and empathy – a qualitative study of third year medical students. *BMC Med Educ* [Internet]. déc 2014 [cité 25 août 2018];14(1). Disponible sur: <http://bmcmmededuc.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6920-14-165>
94. NGUYEN TRONG Minh Vy. Impact d'une Formation à la Relation Thérapeutique (FRT) sur les capacités empathiques en DFASM1 de médecine. Analyse qualitative d'un groupe Balint de 7 séances. PARIS DIDEROT - PARIS 7; 2016.
95. Colliez A, Caria A. Face(s) à la coopération entre la psychiatrie et la médecine générale : rencontre entre internes de médecine et usagers du système de soins. 2017;65.
96. ISNI. Pour ou contre un allongement du DES en médecine générale ? [Internet]. Medscape. 2018 [cité 12 août 2018]. Disponible sur: <http://français.medscape.com/viewarticle/3604215>
97. Senez-Sergent E. Objectifs de formation des internes de médecine générale en stage de psychiatrie à Lille. 2016.
98. Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America. To Err is Human: Building a Safer Health System [Internet]. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, éditeurs. Washington (DC): National Academies Press (US); 2000 [cité 14 août 2018]. Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK225182/>
99. Betz R, Ghuysen A, D'Orio V. Simulation en pédagogie médicale: état des lieux. *Rev Médicale Liège* [Internet]. 2014 [cité 14 août 2018];69(3). Disponible sur: <https://orbi.uliege.be/handle/2268/178098>
100. Marie-Christine Moll, Jean-Claude Granry, HAS. État de l'art (national et international) en matière de pratiques de simulation dans le domaine de la santé [Internet]. 2012 Janvier. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-01/simulation_en_sante_-_rapport.pdf
101. Salas E, Klein C, King H, Salisbury M, Augenstein JS, Birnbach DJ, et al. Debriefing Medical Teams: 12 Evidence-Based Best Practices and Tips. *Jt Comm J Qual Patient Saf*. 1 sept 2008;34(9):518-27.
102. Gaffan J, Dacre J, Jones A. Educating Undergraduate Medical Students About Oncology: A Literature Review. *J Clin Oncol*. 20 avr 2006;24(12):1932-9.
103. Dupuis M. Simulation et formations aux métiers de la santé: perspectives éthiques, pédagogies et enjeux pour la pratique. Paris: S. Arslan; 2018.
104. Queva Charles, Nunes, Frédérico, Coffin, Pierre. La simulation médicale comme moyen pédagogique : intérêt à un an [Internet]. 2015 [cité 14 août 2018]. Disponible sur: <http://pepite.univ-lille2.fr/notice/view/UDSL2-workflow-4895>

105. West K, Holmes E, Hewstone M. Enhancing imagined contact to reduce prejudice against people with schizophrenia. *Group Process Intergroup Relat.* mai 2011;14(3):407-28.
106. Stathi S, Tsantila K, Crisp RJ. Imagining Intergroup Contact Can Combat Mental Health Stigma by Reducing Anxiety, Avoidance and Negative Stereotyping. *J Soc Psychol.* nov 2012;152(6):746-57.
107. Pomey M-P, Flora L, Karazivan P, Dumez V, Lebel P, Vanier M-C, et al. Le « Montreal model » : enjeux du partenariat relationnel entre patients et professionnels de la santé. *Santé Publique.* 2015;S1(HS):41.
108. LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. 2002-303 mars 4, 2002.
109. Luigi Flora. Savoirs expérientiels des malades, pratiques collaboratives avec les professionnels de santé : état des lieux. juin 2013 [cité 15 août 2018]; Disponible sur: http://www.academia.edu/16298492/Savoirs_exp%C3%A9rientiels_des_malades_pratiques_collaboratives_avec_les_professionnels_de_sant%C3%A9_%C3%A9tat_des_lieux
110. Gross O. De l'institutionnalisation d'un groupe culturel à une entreprise de formation Le cas des patients-experts. 1 avr 2015;
111. Olivia Gross, Yannick Ruelle, Rémi Gagnayre. « Les patients enseignants, une révolution dans la formation des médecins ». *Le Monde.fr* [Internet]. 12 sept 2016 [cité 8 juill 2018]; Disponible sur: https://www.lemonde.fr/festival/article/2016/09/12/les-patients-enseignants-une-revolution-dans-la-formation-des-medecins_4996489_4415198.html
112. CCOMS. Programme « Médiateur de santé/pair » [Internet]. CCOMS. [cité 15 août 2018]. Disponible sur: <http://www.ccomssantementalelillefrance.org/?q=programme-%C2%AB%C2%A0m%C3%A9diateur-de-sant%C3%A9pair%C2%A0%C2%BB>
113. Johnson S, Lamb D, Marston L, Osborn D, Mason O, Henderson C, et al. Peer-supported self-management for people discharged from a mental health crisis team: a randomised controlled trial. *The Lancet.* août 2018;392(10145):409-18.
114. Lasalvia A, Zoppei S, Van Bortel T, Bonetto C, Cristofalo D, Wahlbeck K, et al. Global pattern of experienced and anticipated discrimination reported by people with major depressive disorder: a cross-sectional survey. *The Lancet.* 5 janv 2013;381:55-62.
115. Shefer G, Henderson C, Howard LM, Murray J, Thornicroft G. Diagnostic Overshadowing and Other Challenges Involved in the Diagnostic Process of Patients with Mental Illness Who Present in Emergency Departments with Physical Symptoms – A Qualitative Study. Dekel S, éditeur. *PLoS ONE.* 4 nov 2014;9(11):e111682.
116. Knaak S, Modgill G, Patten SB. Key ingredients of anti-stigma programs for health care providers: a data synthesis of evaluative studies. *Can J Psychiatry Rev Can Psychiatr.* oct 2014;59(10 Suppl 1):S19-26.
117. Marie Absil. Contre la stigmatisation : au-delà des y-a-qu'à [Internet]. *psychiatries.be.* 2015 [cité 12 août 2018]. Disponible sur: <http://www.psychiatries.be/reconnaissance-et-emancipation/contre-la-stigmatisation-au-dela-des-y-a-qua/>

118. Pettigrew TF, Tropp LR. How does intergroup contact reduce prejudice? Meta-analytic tests of three mediators. *Eur J Soc Psychol.* 2008;(6):922.
119. Evans-Lacko S, Little K, Meltzer H, Rose D, Rhydderch D, Henderson C, et al. Development and Psychometric Properties of the Mental Health Knowledge Schedule. *Can J Psychiatry.* 2010;(7):440.
120. Kassam A, Glozier N, Leese M, Henderson C, Thornicroft G. Development and responsiveness of a scale to measure clinicians' attitudes to people with mental illness (medical student version). *Acta Psychiatr Scand.* 2010;(2):153.
121. Hojat M, Louis DZ, Maxwell K, Markham F, Wender R, Gonnella JS. Patient perceptions of physician empathy, satisfaction with physician, interpersonal trust, and compliance. *Int J Med Educ.* janv 2010;1:83.
122. Hojat M, Gonnella JS. Eleven Years of Data on the Jefferson Scale of Empathy-Medical Student Version (JSE-S): Proxy Norm Data and Tentative Cutoff Scores. *Med Princ Pract Int J Kuwait Univ Health Sci Cent.* 2015;24(4):344-50.
123. Hojat M, LaNoue M. Exploration and confirmation of the latent variable structure of the Jefferson scale of empathy. *Int J Med Educ.* 20 avr 2014;5:73-81.
124. Friedrich B, Evans-Lacko S, London J, Rhydderch D, Henderson C, Thornicroft G. Anti-stigma training for medical students: The Education Not Discrimination project. *Br J Psychiatry.* avr 2013;202(s55):s89-94.
125. Nordt C, Rossler W, Lauber C. Attitudes of Mental Health Professionals Toward People With Schizophrenia and Major Depression. *Schizophr Bull.* 12 oct 2005;32(4):709-14.
126. Couture S, Penn D. Interpersonal contact and the stigma of mental illness: A review of the literature. *J Ment Health.* janv 2003;12(3):291-305.
127. Schnyder N, Panczak R, Groth N, Schultze-Lutter F. Association between mental health-related stigma and active help-seeking: Systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry.* avr 2017;210(04):261-8.
128. Oskamp S, éditeur. *Reducing prejudice and discrimination.* Mahwah, N.J: Lawrence Erlbaum Associates; 2000. 353 p.
129. Neasa Martin, Valerie Johnston, Esther Samson. Stigmatisation et troubles mentaux : un enjeu collectif. AQRP [Internet]. Printemps 2009 [cité 12 août 2018];18 No 1. Disponible sur: <https://aqrp-sm.org/publications-de-laqrp/revue-le-partenaire/publications-libres/volume-18-no-1-printemps-2009/>
130. Blanchette Y, Fradet H, Grenier D, Harvey D, Landry V, Langlois R, et al. La lutte contre la stigmatisation et la discrimination associées aux problèmes de santé mentale au Québec. mars 2014;24.
131. Nicole Beunaiche, Simon Vasseur-Bacle. *L'Autre Regard, espace propice à la réhabilitation psychosociale et au rétablissement? DIU Santé Mentale dans la Communauté (Lille, Paris, Marseille));* 2014.

132. Deegan P, Carbonnelle TH. Le rétablissement en tant que processus autogéré de guérison et de transformation. 2001;10.
133. Letailleur C. Le rétablissement. DIU Santé mentale communautaire; 2017; Paris.
134. Catherine Holué. Rétablissement - Santé mentale de A à Z - Espace Presse - Psycom [Internet]. 2013 [cité 16 août 2018]. Disponible sur: <http://www.psycom.org/Espace-Presses/Sante-mentale-de-A-a-Z/Retablissement>
135. Françoise Casadebaig, François Chapiro, Daniel Ruffin, Alain Philippe. Description des populations des institutions psychiatriques dans l'enquête HID, rapport final. Ministère de l'emploi, du travail, et de la cohésion sociale, Ministère de la Santé et de la protection sociale; 2004 juill.
136. Institut national de prévention, et d'éducation pour la santé (Inpes). La santé de l'homme - n°413 - mai-juin - 2011. :52.
137. Marie-Rose Moro, Jean-Louis Brison. Mission Bien-être et santé des jeunes [Internet]. 2016 nov. Disponible sur: <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/164000747.pdf>
138. Anne Leroy, Laurence Pralong, Catherine Reymond Wolfer. Déstigmatiser les maladies mentales : une expérience dans les lycées en Suisse. LA SANTÉ DE L'HOMME. juin 2011;(N° 413):38-9.
139. Bunce B. These States Are Now Requiring Mental Health Education [Internet]. Teen Vogue. 2018 [cité 19 août 2018]. Disponible sur: <https://www.teenvogue.com/story/new-york-and-virginia-to-require-mental-health-education>
140. Dominique Berger, Crane Rogers, Carine Simar, Nathalie Houzelle, Sandrine Broussouloux. Place et rôle de l'éducation à la santé dans la formation des enseignants. LA SANTÉ DE L'HOMME. juin 2011;(413):45-7.
141. Santé mentale et psychiatrie : Agnès Buzyn présente sa feuille de route pour changer le regard sur la santé mentale et les personnes atteintes de troubles psychiques [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2018 [cité 30 juin 2018]. Disponible sur: <http://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/presse/communiqués-de-presse/article/sante-mentale-et-psychiatrie-agnes-buzyn-presente-sa-feuille-de-route-pour>
142. Emilie Lemire Auclair. Les effets du rétablissement comme approche thérapeutique sur les processus de lutte contre la stigmatisation de personnes vivant avec un problème de santé mentale [Internet]. Université du Québec à Montréal; 2013. Disponible sur: <https://archipel.uqam.ca/5395/1/M12888.pdf>
143. Comité Stratégique de la Santé Mentale et de la Psychiatrie, Ministère des Solidarités et de la Santé. Feuille de route Santé Mentale et Psychiatrie [Internet]. 2018 juin. Disponible sur: http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/180628_-_dossier_de_presse_-_comite_strategie_sante_mentale.pdf
144. Castro D, Santiago-Delefosse M, Capdevielle-Mougnibas V. La supervision de la pratique clinique : définitions et questionnements. J Psychol. 2009;270(7):45.

145. Park SG, Bennett ME, Couture SM, Blanchard JJ. Internalized stigma in schizophrenia: Relations with dysfunctional attitudes, symptoms, and quality of life. *Psychiatry Res.* janv 2013;205(1-2):43-7.
146. Krajewski C, Burazeri G, Brand H. Self-stigma, perceived discrimination and empowerment among people with a mental illness in six countries: Pan European stigma study. *Psychiatry Res.* déc 2013;210(3):1136-46.
147. Wood L, Byrne R, Varese F, Morrison AP. Psychosocial interventions for internalised stigma in people with a schizophrenia-spectrum diagnosis: A systematic narrative synthesis and meta-analysis. *Schizophr Res.* oct 2016;176(2-3):291-303.
148. Tsang HWH, Ching SC, Tang KH, Lam HT, Law PYY, Wan CN. Therapeutic intervention for internalized stigma of severe mental illness: A systematic review and meta-analysis. *Schizophr Res.* mai 2016;173(1-2):45-53.
149. Conrod PJ. Personality-Targeted Interventions for Substance Use and Misuse. *Curr Addict Rep.* déc 2016;3(4):426-36.
150. Dansons comme des fous : un événement qui fait tilt ! | www.epsm-al.fr [Internet]. 2017 [cité 19 août 2018]. Disponible sur: <http://www.epsm-al.fr/content/dansons-comme-des-fous-un-%C3%A9v%C3%A9nement-qui-fait-tilt>
151. Fédération Régionale de Recherche en Santé Mentale. Dansons comme des fous ! [Internet]. [cité 19 août 2018]. Disponible sur: <https://www.f2rsmpsy.fr/dansons-comme-fous.html>
152. Association Attacafa. Festival International de la Soupe | La Louche d'Or [Internet]. [cité 19 août 2018]. Disponible sur: <http://lalouchedor.com/>
153. Psycom. Mythes et Réalités - Comment agir ? [Internet]. [cité 19 août 2018]. Disponible sur: <http://www.psycom.org/Comment-agir/Mythes-et-Realites>

Annexes

Annexe 1 : Objectifs de formation des internes de médecine générale en stage de psychiatrie selon la thèse du Dr Senez-Sergent (97)

- Détecter, évaluer et orienter un risque suicidaire
- Savoir mener un entretien à visée diagnostique ou d'intervention de crise
- Diagnostiquer et traiter un épisode dépressif caractérisé et expliquer cette prise en charge au patient
- Connaître et utiliser les traitements les plus courants et la surveillance
- Orienter le patient et collaborer avec les dispositifs de soins en psychiatrie
- Répondre à l'urgence et orienter avec pertinence
- Rédiger un certificat d'hospitalisation sous contrainte adapté et dans les formes légales
- Connaître et repérer les premiers signes de décompensation psychotique ou de bipolarité
- Connaître l'ensemble du fonctionnement d'un Secteur de psychiatrie
- Rédiger une demande de consultation en CMP suffisamment détaillée
- Maîtriser les intrications entre maladies somatiques et psychiatriques
- Relever les éléments séméiologiques des principales maladies psychiatriques lors d'un entretien.

Annexe 2 : les meilleures pratiques en matière de débriefing d'équipes médicales selon une revue de littérature (101)

- Les débriefings doivent être des diagnostics (pour l'équipe)
- S'assurer que l'institution crée un environnement d'apprentissage positif pour les débriefings
- Encourager les responsables et les membres de l'équipe à être attentifs aux processus de travail en équipe dans leur pratique
- Former les responsables d'équipe à l'art et à la science de mener des débriefings d'équipe
- S'assurer que les membres de l'équipe se sentent à l'aise pendant les débriefings
- Se concentrer sur un petit nombre de situations problématiques pendant le débriefing
- Décrire les interactions et les processus spécifiques du travail d'équipe impliqués dans la situation présentée
- Apporter un retour (feedback) à l'aide d'indicateurs objectifs de performance (exemples spécifiques).
- Fournir un retour ultérieur sur les résultats moins fréquemment que les retours sur les processus de pratique
- Apporter à la fois un retour individuel et d'équipe, mais savoir quand lequel est le plus approprié
- Raccourcir le délai entre le débriefing et l'évènement pratique autant que possible
- Enregistrer les conclusions faites et les objectifs définis pendant le débriefing pour faciliter le retour durant les prochains débriefings.

AUTEUR : Nom : COLLIEZ

Prénom : Antoine

Date de Soutenance : 18 Septembre 2018

Titre de la Thèse : De l'importance de « traiter » la stigmatisation des troubles psychiques :
Aspects théoriques et pratiques

Thèse - Médecine - Lille 2018

Cadre de classement : Psychiatrie

DES + spécialité : DES Psychiatrie

Mots-clés: stigmatisation, discrimination, santé mentale, formation, professionnels de santé, enseignement par simulation.

Résumé :

Contexte : La stigmatisation en santé mentale est reconnue par de nombreuses études internationales comme un problème majeur, générant des inégalités de traitement. Elle entrave la recherche d'aide ainsi que l'accès global aux soins, à l'emploi, aux formations et au logement pour les personnes concernées. Elle augmente leurs comorbidités, leur mortalité, les situations de précarité, d'isolement et les problèmes judiciaires. La stigmatisation touche aussi la discipline de la psychiatrie, ainsi que ses professionnels (en formation ou en exercice) qui, de manière paradoxale, sont aussi vecteurs d'attitudes stigmatisantes et de comportements discriminants.

Méthode : La première partie de ce travail s'attache à expliciter les concepts gravitant autour de la santé mentale et de la stigmatisation, afin de mieux en cerner les mécanismes et de définir l'évolution des approches y étant consacrées. La santé mentale est une notion large et mal circonscrite, qui peut mener à un diagnostic de trouble psychique nécessitant une intervention psychiatrique, mais aussi à un accomplissement personnel, un bien-être global. La deuxième partie propose un focus sur la formation des étudiants en médecine à travers la mise en place et l'évaluation d'une formation innovante, menée auprès d'une population d'étudiants en médecine de la Faculté de médecine de Lille. La formation READ (Responding to Experienced and Anticipated Discrimination), en cours d'évaluation au niveau international, propose en effet un enseignement mixte, magistral et participatif via l'utilisation de la simulation haute fidélité, en collaboration à chaque étape avec des usagers-experts. Enfin, nous passerons en revue diverses approches, illustrées, d'actions contre la stigmatisation.

Résultats : La formation READ a permis une amélioration significative des attitudes, des connaissances, et des comportements quant à la stigmatisation et à la discrimination en santé mentale. Ces premiers résultats, bien qu'obtenus sur un faible échantillon, apparaissent prometteurs pour justifier le développement d'interventions pédagogiques similaires. Notons que, selon la littérature, les approches basées sur le contact sont les plus efficaces, et que des interventions visant tous les niveaux de stigmatisation (intériorisée, interpersonnelle et structurelle) sont recommandées.

Conclusion : Cette thèse soutient le développement de plusieurs approches existantes pour réduire la stigmatisation en santé mentale. Les formations de sensibilisation à ces notions, utilisant les nouvelles pédagogies et ciblant les futurs professionnels de santé sont particulièrement recommandées.

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur Pierre THOMAS.

Assesseurs : Monsieur le Professeur Renaud JARDRI, Monsieur le Professeur Pierre VIDAILHET, Madame le Professeur Mercé JOURDAIN.

Directrice : Madame le Docteur Déborah SEBBANE.