



Royaume du Maroc المملكة المغربية

كلية الطب والصيدلة
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

Année 2019

Thèse N° 148/19

REPRÉSENTATION SOCIALE DE LA MALADIE MENTALE:

Enquête auprès des étudiants en médecine

THESE

PRESENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 05/07/2019

PAR

Mme. BAQADIR CHAIMAE

Née le 05 Août 1992 à Taounate

POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MEDECINE

MOTS-CLÉS :

Maladie mentale – Étudiants en médecine – Attitudes – Perceptions

JURY

M. FARIH MOULAY HASSAN..... PRÉSIDENT

Professeur d'Urologie

M. AALOUANE RACHID RAPPORTEUR

Professeur agrégé de Psychiatrie

Mme. AARAB CHADYA } JUGES

Professeur agrégé de Psychiatrie

M. YASSARI MOHSINE.....

Professeur agrégé de Psychiatrie

M. BOUT AMINE..... MEMBRE ASSOCIÉ

Professeur assistant de Psychiatrie

SOMMAIRE

I.	INTRODUCTION	13
II.	PROBLEMATIQUE.....	17
1.	Représentation sociale de la maladie mentale en population générale.....	17
2.	Etats dangereux et troubles psychiatriques.....	20
3.	Impact de la représentation sociale sur la prise en charge du malade mental	22
III.	OBJECTIFS DE L'ETUDE.....	25
1.	Objectif principal.....	25
2.	Objectif secondaire	25
IV.	METHODOLOGIE.....	26
1.	Type de l'étude	26
2.	Population cible	26
3.	Taille de l'échantillon	27
4.	Outil de collecte de données	27
4.1	Auto-questionnaire	27
4.2	Echelle MICA (Echelle Mental Illness : Clinicians' Attitudes)	28
a.	Définition et Origine.....	28
b.	Versions et validité	29
c.	Cotation	30
5.	Déroulement de l'enquête	31
6.	Analyse statistique	32
V.	RESULTATS	33
1.	Etude descriptive.....	33
1.1	Caractéristiques sociodémographiques	33
a.	L'âge.....	33
b.	Le sexe	34
c.	Niveau d'étude	35
d.	Statut marital	36
e.	Revenu familial.....	37
f.	Niveau d'instruction des parents	38
1.2	Formation en psychiatrie.....	39

1.3 Antécédents psychiatriques	41
1.4 Connaissances et croyances sur la maladie mentale	43
a. Définition de la maladie mentale	43
b. Facteurs de risque de la maladie mentale	44
c. Curabilité de la maladie mentale.....	45
d. Le pronostic de la maladie mentale.....	45
1.5 Représentation sociale du malade mental.....	46
a. Les caractéristiques des malades mentaux	46
b. La criminalité et le malade mental	50
c. Exclusion et isolement des malades mentaux:	51
d. La réaction devant un malade mental.....	53
1.6 Représentation sociale de la prise en charge de la maladie mentale.....	54
1.7 La prévention de la maladie mentale.....	59
1.8 L'impact du stage et du module d'enseignement de psychiatrie sur la perception de la maladie mentale	60
1.9. Le choix de psychiatrie comme spécialité.....	61
1.10. Résultats de l'échelle MICA et analyse des items	62
2. Etude analytique.....	79
VI. DISCUSSION	82
1. Enseignement de la psychiatrie à la faculté de médecine et de pharmacie de Fès	82
1.1 Enseignement théorique.....	82
1.2 Stage en psychiatrie	84
2. Etude de la représentation sociale de la maladie mentale chez les étudiants en médecine au Maroc	84
3. Discussion des caractéristiques principales de la population.....	86
3.1 Sexe.....	86
3.2 Moyenne d'âge.....	87
3.3 Statut marital	87
3.4 Antécédents psychiatriques	88
a. Antécédent de consultation psychiatrique.....	88
b. Proche atteint de pathologie psychiatrique	88

3.5	Passage en stage de psychiatrie.....	89
4.	Discussion des facteurs associés aux attitudes des étudiants	92
4.1	Attitudes selon le genre.....	92
4.2	Attitudes selon le statut marital.....	92
4.3	Effet du stage de psychiatrie.....	93
4.4	Attitudes selon l'histoire personnelle: proche suivi en psychiatrie	94
4.5	Attitudes selon le niveau socio-économique.....	95
4.6	Attitudes selon le niveau d'étude.....	95
5.	Points forts de l'étude et limites méthodologiques	96
5.1	Points forts de l'étude	96
5.2	Limites méthodologiques de l'étude	97
a.	Biais de désirabilité sociale	97
b.	Biais de mesure	97
c.	La version de l'échelle MICA	97
6.	Perspectives de l'étude.....	98
7.	Recommandations.....	98
VII.	CONCLUSION.....	101
VIII.	RESUME.....	103
IX.	ANNEXE.....	108
X.	REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	124

LISTE DES ABREVIATIONS

- OMS** : Organisation Mondiale de la santé
- SMPG** : Santé mentale en population générale
- DOM** : Départements d'outre-mer
- MICA** : Mental Illness : Clinicians' Attitudes
- MRS** : Moyenne de réponse standardisée
- CHU** : Centre hospitalier universitaire

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Représentation selon divers comportements ¹	19
Figure 2 : Distribution de l'effectif des étudiants de l'enquête selon les tranches d'âge (n=420).....	34
Figure 3: Distribution de l'effectif des étudiants de l'enquête selon le sexe (n=420)	34
Figure 4 : Répartition de l'effectif des étudiants de l'enquête selon le cycle d'études médicales (n=420).....	36
Figure 5 : Distribution de l'effectif des étudiants de l'enquête selon le statut marital (n=420)	36
Figure 6 : Distribution de l'effectif des étudiants de l'enquête selon le revenu familial (n=420).....	37
Figure 7 : Distribution de l'effectif des étudiants de l'enquête selon le niveau d'instruction de la mère (n=420).....	38
Figure 8 : Distribution de l'effectif des étudiants de l'enquête selon le niveau d'instruction du père (n=420)	38
Figure 9 : Distribution de l'effectif des étudiants de l'enquête selon le passage en stage de psychiatrie (n=420)	39
Figure 10 : Distribution de l'effectif des étudiants de l'enquête selon la durée de stage de psychiatrie (n=420).....	40
Figure 11 : Distribution de l'effectif des étudiants de l'enquête selon l'antécédent de consultation psychiatrique (n=420)	41
Figure 12 : Distribution de l'effectif des étudiants de l'enquête selon la présence d'un proche atteint d'affection psychiatrique (n=420)	41

Figure 13: Distribution de l'effectif des étudiants de l'enquête selon le nombre de proches atteints d'affection psychiatrique (n=420).....	42
Figure 14 : Répartition des réponses des étudiants à propos de la curabilité de la maladie mentale (n=420)	45
Figure 15 : Répartition des réponses des étudiants à propos du pronostic de la maladie mentale (n=420)	45
Figure 16 : Répartition des réponses des étudiants à propos des caractéristiques des malades mentaux (n=420)	47
Figure 17 : Répartition des réponses des étudiants à propos du taux de criminalité chez les malades mentaux et leur exposition à celle-ci (n=420)	50
Figure 18 : Répartition des réponses des étudiants à propos de l'exclusion du malade mental : de sa famille, de la société et de l'activité professionnelle (n=420)	51
Figure 19 : Répartition des réponses des étudiants à propos de l'isolement des malades mentaux de la population générale (n=420)	51
Figure 20 : Répartition des réponses des étudiants à l'énoncé supposant que « la population souffre directement et/ou indirectement de la présence des malades mentaux » (n=420)	52
Figure 21 : Répartition des réactions des étudiants vis-à-vis d'un malade mental (n=420).....	53
Figure 22 : Répartition des réponses des étudiants vis-à-vis du rôle de l'amélioration des connaissances sur la maladie mentale chez la population générale dans l'amélioration de la prise en charge de celle-ci (n=420)	55

Figure 23 : Répartition des réponses des étudiants vis-à-vis de la dangerosité des traitements médicamenteux et le risque de dépendance (n=420)	55
Figure 24 : Répartition des réponses des étudiants vis-à-vis de l'efficacité des moyens de prise en charge de la maladie mentale (n=420)	56
Figure 25 : Répartition des réponses des étudiants vis-à-vis du traitement des malades mentaux par la psychothérapie uniquement (n=420).....	57
Figure 26 : Répartition des réponses des étudiants vis-à-vis du rôle des guérisseurs traditionnels dans la prise en charge du malade mental (n=420)	57
Figure 27 : Répartition des réponses des étudiants vis-à-vis de la chronicité des traitements médicamenteux (n=420).....	58
Figure 28 : Répartition des réponses des étudiants à propos du traitement de choix de la maladie mentale (n=420)	58
Figure 29 : Répartition des réponses des étudiants vis-à-vis de l'impact du module d'enseignement de psychiatrie sur la perception de la maladie mentale	60
Figure 30 : Répartition des réponses des étudiants vis-à-vis de l'impact du stage de psychiatrie sur la perception de la maladie mentale	61
Figure 31 : Répartition des réponses des étudiants à propos du choix de la psychiatrie comme spécialité (n=420).....	61
Figure 32 : Répartition des réponses sur l'item1: "J'apprends la psychiatrie uniquement parce qu'elle tombe aux examens et cela ne m'intéresse pas de lire des informations supplémentaires sur ce sujet"	62

Figure 33 : Répartition des réponses sur l'item 2 : «Les personnes atteintes de maladie mentale sévère ne peuvent jamais récupérer suffisamment pour avoir une bonne qualité de vie».....	63
Figure 34 : Répartition des réponses sur l'item 3:"La psychiatrie est aussi scientifique que les autres champs de la médecine"	64
Figure 35 : Répartition des réponses sur l'item 4 : "Si j'avais une maladie mentale, je ne l'avouerais jamais à aucun de mes AMIS par peur d'être traité(e) différemment ".....	65
Figure 36 : Répartition des réponses sur l'item 5 : "Les personnes atteintes de pathologie mentale sévère sont plus souvent dangereuses que non dangereuses"	66
Figure 37 : Répartition des réponses sur l'item 6 : " Les psychiatres connaissent mieux la vie personnelle des personnes traitées pour maladie mentale que leurs amis ou les membres de leur famille "	67
Figure 38 : Répartition des réponses sur l'item7: "Si j'avais une maladie mentale, je ne l'avouerais jamais à aucun de mes COLLEGUES par peur d'être traité(e) différemment".....	68
Figure 39 : Répartition des réponses sur l'item8 : "Etre psychiatre n'est PAS comme être un vrai médecin".....	69
Figure 40 : Répartition des réponses sur l'item9: "Si un psychiatre me chargeait de traiter les personnes atteintes de maladie mentale de manière irrespectueuse, je ne suivrais PAS ses instructions".....	70
Figure 41 : Répartition des réponses sur l'item10: "Je suis aussi à l'aise pour parler à une personne ayant une maladie mentale qu'à une personne ayant une maladie somatique".....	71

Figure 42 : Répartition des réponses sur l'item11: "Il est important que tout médecin prenant en charge une personne ayant une maladie mentale évalue également son état de santé physique"	72
Figure 43 : Répartition des réponses sur l'item12: "La population n'a PAS besoin d'être protégée des personnes ayant une maladie mentale sévère" ..	73
Figure 44 : Répartition des réponses sur l'item13:"Si une personne ayant une maladie mentale se plaignait de symptômes physiques (douleur thoracique par exemple), je les attribuerais à sa maladie mentale"	74
Figure 45 : Répartition des réponses sur l'item14: "On ne devrait pas attendre des médecins généralistes qu'ils réalisent une évaluation approfondie pour les patients présentant des symptômes psychiatriques car ils peuvent être adressés aux psychiatres"	75
Figure 46 : Répartition des réponses sur l'item15: "On Il pourrait m'arriver d'utiliser les termes "fou", "dingue", "cinglé" etc. pour décrire les personnes ayant une maladie mentale que je vois dans mon travail"	76
Figure 47 : Répartition des réponses sur l'item16:" Si un(e) collègue me disait avoir présenté une maladie mentale, je voudrais continuer à travailler avec lui/elle "	77

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1: Les dix mots les plus significativement attachés à la thématique du malade mental.....	18
Tableau 2 : Répartition de l'effectif des étudiants de l'enquête selon le niveau d'étude (n=420)	35
Tableau 3 : Répartition des réponses des étudiants à propos des différentes définitions suggérées de la maladie mentale (n=420)	43
Tableau 4 : Répartition des réponses des étudiants concernant les différents facteurs de risque de la maladie mentale (n=420)	44
Tableau 5 : Répartition des réponses des étudiants à propos des caractéristiques des malades mentaux (n=420)	46
Tableau 6 : Répartition des réponses des étudiants à propos des caractères permettant la reconnaissance du malade mental (n=420)	48
Tableau 7 : Répartition des réponses des étudiants à propos des comportements associés aux malades mentaux (n=420).....	49
Tableau 8 : Répartition des réponses des étudiants à propos de la prévention de la maladie mentale (n=420)	59
Tableau 9 : résultats de l'analyse uni-variée entre la variable STIGMA et les variables d'intérêt.....	78
Tableau 10 : Principales études réalisées au Maroc à propos du sujet de la représentation sociale de la maladie mentale	85
Tableau 11 : Comparaison de la proportion de sexe masculin et féminin de notre échantillon avec celui des enquêtes similaires	86

Tableau 12 : Comparaison de la moyenne d'âge de notre échantillon avec celui des enquêtes similaires	87
Tableau 13 : Comparaison de la proportion de l'antécédent psychiatrique personnel de notre échantillon avec celui des enquêtes similaires.....	88
Tableau 14 : Comparaison de la proportion d'avoir un proche atteint de pathologie psychiatrique de notre échantillon avec celui des enquêtes similaires	89
Tableau 15 : les différents échantillons des enquêtes similaires.....	91

I. INTRODUCTION

Selon l'organisation mondiale de la santé (OMS), la santé est « un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de la maladie ou de l'infirmité » [1]. Ainsi, la santé mentale se trouve indissociable de la santé globale. Elle est définie comme « un état de bien-être dans lequel la personne peut se réaliser, surmonter les tentions normales de la vie, accomplir un travail productif et fructueux et contribuer à la vie de sa communauté ».

Dans le monde, le problème des troubles mentaux demeure un problème sérieux de santé publique, ces troubles affectent une personne sur quatre, à un moment donné de leur vie ; soit : 450 Millions de personnes, de tous âges et de tous horizons sont touchées (2001) [1]. La maladie mentale, reste un problème de santé grave et couteux au niveau mondial.

D'après les études épidémiologiques fondées sur les communautés dans le monde, il est estimé que le taux de prévalence des troubles mentaux affectant les adultes au cours de leur vie est de 12,2 à 48,6 % et que le taux de prévalence sur 12 mois est de 8,4 à 29,1 % [2]. Cette prévalence considérable est responsable de 14% de la charge mondiale de morbidité [3].

Chaque année, les troubles neuropsychiatriques sont responsables de 1,2 Million de décès ; dont 40 000 décès sont attribués aux troubles mentaux [1]. Ces troubles mentaux sont, par ailleurs, associés à des couts directs élevés, mais aussi et surtout à des couts indirects et sociaux très lourds, en rapport avec les complications comme : le suicide, la clochardisation, la violence, la désinsertion sociale [1].

En effet, les personnes atteintes de troubles mentaux constituent, un groupe vulnérable de la société ; elles sont confrontées à la stigmatisation, à la discrimination et à la marginalisation dans toutes les sociétés. Cette situation accroît les couts sociaux et les risques de violation de leurs droits humains [2]. Les réactions associées à la maladie mentale, qu'elles soient d'ostracisme, de stigmatisation, de répression et de discrimination, ou encore, de compassion, de solidarité, d'assistance et de soutien ; sont des réponses sociales liées essentiellement au phénomène de représentations sociales [5].

La représentation est le produit et « le processus d'une activité mentale par laquelle un individu ou un groupe reconstitue le réel auquel il est confronté et lui attribue une signification spécifique » [6]. C'est un « ensemble organisé d'opinion, d'attitudes, de croyances et d'informations se référant à un objet ou une situation ». Les représentations sociales constituent un phénomène universel puisque, toutes les interactions humaines entre les individus ou les groupes présupposent des représentations sociales [7]. Elles remplissent à la fois une fonction de savoir, une fonction identitaire, et une fonction d'orientation, c'est dire leur importance dans la compréhension de l'ensemble des phénomènes sociaux y compris la maladie mentale [7].

Par ailleurs, les préjugés, les stéréotypes et les croyances associés à la maladie mentale handicapent, encore de nos jours, la prise en charge et la réinsertion sociale de ces malades, malgré l'évolution des mentalités [8]. Tous ces éléments devraient encourager la recherche pour étudier ce phénomène de représentations sociales de la maladie mentale.

En effet, de nombreuses questions sont posées concernant l'impact de la stigmatisation des malades mentaux sur leur accès aux soins :

- La stigmatisation publique que redoutent les individus souffrant de pathologie mentale ne constitue-t-elle pas un frein supplémentaire à la démarche de soins des patients?
- Leurs symptômes physiques peuvent-ils être faussement attribués à des symptômes psychiatriques?
- La stigmatisation des personnes souffrant de pathologie mentale par les professionnels de santé (notamment les médecins) ne trouble-t-elle pas les décisions de prises en charge des médecins?
- Les patients dits « psychiatriques » bénéficient-ils de prises en charge optimales au même titre que les patients issus de la population générale?
- La stigmatisation jouerait-elle un rôle dans la mortalité précoce des sujets atteints de pathologie mentale?

Cependant, au Maroc, peu d'études sont menées dans ce sens, d'où l'intérêt d'aborder cette thématique dans le contexte Marocain.

Les personnes atteintes de pathologie mentale souffrent de nombreuses comorbidités somatiques réduisant leur espérance de vie. Leur stigmatisation par les médecins et étudiants constitue potentiellement un frein à leur accès aux soins. Les données de la littérature mettent en évidence des attitudes fréquemment négatives à leur égard.

Aborder cette thématique de représentations sociales de la maladie mentale, chez les étudiants en médecine, futurs médecins, est, sans doute, un élément qui va avoir un apport important sur le diagnostic et la prise en charge de la maladie mentale.

II. PROBLEMATIQUE

1. Représentation sociale de la maladie mentale en population générale

Le malade mental est défini par des critères sémiologiques mais aussi des critères sociaux définis comme « déviants ». Dans leur revue de la littérature Hayward et Bright [9] montrent que les malades mentaux sont décrits dans la population comme dangereux, imprévisibles, il est difficile de parler avec eux, eux seuls sont responsables, ils pourraient s'en sortir par eux-mêmes, ils répondent peu aux traitements.

Aborder les maladies sous l'angle des représentations permet de comprendre les comportements qui y sont associés : peur /empathie, culpabilité / compassion, rejet/ acceptation du soin...etc.

L'enquête « La santé mentale en population générale : images et réalités (SMPG)» étudie les représentations sociales de la population vis-à-vis de la santé mentale à travers trois archétypes fabriqués historiquement, socialement, culturellement et médicalement : le fou, le malade mental, le dépressif. Un échantillon de la population française a été constitué en agréant les données des sites français.

Les données ont été redressées pour être représentatives de la population française âgée de 18 ans ou plus, sur les variables âge, sexe, niveau d'études, catégorie socioprofessionnelle et situation vis-à-vis de l'emploi, selon les données du recensement national de 1999. Cet échantillon compte environ 36 000 individus pour la France métropolitaine et 2 500 pour les DOM [10]. Seul l'échantillon métropolitain a été utilisé dans

cette analyse.

Les résultats de l'enquête sur la représentation sociale du malade mental montrent que ce dernier est perçu comme un être différent, mais contrairement au fou on peut lui attribuer une maladie, une cause et un traitement médical. Le désordre est ici franchement organique (cérébral, physiologique, cerveau, tumeur, traumatisme, accident).

« Selon vous, qu'est-ce qu'un malade mental ? »

Les dix mots les plus significativement attachés à la thématique du malade mental

Tableau 1: Les dix mots les plus significativement attachés à la thématique du malade mental¹

CHI	Forme
3071.21	Cerveau
2464.97	Maladie
2144.14	Troubler
1893.01	Naissance
1617.79	Psychologie
1360.76	Psychisme
1356.84	Mental
1343.68	Déficient
1301.75	Atteindre
1166.20	Fou

¹ (Source : Enquête SMPG. Ministère de la santé ASEP-CCOMS-EPsm Lille-Métropole. Exploitation CCOMS)

De nombreux comportements violents et dangereux sont associés à l'image du malade mental : commettre un viol % (46% vs 39% pour le fou), un inceste (46% vs 37,6%), être violent envers soi-même (45% vs 22%), être violent envers les autres (43% vs 29%) et battre régulièrement son conjoint ou ses enfants (40%).

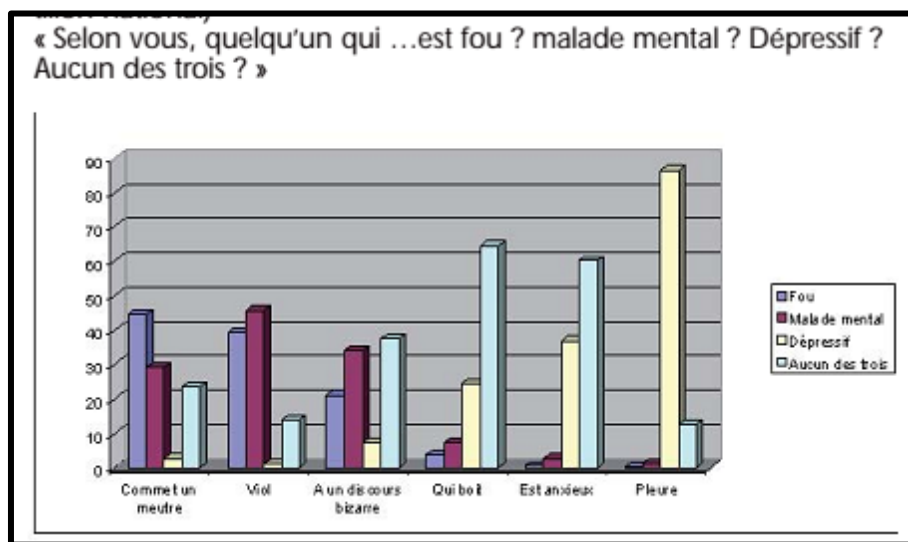


Figure 1 : Représentation selon divers comportements¹

Par ailleurs, lui sont aussi attribués le délire (48% vs 28%), la déficience intellectuelle (48%) et le discours bizarre (34%). Les enquêtés pensent qu'on reconnaît un malade mental à son comportement (37,5%) et son discours (22%). La grande majorité pense qu'il n'est pas responsable de sa maladie (92%) ni de ses actes (78%). Un peu plus de la moitié pense qu'il n'a pas conscience de sa maladie et 77% qu'il souffre (vs 55%). Il est perçu comme exclu du monde du travail (76%) des répondants), de la société (68%) et aussi de sa famille (45%). Pour 55% des enquêtés, un malade mental peut guérir. Environ trois quarts estiment qu'il doit être soigné même sans son consentement et qu'il n'est pas possible de le soigner sans médicament.

Les soins les plus cités pour le malade mental sont les médicaments

(28%), la psychothérapie (17 %), l'hospitalisation (17%) et le soutien relationnel (13%). Près des (71%) conseilleraient à un proche malade mental d'être hospitalisé ou de voir un psychiatre (70%). 38 % connaissent d'autres lieux que l'hôpital psychiatrique pour soigner un malade mental; parmi eux, les lieux de vie et d'hospitalisation représentent plus de la moitié des réponses.

2. Etats dangereux et troubles psychiatriques

En dépit de l'évolution de la psychiatrie dans ses pratiques et son organisation et de la reconnaissance juridique des droits des patients atteints de troubles psychiques, notamment au travers des récentes lois, les représentations sociales liées au « fou » et au « malade mental » demeurent marquées par le danger et la criminalité [11]. Plus un acte est jugé comme dangereux, plus il est considéré comme anormal et attribué au fou et au malade mental. Les comportements les plus violents (commettre un inceste, un viol, battre un membre de sa famille...) sont, pour les enquêtés, associés à la folie et à la maladie mentale.

La corrélation entre état dangereux, troubles psychiques et violence est un sujet actuel des recherches et de leurs contradictions. Dans la littérature scientifique, ce n'est qu'à partir des années 80 que « état dangereux » et « maladie mentale » vont être considérés comme deux entités distinctes. Les « malades mentaux » ne représenteraient en effet plus, d'après les études, un groupe spécialement dangereux pour la sécurité publique [12].

Durant les quinze dernières années de nombreux chercheurs se sont penchés sur le sujet : enquêtes épidémiologiques [13,14], enquêtes

prospectives de patients après leur sortie d'hôpital [15, 16, 17], et investigations faites sur des populations homicides [18,19]. D'une part, certaines études [13,14] ont établi un lien significatif entre violence et troubles mentaux graves, par rapport à la population générale. D'autre part, il a été montré que 87 à 97% des agresseurs ne sont pas des « malades mentaux » [20].

Selon une vaste enquête dans la population générale, menée auprès de 34 653 personnes, les malades atteints de schizophrénies, de troubles bipolaires ou de dépression ne rapportent pas plus d'actes de violence que les personnes sans troubles psychiques. Le risque de passage à l'acte violent serait sensiblement identique dans la population présentant un trouble psychique et dans la population générale [16].

Enfin, la violence grave demeure un événement rare d'un point de vue statistique [21]. Le risque le plus élevé d'agression physique concernerait particulièrement un sous-groupe de patients [22, 23, 24] ayant l'une ou l'autre des caractéristiques suivantes : antécédents de violence, non observance de la médication et du suivi, abus d'alcool et de drogue, pauvre intégration communautaire, pensées ou fantasmes violents, symptomatologie aiguë et lésions cérébrales.

3. Impact de la représentation sociale sur la prise en charge du malade mental

Constatant que la population de patients atteints de pathologie mentale décède prématurément et ne bénéficie pas toujours des mêmes procédures de soins que la population générale, de nombreux auteurs ont émis l'hypothèse que les personnes atteintes de maladie mentale souffrent de discrimination par les professionnels de santé à l'origine d'une prise en charge de qualité moindre que la population générale.

Dès 1986, Furnham [25] menait une étude interrogeant les attitudes de 449 étudiants en médecine dans trois universités londoniennes à propos de neuf spécialités médicales différentes.

Les participants, étudiants en médecine entre la deuxième et la cinquième année, complétaient un questionnaire de 50 items ciblé sur une spécialité médicale. Les analyses statistiques comparant les moyennes obtenues pour chaque item par spécialité mettent en évidence des attitudes particulièrement négatives envers la psychiatrie par rapport aux autres spécialités médicales.

De nombreuses études ont essayé de rechercher les facteurs qui découragent les étudiants en médecine à choisir la psychiatrie comme carrière. Le facteur le plus décourageant serait le pronostic péjoratif associé aux patients psychiatriques et le manque d'efficacité des traitements [26, 27]. L'absence perçue de bases scientifiques, du caractère basé sur les preuves et le manque d'opportunités de recourir aux aptitudes cliniques réduisent également l'enthousiasme des étudiants pour cette spécialité [27, 28]. Le problème relatif au prestige et les considérations financières pèsent également sur cette décision [26, 27, 28, 29, 39, 31].

Il y'a aussi les images négatives véhiculées par les médias sur la psychiatrie, portant tout aussi bien sur les moyens de traitement, jugés oppressifs, que sur le personnel soignant, dépeint comme immoral, tortionnaire ou mentalement dérangé [32]. D'un autre côté, signalons que l'intérêt des futurs médecins pour la psychiatrie est souvent associé au sexe féminin, aux antécédents familiaux de maladie mentale ainsi qu'aux attitudes positives envers la psychiatrie [27].

Il est en effet intéressant de noter que les attitudes des étudiants ont tendance à être multidimensionnelles et complexes. Ainsi une spécialité qui est considérée comme très positive sur une dimension peut être considérée négativement sur une autre [27], d'où l'intérêt de développer des instruments de mesure qui tiennent compte des différentes dimensions.

III. OBJECTIFS DE L'ETUDE

1. Objectif principal

- Etudier les représentations sociales de la maladie mentale chez les étudiants en médecine
- Etudier les paramètres influençant la représentation sociale.

2. Objectif secondaire

- Suggérer des propositions d'actions pour l'amélioration de la représentation sociale de la maladie mentale ainsi que l'image de la psychiatrie

IV. METHODOLOGIE

1. Type de l'étude

Il s'agit d'une enquête transversale à visée descriptive et analytique auprès des étudiants en médecine de la faculté de médecine et de pharmacie de Fès.

2. Population cible

Nous avons ciblé les étudiants en médecine de la faculté de médecine et de pharmacie de Fès, année 2018–2019, de la 1ère jusqu'à la 7ème année.

Le nombre total des étudiants de la faculté de médecine et de pharmacie de Fès (année 2018/2019) est de 3050 étudiants; répartis comme suit : 1ère année = 388 ; 2ème année= 411 ; 3ème année= 357 ; 4ème année= 379 ; 5ème année= 375 ; 6ème année= 436 (40 internes en 1ere année inclus) ; 7ème année=704 (40 internes en 2eme année inclus).

- **Critères d'inclusion**

- Etudiants en médecine de la faculté de médecine et de pharmacie de Fès année 2018–2019.
- Etudiants dont le niveau d'étude varie entre la 1ère et la 7ème année incluses.

- **Critère d'exclusion**

Etudiants en médecine dans une faculté de médecine et de pharmacie autre que celle de Fès.

3. Taille de l'échantillon

La taille de l'échantillon a été estimée sur la base d'une prévalence théorique de 50% pour une enquête transversale.

Ainsi, la taille de l'échantillon de notre étude est de 420 étudiants; répartis comme suit :

1ère année = 53 ; 2ème année = 56 ; 3ème année= 50 ; 4ème année= 52 ; 5ème année= 51 ; 6ème année= 61 ; et 7ème année = 97

4. Outil de collecte de données

4.1 Auto-questionnaire

Les données ont été recueillies à l'aide d'un auto-questionnaire (Annexe 2), anonyme, en langue française, de 24 Items, comportant 11 questions fermées, 9 questions semi-ouvertes et 4 questions évaluatrices d'opinion de manière graduée, explorant les domaines suivants :

- Les caractéristiques sociodémographiques des étudiants : le sexe, l'âge, le statut marital, le revenu familial mensuel et le niveau d'instruction des parents
- Le niveau d'études médicales ;
- Le passage par un stage de psychiatrie ; sa durée en semaines ;
- L'antécédent personnel et familial d'affection psychiatrique ;
- L'évaluation des connaissances et croyances des étudiants sur la maladie mentale : définition, facteurs de risque, prise en charge, prévention et pronostic de la maladie mentale ;
- La mise en évidence de la représentation sociale du malade mental chez les étudiants : les caractéristiques et comportements associés

aux malades mentaux, l'exposition à la criminalité, la réaction devant un malade mental, la souffrance de la population et l'isolement des malades mentaux ;

- L'exposition de l'impact de stage en psychiatrie ; ainsi que l'enseignement théorique de cette discipline, sur la perception de la maladie mentale ;
- Et, Le choix de la psychiatrie comme spécialité.

4.2 Echelle MICA (Echelle Mental Illness : Clinicians' Attitudes)

a. Définition et Origine

Il s'agit d'un questionnaire mis au point par le département de recherche sur les services de santé et la population de l'institut de psychiatrie du King's College de Londres, dont l'objectif principal est la mesure des attitudes des étudiants envers les personnes atteintes de pathologie psychiatrique.

Le développement de la balance faisait partie du doctorat d'Aliya Kassam à l'institut de psychiatrie [33]. La validation psychométrique de l'échelle a été réalisée dans le cadre de l'institut national de recherche en santé SAPHIRE(NIHR) programme sur la stigmatisation et la discrimination en matière de santé mentale.

L'échelle est auto-administrée, nécessite environ 5min pour la compléter. Elle contient 16 items dont émergent plusieurs thèmes :

- La perception de la psychiatrie par les médecins et par le grand public;
- La place de la psychiatrie dans les études médicales;
- L'attribution de symptômes somatiques à la pathologie mentale;

- L'avis général sur les personnes atteintes de maladie mentale;
- Et, Le « rétablissement » (recovery) des personnes atteintes de pathologie mentale

Dans notre enquête, on a eu recours à la version française de l'échelle MICA en raison de l'inexistence d'une version validée à l'arabe dialectal marocain.

b. Versions et validité

• Versions

MICA (v1) est l'ensemble des éléments avant réduction pour produire la première échelle validée (v2). Une 3eme version (v3) a été créée pour être utilisée spécifiquement avec les infirmières stagiaires (essai exploratoire). Dans l'essai principal de perspectives, la v4 a été utilisée, elle convient à la plupart des groupes professionnels de la santé et des services sociaux. La version 2 est recommandée pour les étudiants en médecine (Annexe 1).

• Validité

L'échelle MICA a été validée comme ayant une validité interne, une validité de construit et une stabilité (test-retest) satisfaisantes. Les versions 2 et 4 de MICA ont une cohérence interne élevée, ont une validité convergente adéquate avec des instruments évaluant des concepts similaires et répondent aux interventions éducatives :

- La validité convergente a été évaluée à l'aide de l'échelle de compréhension des troubles mentaux ($r = 0.17$)
- La validité divergente à l'aide du questionnaire complémentaire sur les croyances relatives à la santé ($r = 0.08$) et de l'échelle de désirabilité sociale de Marlowe Crowne ($r = 0.27$) ;

Cette échelle s'est avérée fiable ($\alpha = 0,79$; test-retest = 0,80) et mesure valable de l'attitude des étudiants en médecine à l'égard de la maladie mentale [33]. Elle a également démontré une réactivité au changement suite à une intervention, avec une moyenne de réponse standardisée (MRS) de 0,4.

c. Cotation

Elle est cotée de 16 à 96, de manière à ce qu'un faible score représente de moindres attitudes stigmatisantes à l'égard de la maladie mentale et de la psychiatrie.

Pour les éléments 3, 9, 10, 11, 12 et 16, les éléments sont notés comme suit: tout à fait d'accord = 1, d'accord = 2, plutôt d'accord = 3, plutôt pas d'accord = 4, pas d'accord = 5, pas du tout d'accord = 6.

Tous les autres les items (1, 2, 4, 5, 6, 7, 8, 13, 14, 15) sont notés inversés comme suit: tout à fait d'accord = 6, d'accord = 5, plutôt d'accord = 4, plutôt pas d'accord = 3, pas d'accord = 2, Tout à fait en désaccord = 1. Les scores de chaque élément sont additionnés pour produire un score global unique. Un score global élevé indique une attitude plus négative (stigmatisante).

5. Déroulement de l'enquête

Après la conceptualisation des objectifs de l'enquête et une recherche bibliographique sur des études traitant le même sujet, une première version du questionnaire a été élaborée au sein du service de psychiatrie du CHU Hassan II de Fès.

Cette version a été d'abord testée sur un échantillon de quarante étudiants en 5ème année ; pour détecter les questions qui posent des difficultés de compréhension, puis après reformulation, le questionnaire a été revu et validé par le service d'épidémiologie de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Fès.

Une fois validé ; le questionnaire et l'échelle MICA, ont été transformés en forme en ligne en utilisant le logiciel GooGleForms, puis ont été diffusés à travers les groupes Facebook et Whatsapp de chaque promotion (de la 1ère à la 7ème année), ainsi qu'à travers des comptes Gmails. Le temps requis pour répondre à la forme en ligne est estimée à 7 min.

Le remplissage du questionnaire – échelle MICA incluse – s'est effectué volontairement et de manière aléatoire, à travers le lien de la forme en ligne du questionnaire.

Au total nous avons retenu 420 questionnaires exploitables, répartis comme suit : 1ère année =53, 2ème année =56, 3ème année=50, 4ème année=52, 5ème année=51, 6ème année=61, 7ème année =97.

6. Analyse statistique

Les données des questionnaires ont été saisies sur Excel 2010 sous un codage numérique, puis traitées par le logiciel SPSS v.20 qui nous a permis d'obtenir le résultat descriptif de la population étudiée et d'effectuer une analyse uni-variée à travers les tests de P-valeur Chi2.

Les statistiques descriptives ont été utilisées afin d'explorer les caractéristiques de notre échantillon (moyennes et fréquences).

En ce qui concerne l'échelle MICA, nous avons décrit pour chaque item la fréquence de réponse pour chacun des six degrés de l'échelle de Likert, ensuite, nous avons calculé le score global de chaque étudiant (en fonction des règles de cotation citées ci-dessus) ; puis, le score moyen et la valeur médiane qui nous a permis de définir, au sein de notre population d'étude, deux catégories :

- Catégorie 0 : le score est inférieur à la valeur médiane ; l'attitude est estimée comme non stigmatisante ;
- Catégorie 1 : le score est supérieur à la valeur médiane ; l'attitude est estimée comme stigmatisante ;

Ainsi ; une nouvelle variable a été créée, c'est la variable STIGMA avec : STIGMA 0 pour la catégorie 0 et STIGMA 1 pour catégorie 1, cette variable nous a permis la réalisation de plusieurs corrélations souhaitées pour l'analyse uni variée des données.

V. RESULTATS

Sur un échantillon de 420 étudiants, nous avons pu retenir 420 questionnaires exploitables, répartis comme suit : 1ère année =53, 2ème année =56, 3ème année=50, 4ème année=52, 5ème année=51, 6ème année=61, 7ème année =97.

On ne peut chiffrer ; de manière objective ; le nombre exact des étudiants contactés. Ainsi le taux de refus et d'acceptation de remplissage du questionnaire reste difficile à estimer. Pourtant, la forme en ligne du questionnaire nous a permis d'avoir un taux de réponse de 100% pour toutes les questions; vu que le remplissage du questionnaire ne pouvait être validé si une seule réponse manque.

1. Etude descriptive

1.1 Caractéristiques sociodémographiques

a. L'âge

La moyenne d'âge de l'échantillon est de 21,73+/- 2,60 ans (extrêmes entre 17 et 28). Deux catégories d'âge ont été distinguées, de 17 ans à 20 ans, et de 21 ans à 28 ans. La répartition en fonction des deux tranches d'âge est la suivante (Fig.2):

- 148 étudiants âgés entre 17 et 20 ans, soit 35,2 % de notre échantillon
- 272 étudiants âgés entre 21 et 28 ans, soit 64,8% de notre échantillon

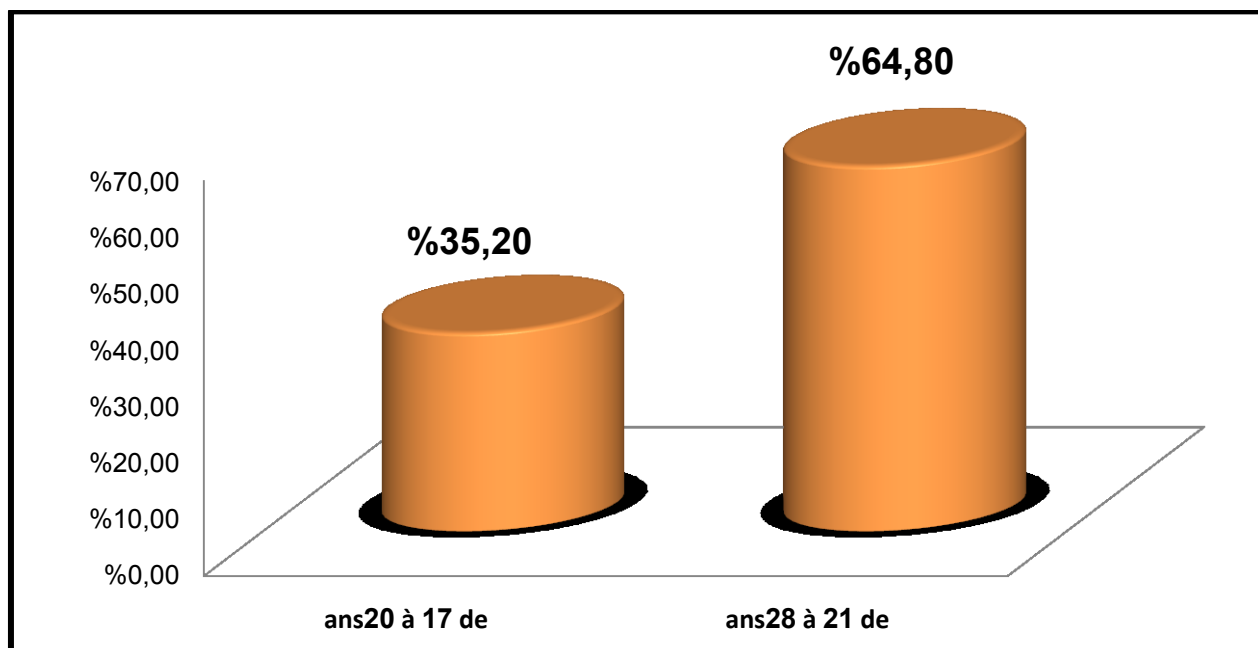


Figure 2 : Distribution de l'effectif des étudiants de l'enquête selon les tranches d'âge (n=420)

b. Le sexe

L'échantillon des étudiants ayant répondu à notre questionnaire est composé de 116 hommes (27,6%) et 304 femmes (72,4%); avec un sexe ratio H/F de 0,39 (Fig.3).

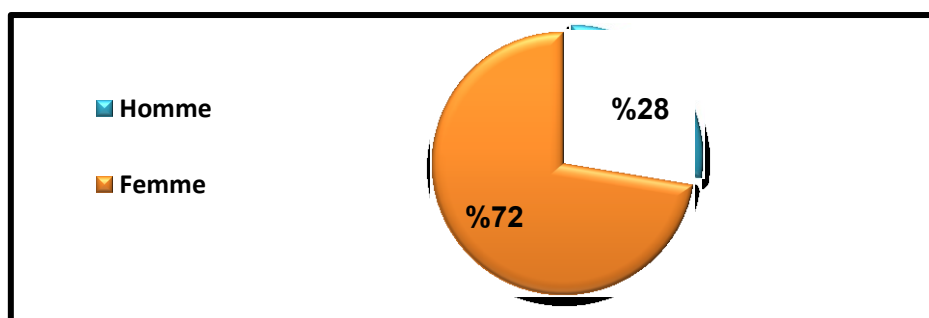


Figure 3: Distribution de l'effectif des étudiants de l'enquête selon le sexe (n=420)

c. Niveau d'étude

Notre étude a inclus des étudiants de la faculté de médecine de Fès, de la première année à la 7ème année (Tableau N°2).

Tableau 2 : Répartition de l'effectif des étudiants de l'enquête selon le niveau d'étude (n=420)

Niveau	1ère Année	2ème Année	3ème Année	4ème Année	5ème Année	6ème Année	7ème Année	Total
Nombre	53	56	50	52	51	61	97	420
pourcentage	12,6%	13,3%	11,9%	12,4%	12,1%	14,5%	23,1%	100%

Les étudiants sont classés en deux cycles d'études :

- Le premier cycle : 1 ère et 2ème année d'études médicale
- Le deuxième cycle : de la 3ème jusqu'à la 7ème année d'études médicales

La répartition de nos étudiants selon le cycle d'étude est la suivante (Fig.4):

- 109 étudiants, soit 26,0% de la population sont en 1er cycle d'études médicales
- 311 étudiants, soit 74,0% de la population sont en 2ème cycle d'études médicales

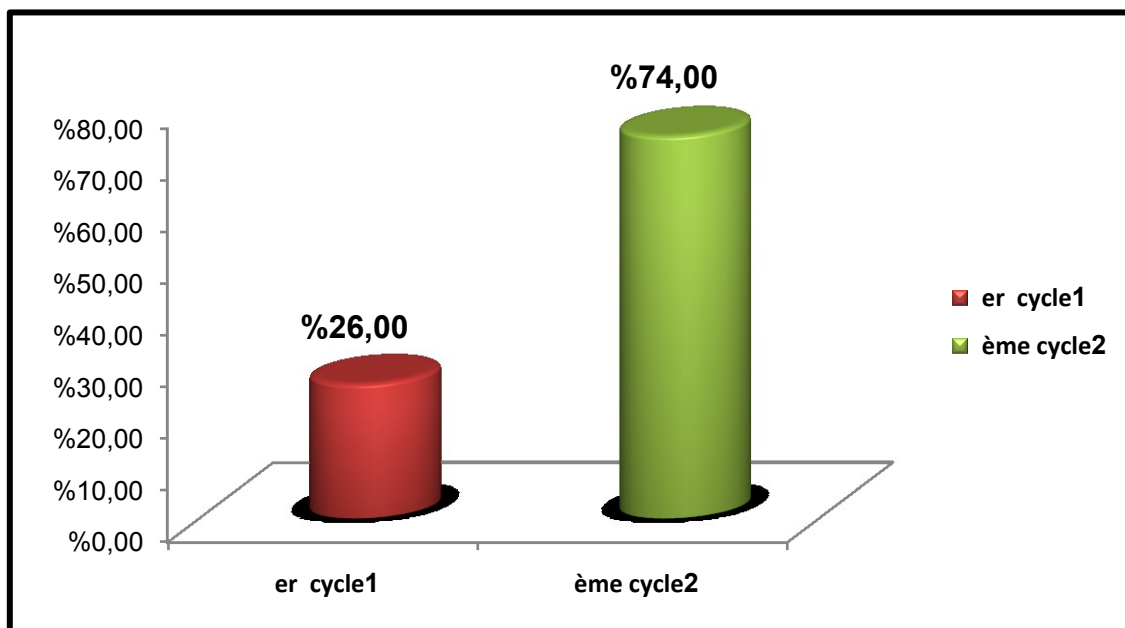


Figure 4 : Répartition de l'effectif des étudiants de l'enquête selon le cycle d'études médicales (n=420)

d. Statut marital

93,3% des étudiants sont célibataires et 6,7% sont mariés (Fig.5).

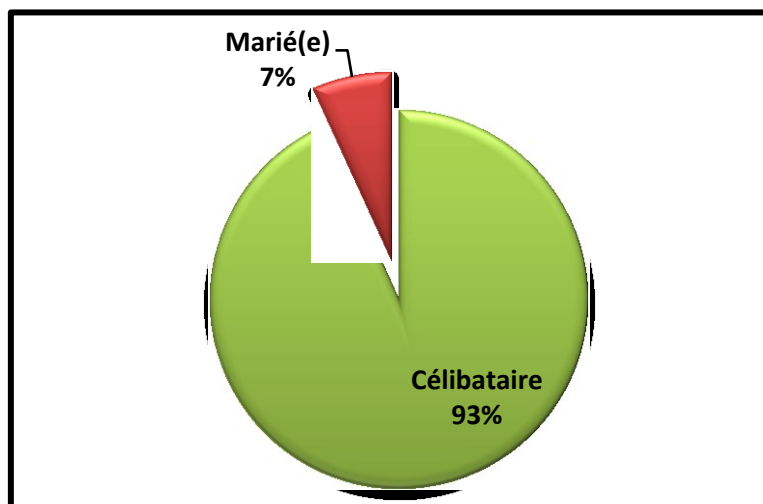


Figure 5 : Distribution de l'effectif des étudiants de l'enquête selon le statut marital (n=420)

e. Revenu familial

Le niveau socio-économique est corrélé dans notre étude au revenu familial ; qui est estimé à travers quatre niveaux : niveau 1 : <2000Dh ; niveau 2 : de 2000–5000Dh ; niveau 3 : de 5000–10 000Dh et niveau 4 : >10 000Dh

Le revenu familial de notre population d'étude est réparti comme suit : (Fig.6) <2000Dh chez 10,7% des étudiants, de 2000–5000Dh chez 12,4%, de 5000–10 000Dh chez 26,4%, et de >10 000Dh chez 50,5% des étudiants.

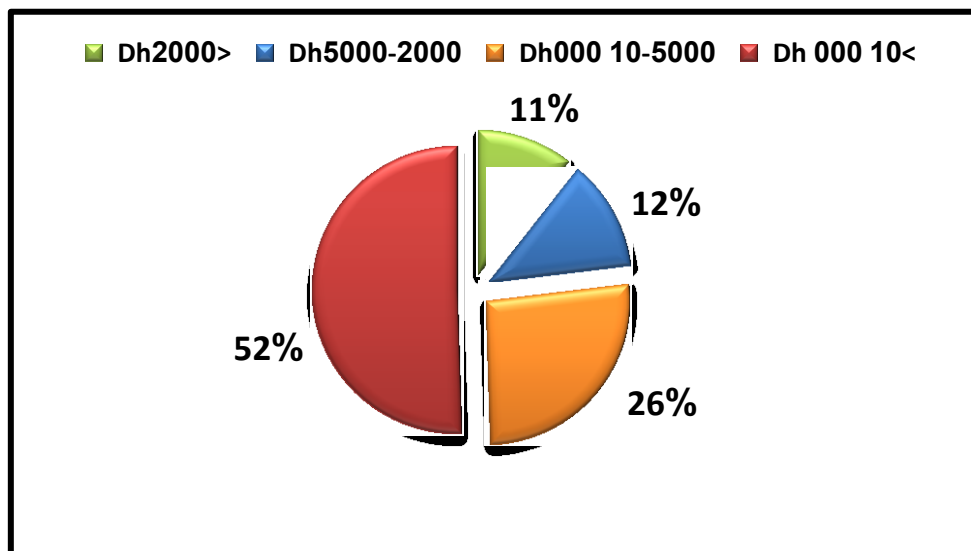


Figure 6 : Distribution de l'effectif des étudiants de l'enquête selon le revenu familial (n=420)

f. Niveau d'instruction des parents

Le niveau d'instruction des mères et des pères des participants est évalué séparément selon quatre niveaux: analphabète, primaire, secondaire et universitaire.

Le niveau universitaire est le niveau d'instruction dominant : 61,4% pour les mères, 76,7% pour les pères ;or, seulement 7,6%des mères des participants ; et 4,8% de leurs pères sont analphabètes (Fig.7) (Fig.8).

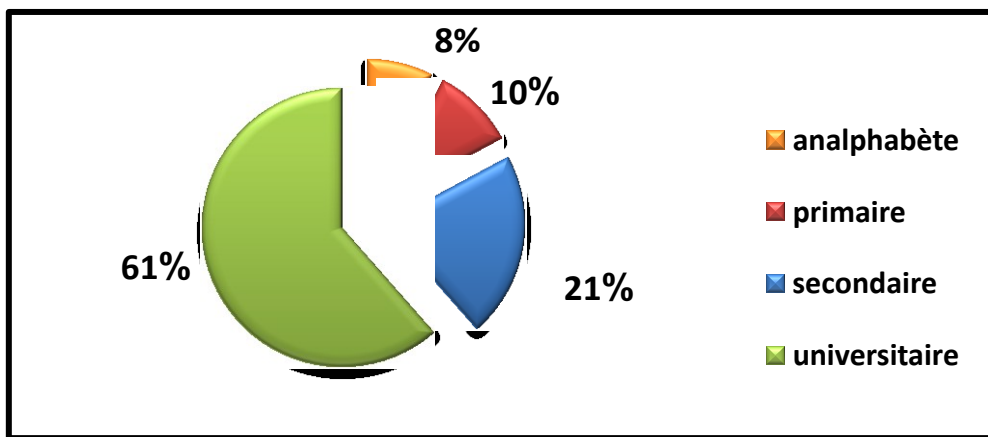


Figure 7 : Distribution de l'effectif des étudiants de l'enquête selon le niveau d'instruction de la mère (n=420)

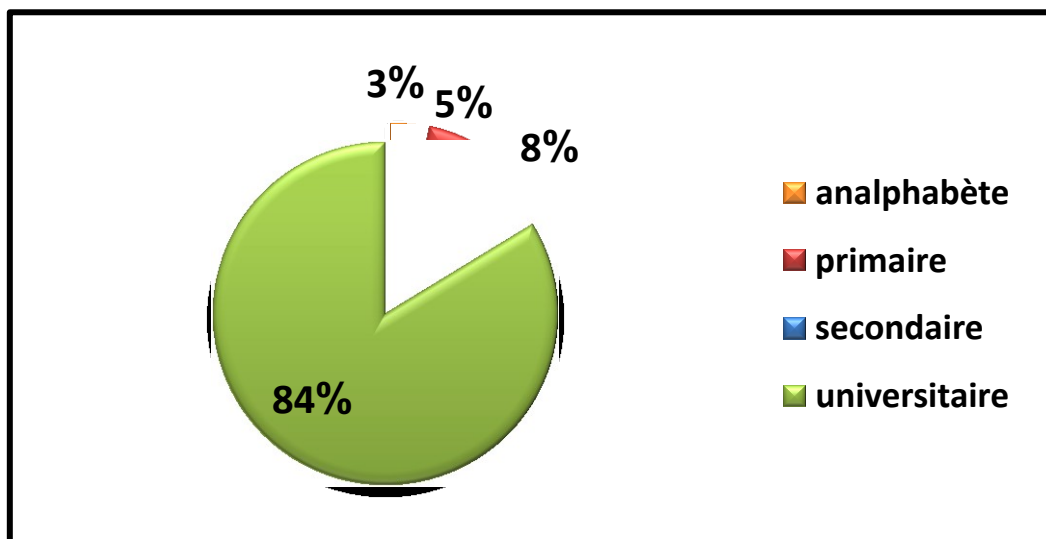


Figure 8 : Distribution de l'effectif des étudiants de l'enquête selon le niveau d'instruction du père (n=420)

1. 2 Formation en psychiatrie

- Passage en stage de psychiatrie

43,8% des étudiants ont passé par un stage de psychiatrie (Fig.9).

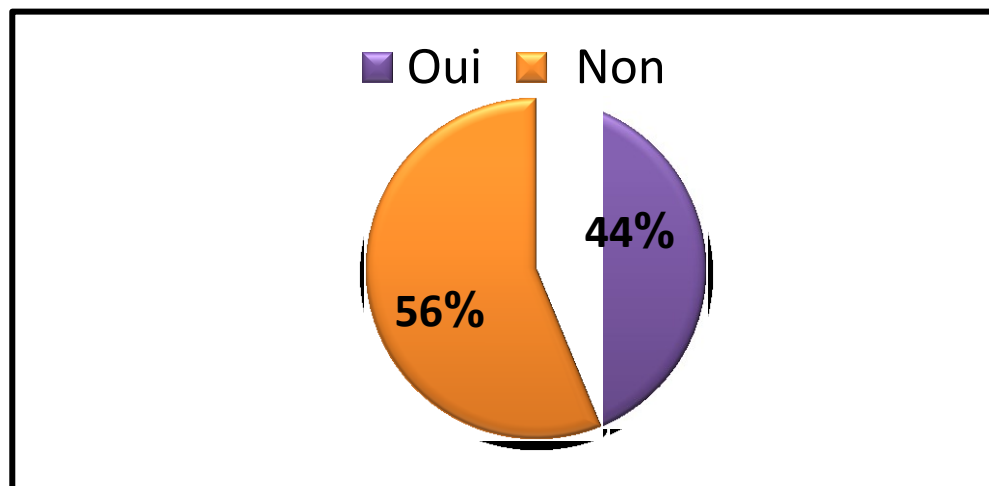


Figure 9 : Distribution de l'effectif des étudiants de l'enquête selon le passage en stage de psychiatrie (n=420)

- **Durée de stage**

La durée de stage est évaluée en semaines. La durée de stage moyenne de 2,37+/- 2,91 semaines (extrêmes entre 1 et 9 semaines). On peut définir deux catégories :

- Catégorie A : 284 étudiants dont la durée de stage varie entre 1 et 4 semaines ;
- Catégorie B : 136 étudiants dont la durée de stage est supérieure à 4 semaines.

67,6% des étudiants figurent dans la catégorie A (Fig.10).

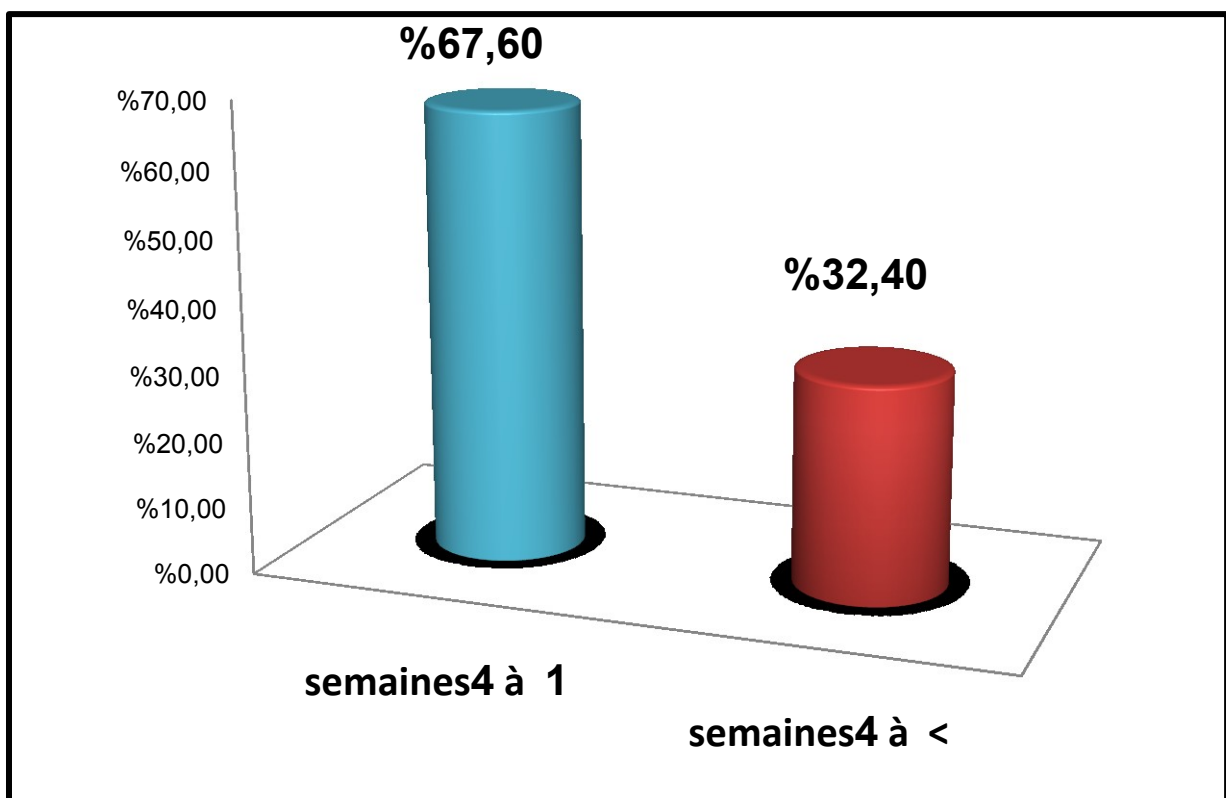


Figure 10 : Distribution de l'effectif des étudiants de l'enquête selon la durée de stage de psychiatrie (n=420)

1.3 Antécédents psychiatriques

- Antécédent de consultation psychiatrique

76 des étudiants ont consulté pour une affection psychiatrique soit 18,1% (Fig.11).

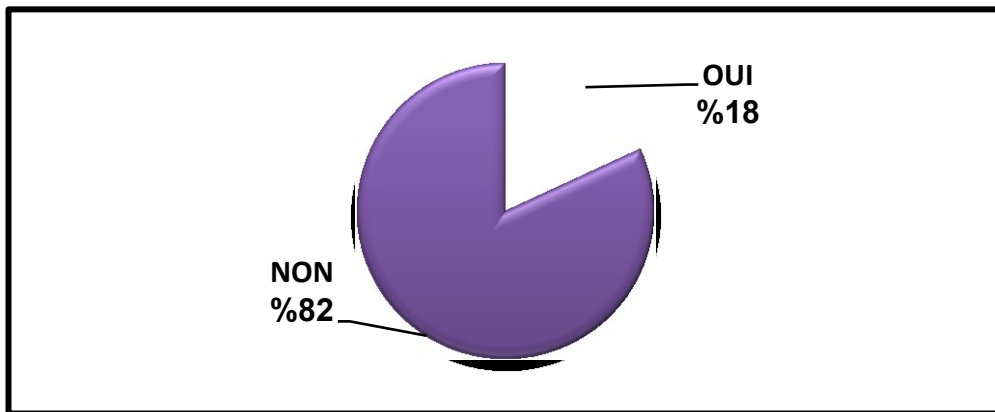


Figure 11 : Distribution de l'effectif des étudiants de l'enquête selon l'antécédent de consultation psychiatrique (n=420)

- La présence d'un proche atteint d'une affection psychiatrique

54,8% des étudiants ont un proche suivi pour une pathologie psychiatrique (Fig.12).

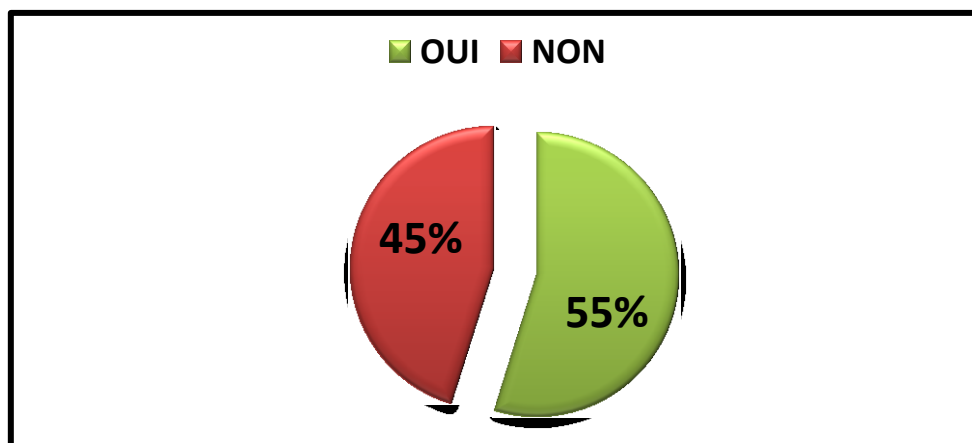


Figure 12 : Distribution de l'effectif des étudiants de l'enquête selon la présence d'un proche atteint d'affection psychiatrique (n=420)

On distingue trois catégories selon le nombre de proches atteints : Un seul proche atteint ; deux proches atteints et plus de deux proches atteints.

La répartition selon le nombre de proches atteints d'affection psychiatrique est comme suit (Fig.13):

- 173 étudiants ; soit 41,2% ; ont un seul proche atteint d'affection psychiatrique,
- 44 étudiants; soit 10,5% ; ont en deux,
- et 13 ; soit 3,1% ; ont plus de deux proches atteints.

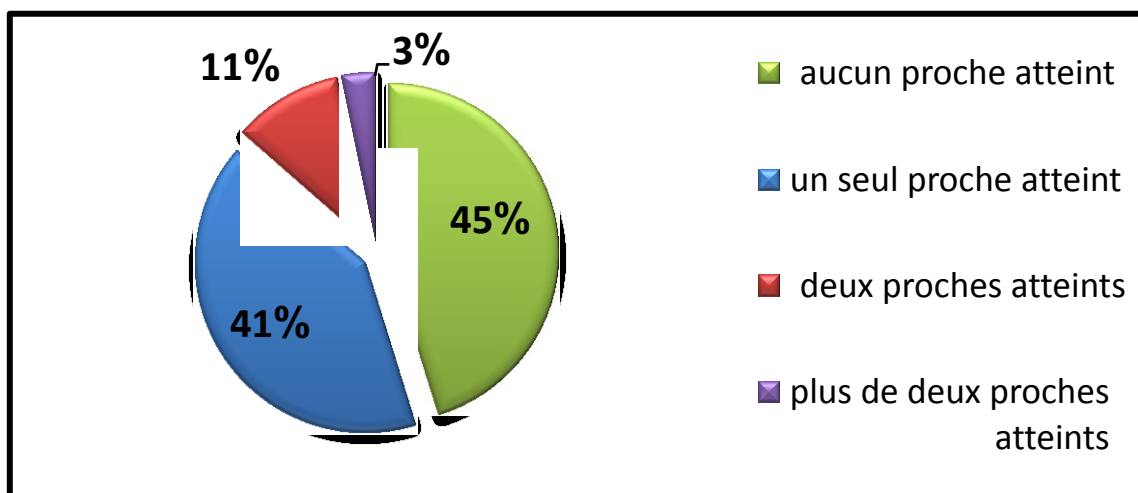


Figure 13: Distribution de l'effectif des étudiants de l'enquête selon le nombre de proches atteints d'affection psychiatrique (n=420)

Pour les proches atteints d'affection psychiatrique, on définit deux milieux de prise en charge thérapeutique : le milieu hospitalier et ambulatoire.

Pour 176 étudiants ; soit 41,9% ; la prise en charge thérapeutique du proche est faite en ambulatoire, contre 54 étudiants ; soit 12,9% ; chez qui la prise en charge est faite en milieu hospitalier.

1.4 Connaissances et croyances sur la maladie mentale

a. Définition de la maladie mentale

61,7% des étudiants considèrent que la maladie mentale ne peut pas être définie par un trouble neurologique, contre 88,6% qui définissent la maladie mentale par un trouble neuro-psychiatrique et 83,6% qui la définissent comme un trouble développemental de la personnalité (Tableau N°3).

Tableau 3 : Répartition des réponses des étudiants à propos des différentes définitions suggérées de la maladie mentale (n=420)

La maladie mentale est définie par :	Trouble neurologique	Trouble neuro-psychiatrique	Trouble purement psychologique	Trouble développemental de la personnalité
OUI	161	372	188	351
Nombre				
Pourcentage	38,3%	88,6%	44,8%	83,6%
NON	259	48	232	69
Nombre				
Pourcentage	61,7%	11,4%	55,2%	16,4%

b. Facteurs de risque de la maladie mentale

52,1% des étudiants considèrent la faiblesse des croyances religieuses un facteur de risque de la maladie mentale ; or, 23,8% ne retiennent pas les facteurs biologiques parmi les facteurs incriminés dans la survenue de la maladie mentale (Tableau N°4).

Tableau 4 : Répartition des réponses des étudiants concernant les différents facteurs de risque de la maladie mentale (n=420)

Les facteurs de risque de la maladie Mentalesont	Facteurs socio-économiques	Problème sfamiliaux	Facteursgénétiques	Facteursbiologiques	Usage de drogues	Traumatisme psychologique à l'enfance	Faiblesse des croyancesreligieuses
OUI							
Nombre	372	402	343	320	387	406	219
Pourcentage	88,6%	95,7%	81,7%	76,2%	92,1%	96,7%	52,1%
NON							
Nombre	48	18	77	100	33	14	201
Pourcentage	11,4%	4,3%	18,3%	23,8%	7,9%	3,3%	47,9%

c. Curabilité de la maladie mentale

340 étudiants ; soit 81,0% ; considèrent que la maladie mentale est guérissable (Fig.14).

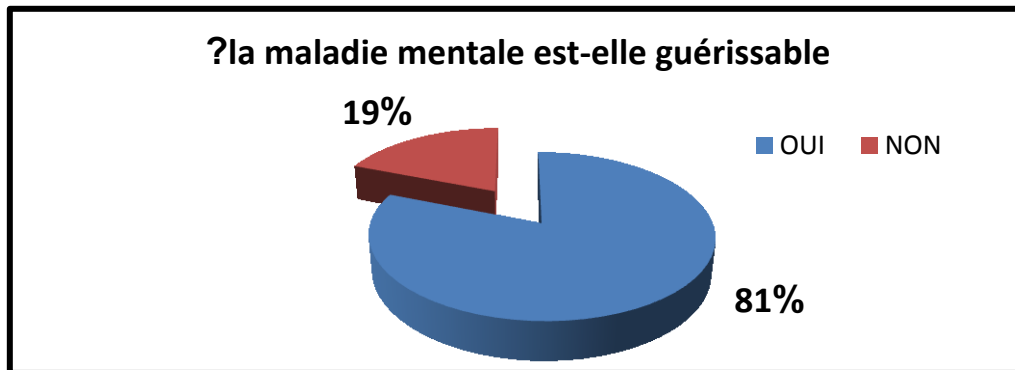


Figure 14: Répartition des réponses des étudiants à propos de la curabilité de la maladie mentale (n=420)

d. Le pronostic de la maladie mentale

354 étudiants soit 84,3%, considèrent que le pronostic de la maladie mentale dépend de la pathologie, alors que 8 étudiants uniquement soit 1,9%; trouvent que le pronostic est très péjoratif (Fig.15).

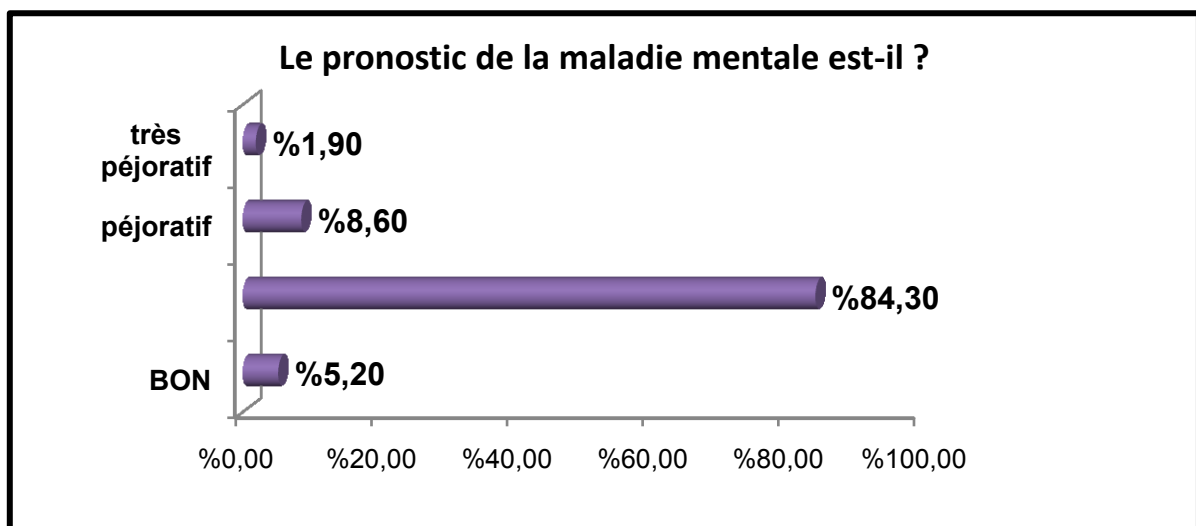


Figure 15 : Répartition des réponses des étudiants à propos du pronostic de la maladie mentale (n=420)

1.5 Représentation sociale du malade mental

a. Les caractéristiques des malades mentaux

Les malades mentaux sont considérés par les étudiants ; parfois :

- Agressifs (73,8%),
- Incompréhensibles (46,2%),
- Responsables de leurs actes (51,9%) et responsables de leur maladie (46,2%) (Tableau N°5).

Tableau 5 : Répartition des réponses des étudiants à propos des caractéristiques des malades mentaux (n=420)

Les maladies mentaux sont	Agressifs		Incompréhensibles		Responsables de leurs actes		Responsables de leur maladie	
	%	N	%	N	%	N	%	N
Jamais	0,7%	3	1,2%	5	30,2%	127	43,1%	181
Parfois	73,8%	310	46,2%	194	51,9%	218	46,2%	194
Souvent	23,3%	98	43,1%	181	14,5%	61	8,6%	36
Toujours	2,1%	9	9,5%	40	3,3%	14	2,1%	9

Pour 47,1% des étudiants, les malades mentaux ne sont pas majoritairement des délinquants. Pour 42,1% des participants ; les malades mentaux ne sont pas considérés ; dans leur grande majorité ; des toxicomanes (Fig.16).

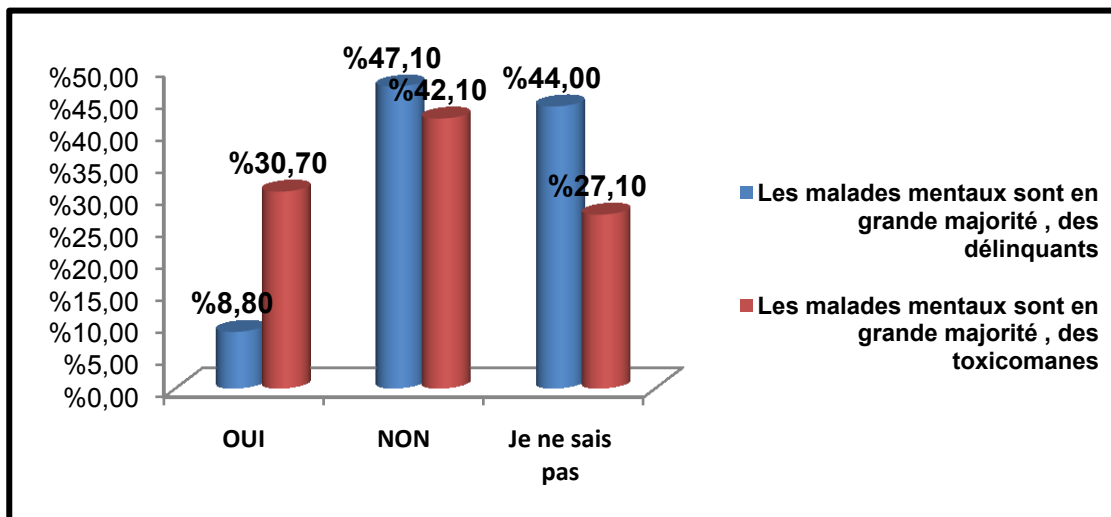


Figure 16 : Répartition des réponses des étudiants à propos des caractéristiques des malades mentaux (n=420)

93,6% des étudiants reconnaissent le malade mental à partir de son discours, 98,3% à partir de son comportement, 62,1% à travers son degré d'insertion socioprofessionnelle, et 51,0% à partir de son état vestimentaire et/ou d'hygiène (Tableau N°6).

Tableau 6 : Répartition des réponses des étudiants à propos des caractères permettant la reconnaissance du malade mental (n=420)

Le malade mental peut être reconnu à partir de son :		Discours	Comportement	Etat vestimentaire et/ou l'état d'hygiène	Degrés d'insertion socio-professionnelle
OUI					
%		93,6%	98,3%	51,0%	62,1%
Nombre		393	413	214	261
NON					
%		6,4%	1,7%	49,0%	37,9%
Nombre		27	7	206	159

On constate que les étudiants ont tendance à associer les comportements suivants aux malades mentaux : Le meurtre (68,6%), le viol (64,3%), l'inceste (59,5%), l'auto-agressivité (96,0%), l'agressivité verbale (66,0%), l'agressivité physique (76,0%) (Tableau N°7).

Tableau 7 : Répartition des réponses des étudiants à propos des comportements associés aux malades mentaux (n=420)

Les comportements suivants sont plus associés aux maladies mentaux :		Meurtre	Viol	Inceste	Auto-agressivité	Agressivité verbale	Agressivité physique
OUI							
	%	68,6%	64,3%	59,5%	96,0%	66,0%	76,0%
	Nombre	288	270	250	403	277	319
NON							
	%	31,4%	35,7%	40,5%	4,0%	34,0%	24,0%
	Nombre	132	150	170	17	143	101

b. La criminalité et le malade mental

285 des étudiants, soit 67,9% de la population, considèrent que les malades mentaux sont plus exposés à la criminalité (Fig.17). Or, 39,5% de notre population trouve que le taux de criminalité est plus élevé chez les personnes atteintes de maladie mentale par rapport aux personnes non atteintes de cette maladie (Fig.17).

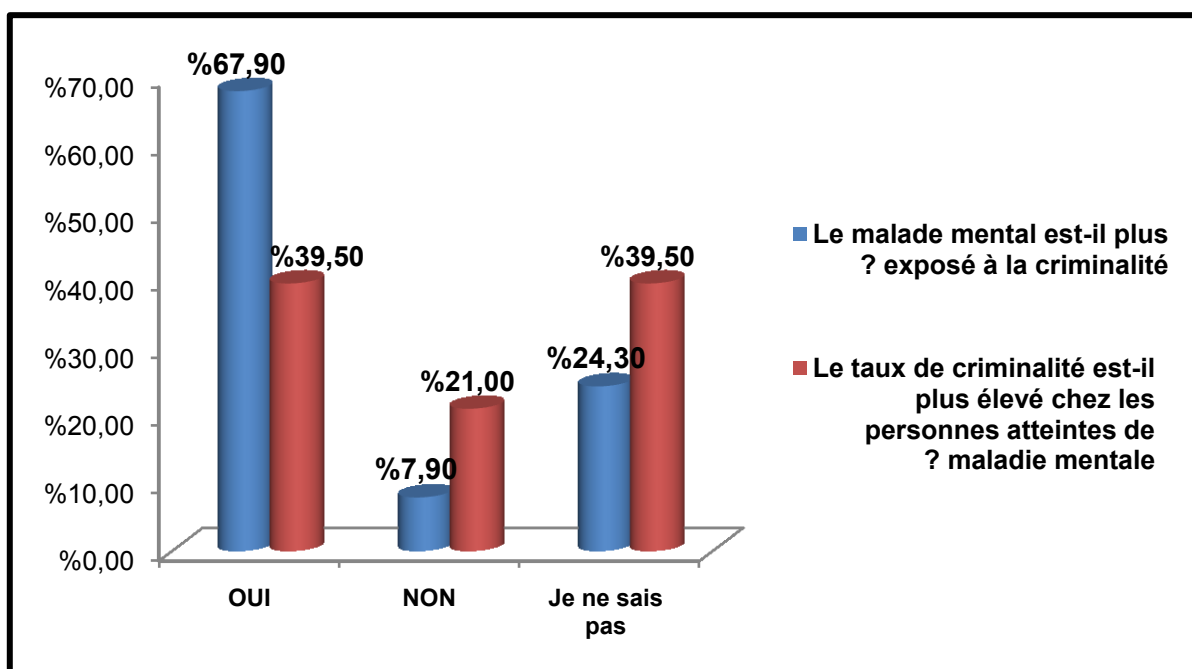


Figure 17 : Répartition des réponses des étudiants à propos du taux de criminalité chez les malades mentaux et leur exposition à celle-ci (n=420)

c. Exclusion et isolement des malades mentaux:

81,00% des étudiants considèrent que les malades mentaux sont perçus comme exclus de la société, contre 50,20% uniquement qui les perçoivent exclus de la famille (Fig.18).

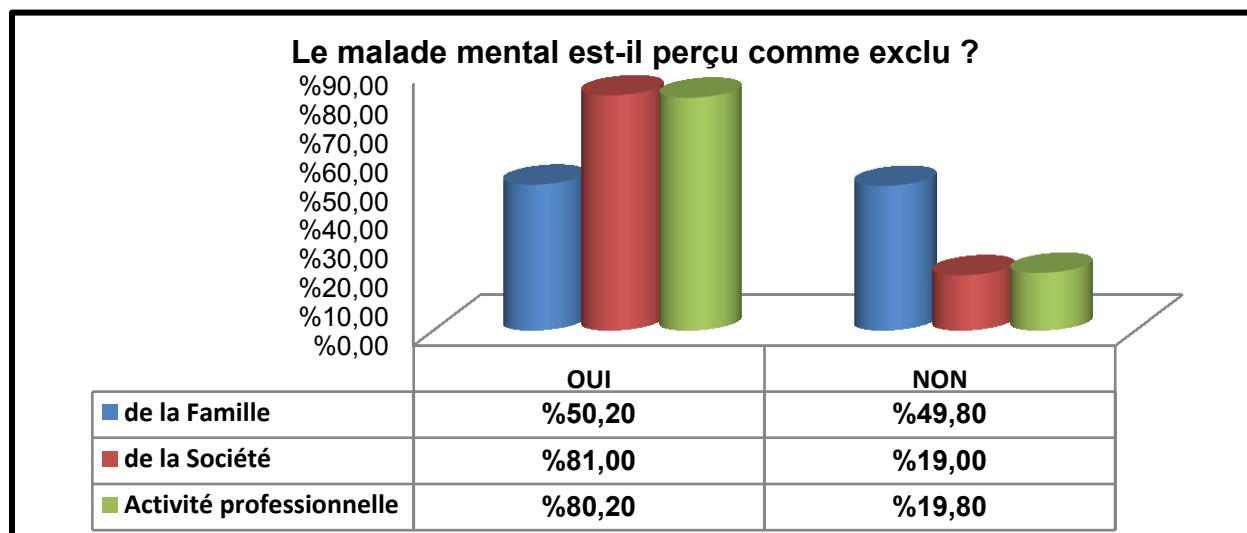


Figure 18 : Répartition des réponses des étudiants à propos de l'exclusion du malade mental : de sa famille, de la société et de l'activité professionnelle (n=420)

382 étudiants soit 91,0%, refusent l'isolement des malades mentaux de la population normale (Fig.19).

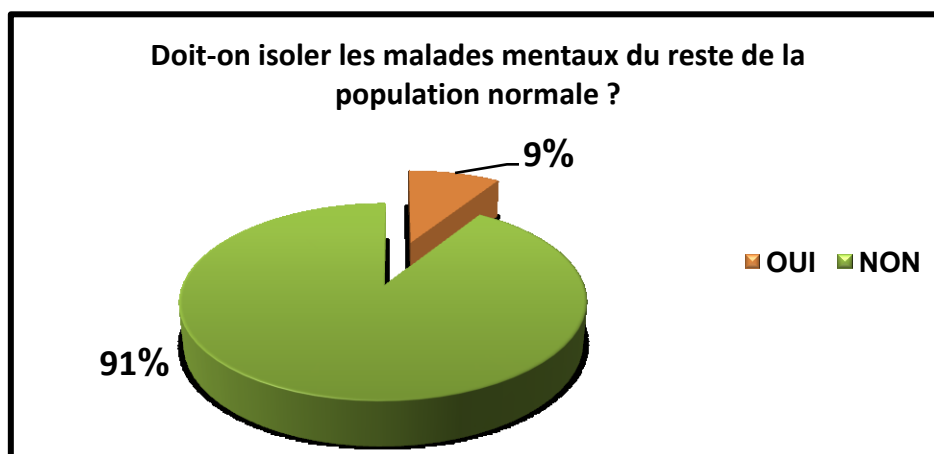


Figure 19 : Répartition des réponses des étudiants à propos de l'isolement des malades mentaux de la population générale (n=420)

On constate que la plupart des étudiants sont en accord partiel à total (assez d'accord (21,2%), d'accord (21,00%), Tout à fait d'accord (31,2%)) avec l'énoncé supposant que « la population souffre directement et/ou indirectement de la présence des malades mentaux » ; contre uniquement 16 étudiants, soit 3,8%, qui ne sont "pas du tout d'accord" avec le même énoncé (Fig.20).

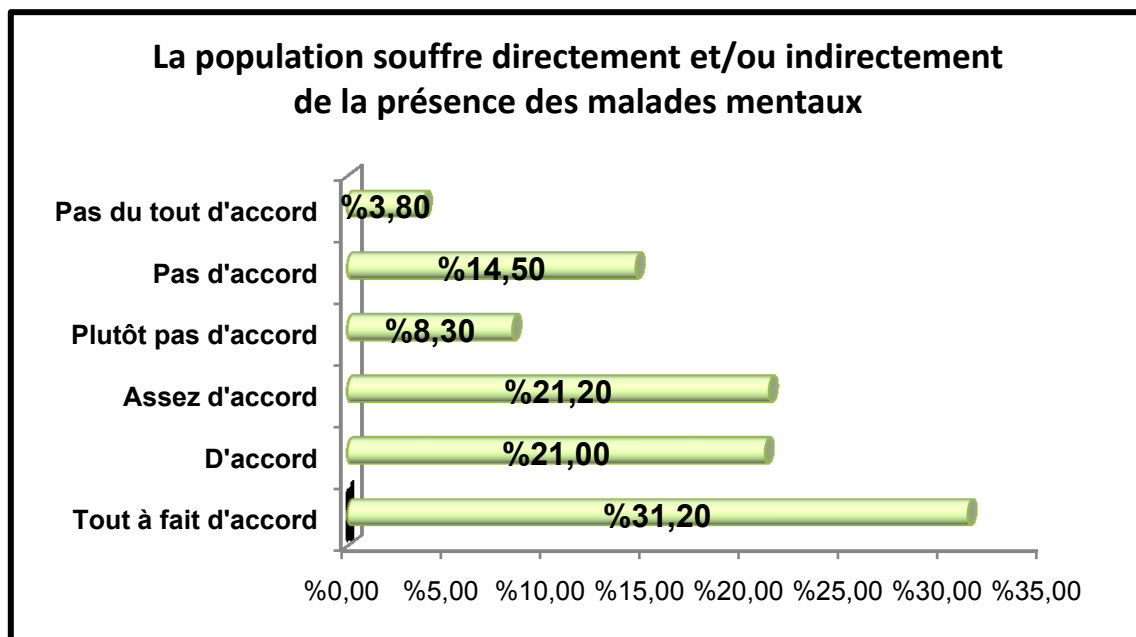


Figure 20 : Répartition des réponses des étudiants à l'énoncé supposant que « la population souffre directement et/ou indirectement de la présence des malades mentaux » (n=420)

d. La réaction devant un malade mental

376 des étudiants soit 89,5% décrivent leurs réactions en contact d'un malade mental par la prudence; contre 113 étudiants soit 26,9% dont la réaction est marquée par la peur (Fig.21).

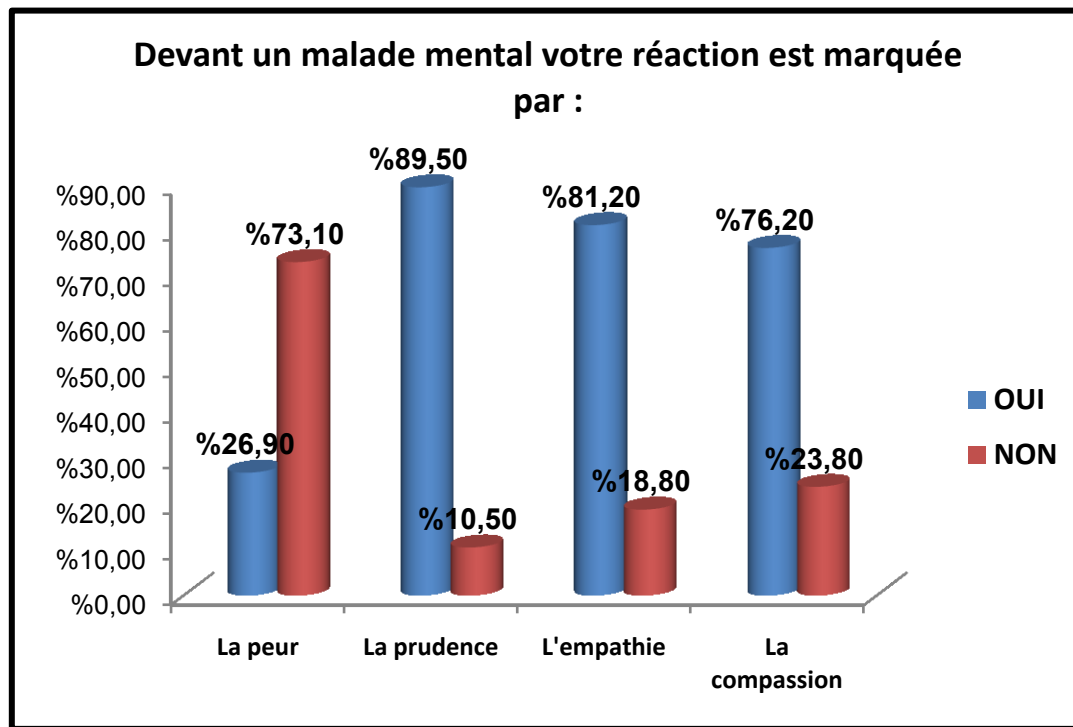


Figure 21 : Répartition des réactions des étudiants vis-à-vis d'un malade mental (n=420)

1.6 Représentation sociale de la prise en charge de la maladie mentale

81,9% des étudiants sont "tout à fait d'accord "que l'amélioration de connaissance de la maladie mentale chez la population générale aidera à améliorer la prise en charge de la maladie mentale (Fig.22).

9,8% uniquement des étudiants sont « tout à fait d'accord » que les traitements médicamenteux sont dangereux et entraînent une dépendance (Fig.23).

5,7% des étudiants confirment que les moyens de prise en charge de la maladie mentale sont efficaces (Fig.24).

29,5% des étudiants ne sont « pas du tout d'accord » que les malades doivent être traités seulement par la psychothérapie (Fig.25).

59,5% des étudiants affirment qu'ils ne sont « pas du tout d'accord » que les guérisseurs traditionnels peuvent contribuer à la prise en charge d'un malade mental (Fig.26).

17,6% uniquement des étudiants sont « tout à fait d'accord » que les traitements médicamenteux sont chroniques (Fig.27).

161 des étudiants soit 38,3% ; considèrent que la psychothérapie est le traitement de choix de la maladie mentale ; contre uniquement 43 des participants soit 10,2% qui choisissent l'hospitalisation (Fig.28).

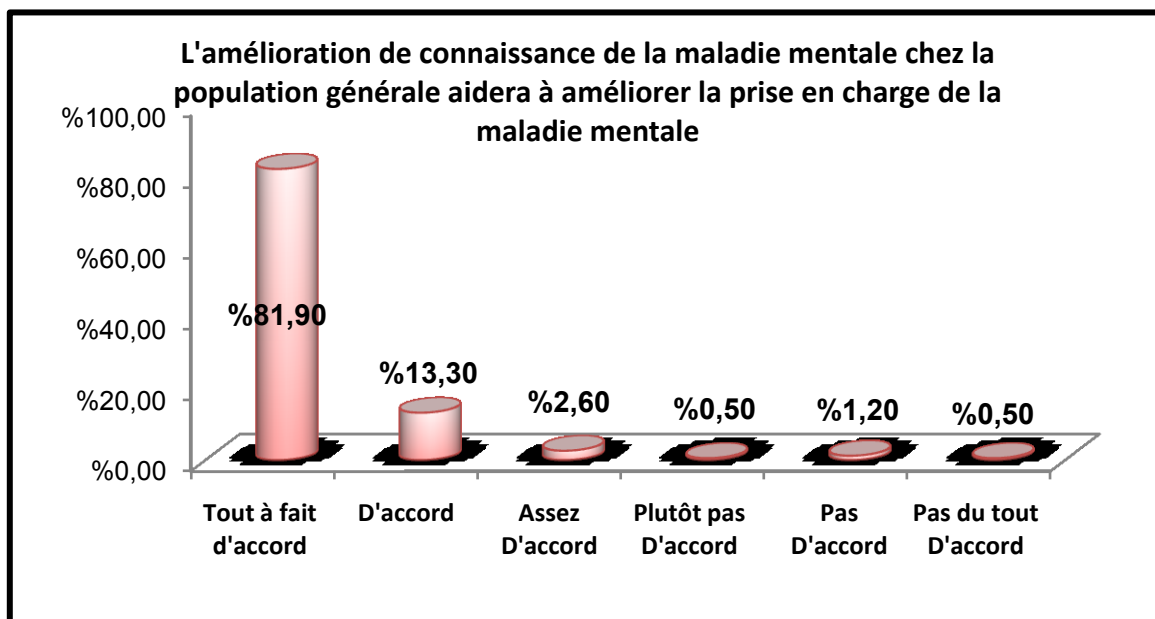


Figure 22 : Répartition des réponses des étudiants vis-à-vis du rôle de l'amélioration des connaissances sur la maladie mentale chez la population générale dans l'amélioration de la prise en charge de celle-ci (n=420)

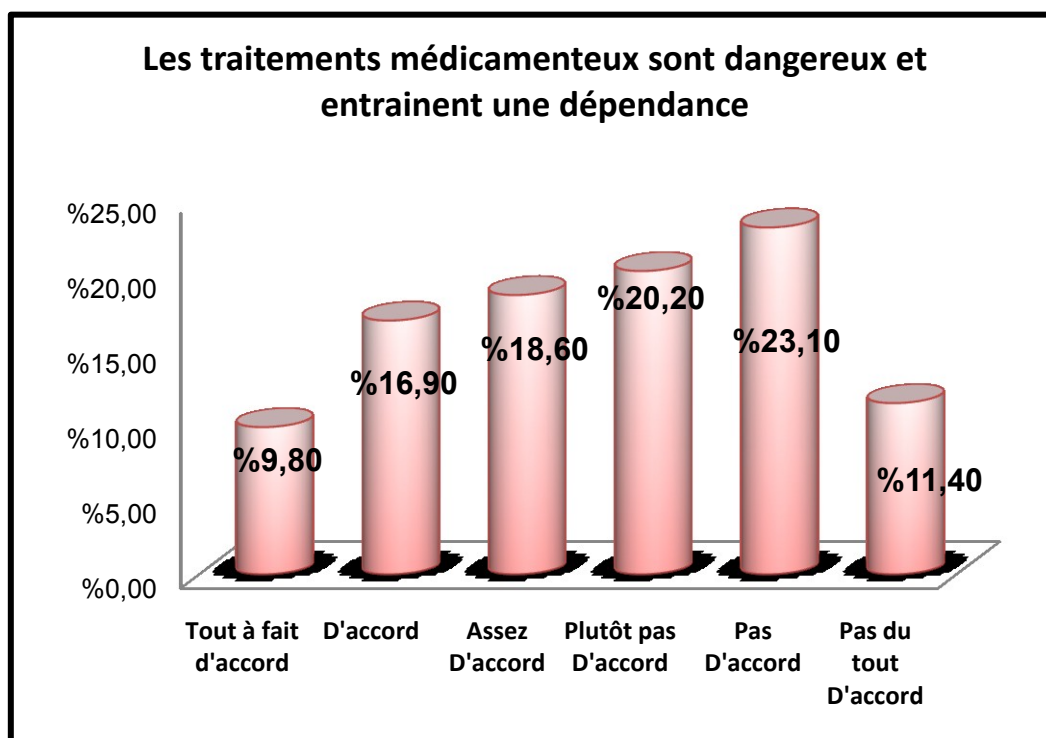


Figure 23 : Répartition des réponses des étudiants vis-à-vis de la dangerosité des traitements médicamenteux et le risque de dépendance (n=420)

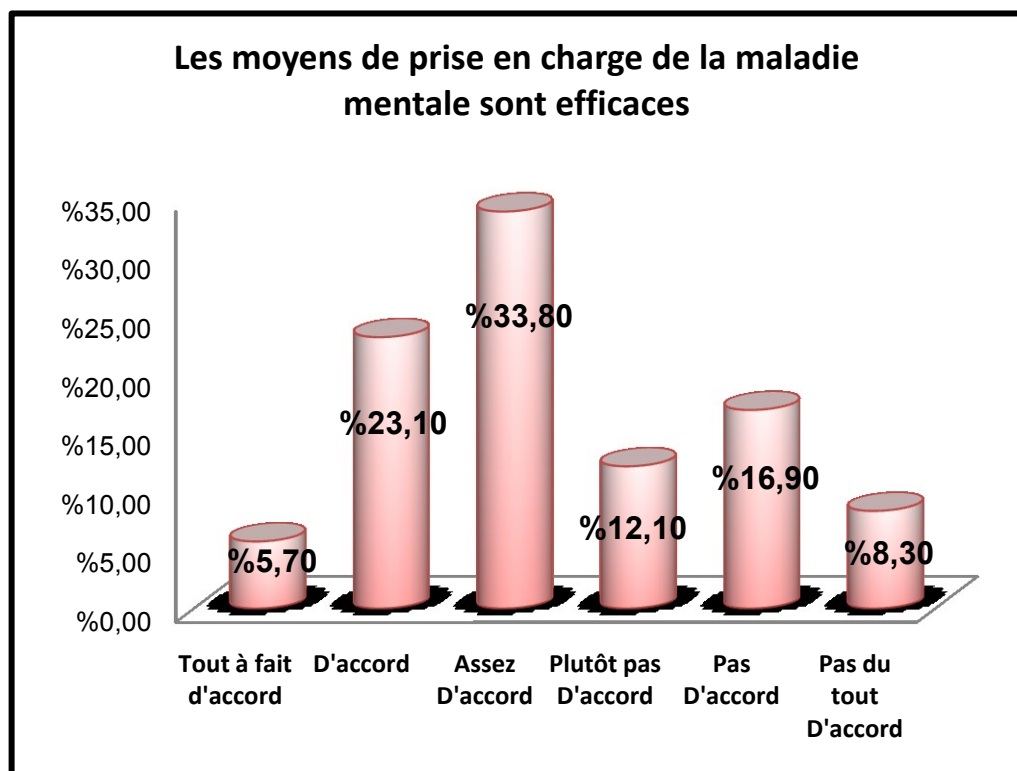


Figure 24 : Répartition des réponses des étudiants vis-à-vis de l'efficacité des moyens de prise en charge de la maladie mentale (n=420)

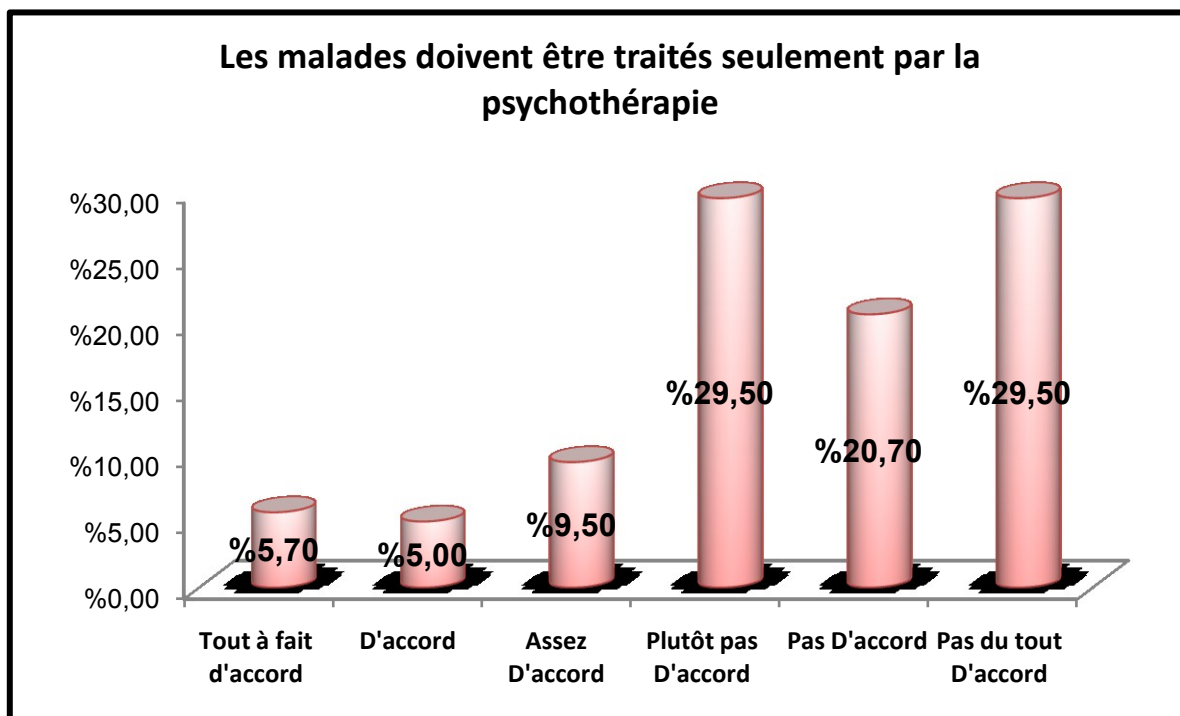


Figure 25 : Répartition des réponses des étudiants vis-à-vis du traitement des malades mentaux par la psychothérapie uniquement (n=420)

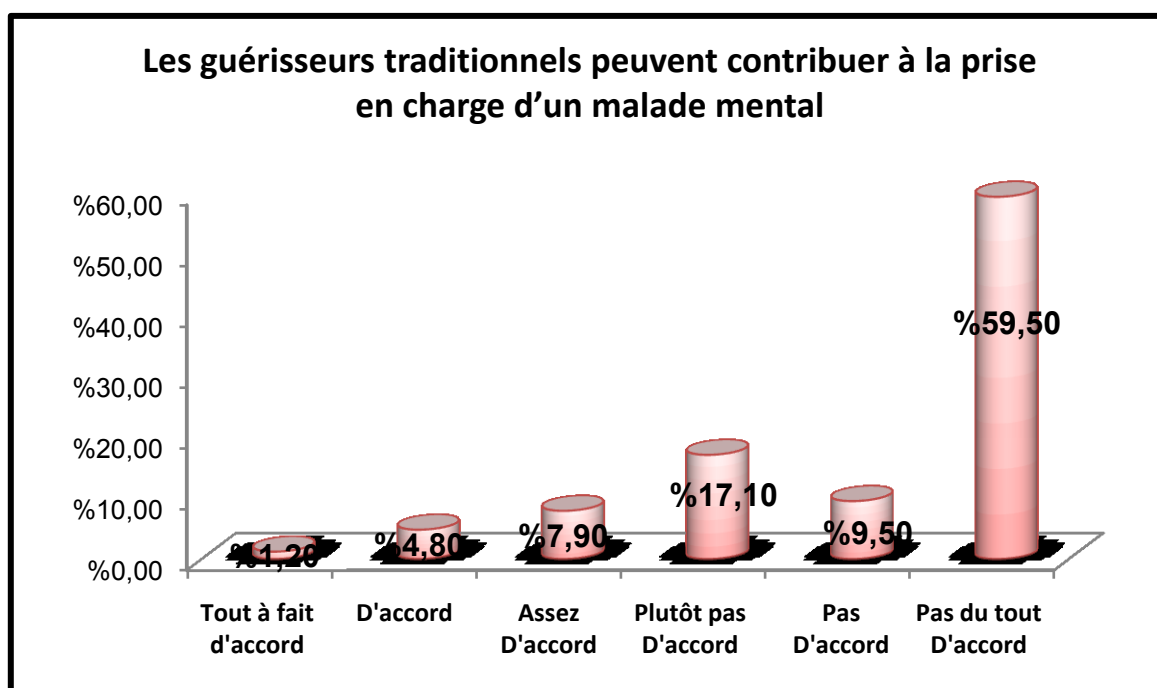


Figure 26 : Répartition des réponses des étudiants vis-à-vis du rôle des guérisseurs traditionnels dans la prise en charge du malade mental (n=420)

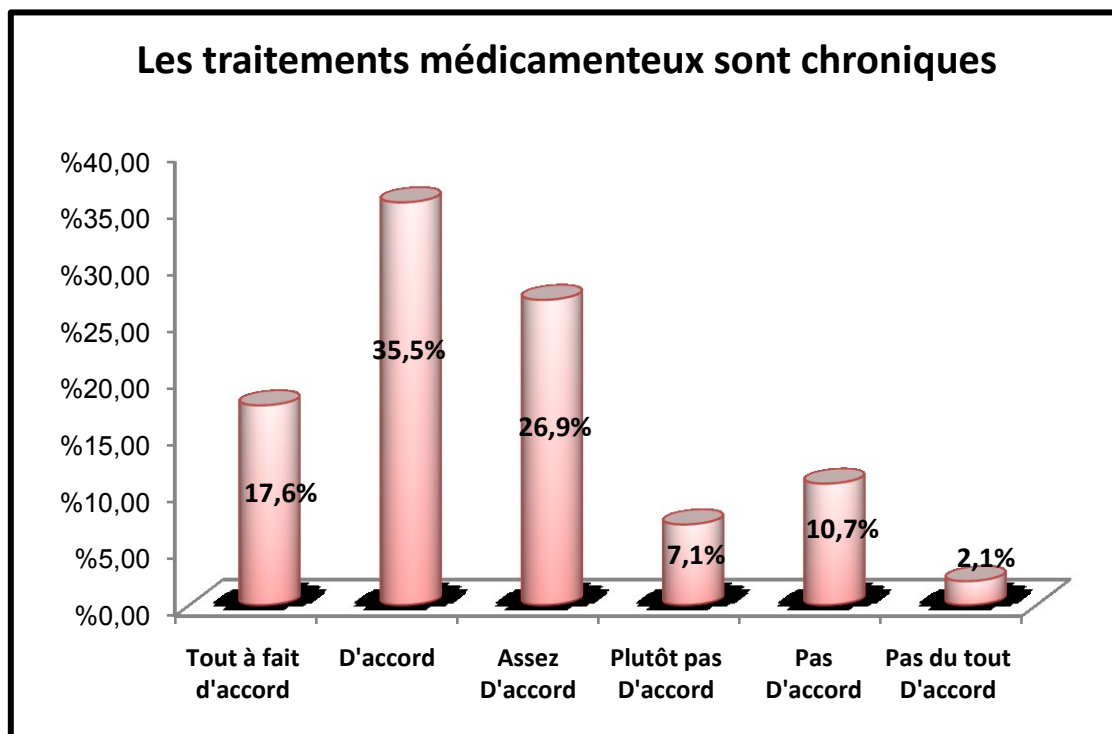


Figure 27 : Répartition des réponses des étudiants vis-à-vis de la chronicité des traitements médicamenteux (n=420)

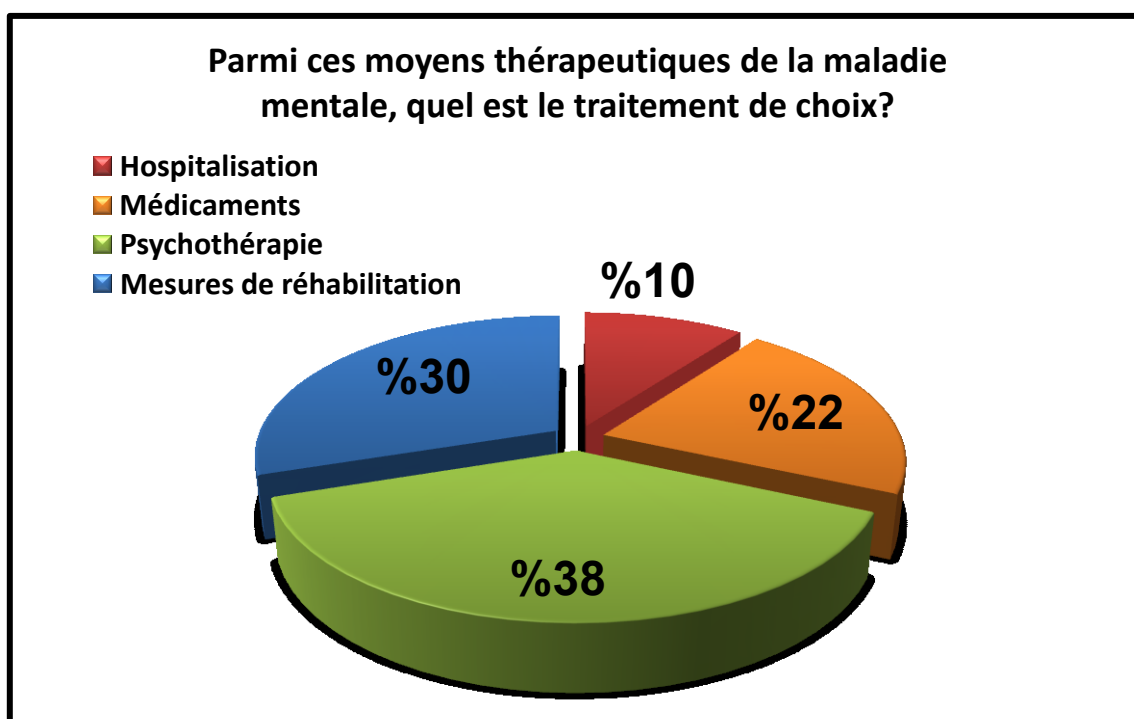


Figure 28 : Répartition des réponses des étudiants à propos du traitement de choix de la maladie mentale (n=420)

1.7 La prévention de la maladie mentale

398 des étudiants, soit 94,8%, confirment que la prévention de la maladie mentale implique les personnes ayant les facteurs de risque.

Or, 333 des étudiants, soit 79,3% infirment l'impossibilité de prévenir la maladie mentale (Tableau N°8).

Tableau 8 : Répartition des réponses des étudiants à propos de la prévention de la maladie mentale (n=420)

La prévention de la maladie mentale implique :	La population générale	L'entourage du malade mental	Les personnes ayant les facteurs de risque	On ne peut pas prévenir une maladie mentale
OUI				
%	90,5%	93,8%	94,8%	20,7%
Nombre	380	394	398	87
NON				
%	9,5%	6,2%	5,2%	79,3%
Nombre	40	26	22	333

1.8 L'impact du stage et du module d'enseignement de psychiatrie sur la perception de la maladie mentale

186 étudiants, soit 44,3%, sont « tout à fait d'accord » que le module d'enseignement de psychiatrie a un impact important sur la perception de la maladie mentale, contre uniquement 11 étudiants, soit 2,6%, qui ne sont pas du tout d'accord vis-à-vis du même énoncé (Fig.29). 281 étudiants, soit 66,9%, sont « tout à fait d'accord » que le stage en psychiatrie a un impact important sur la perception de la maladie mentale, contre uniquement 6 étudiants, soit 1,4%, qui ne sont pas du tout d'accord vis-à-vis du même énoncé (Fig.30).

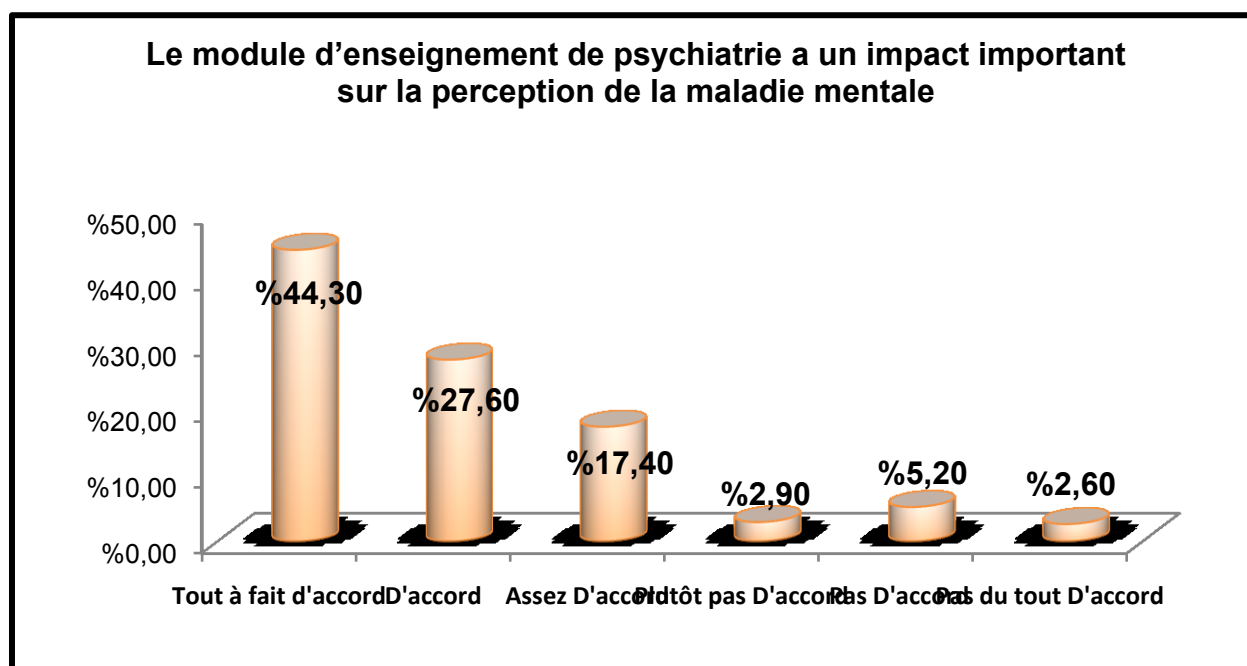


Figure 29 : Répartition des réponses des étudiants vis-à-vis de l'impact du module d'enseignement de psychiatrie sur la perception de la maladie mentale

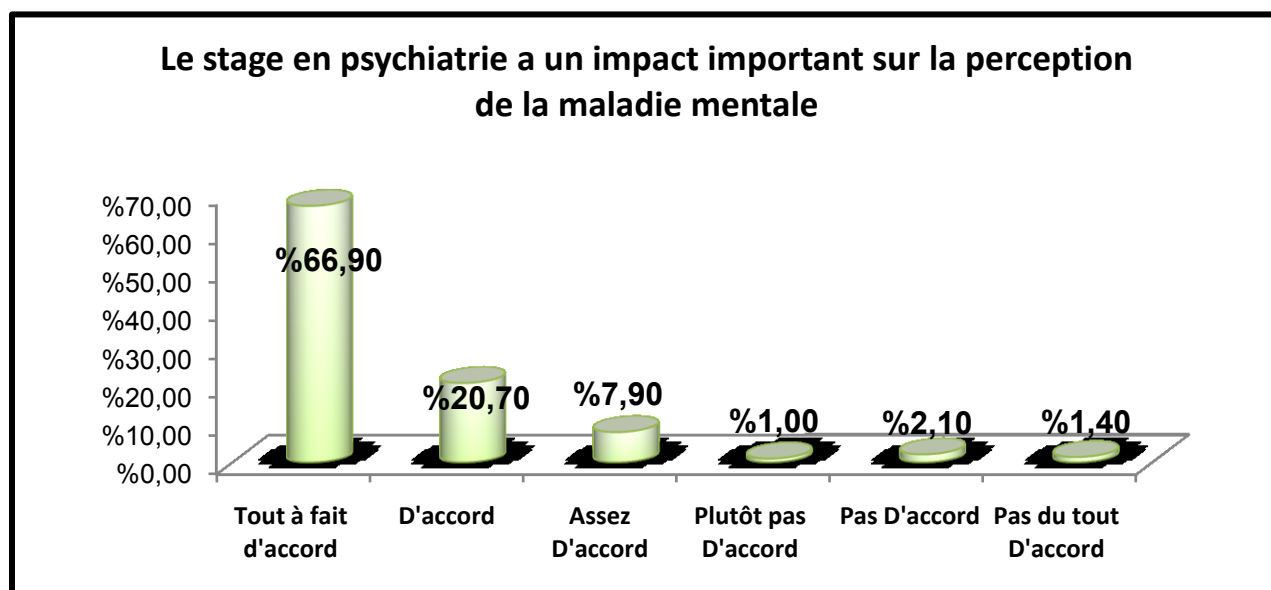


Figure 30 : Répartition des réponses des étudiants vis-à-vis de l'impact du stage de psychiatrie sur la perception de la maladie mentale

1.9. Le choix de psychiatrie comme spécialité

212 étudiants soit 50,5%, n'envisagent pas de choisir la psychiatrie comme spécialité, contre 75 étudiants soit 17,9% qui l'envisagent (Fig.31).

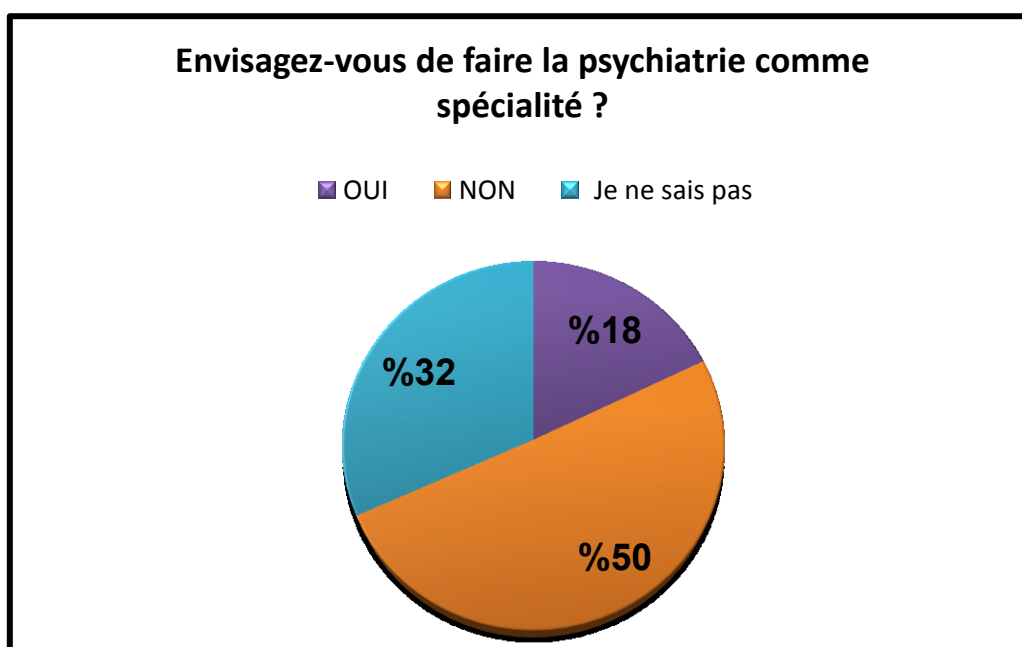


Figure 31 : Répartition des réponses des étudiants à propos du choix de la psychiatrie comme spécialité (n=420)

1.10. Résultats de l'échelle MICA et analyse des items

L'échelle MICA permet d'évaluer l'attitude des étudiants vis-à-vis des malades mentaux ainsi que leur attitude vis-à-vis de la psychiatrie. Les étudiants ont répondu aux seize items de l'échelle. L'étude descriptive objective :

- Un score moyen de 57,24(écart-type 9,95) avec des extrêmes entre 33 et 96.
- Une médiane de 57,00 (intervalles interquartiles 51-62).

L'analyse descriptive de chaque item peut être résumée comme suit :

- ❖ **Item1:** J'apprends la psychiatrie uniquement parce qu'elle tombe aux examens et cela ne m'intéresse pas de lire des informations supplémentaires sur ce sujet.

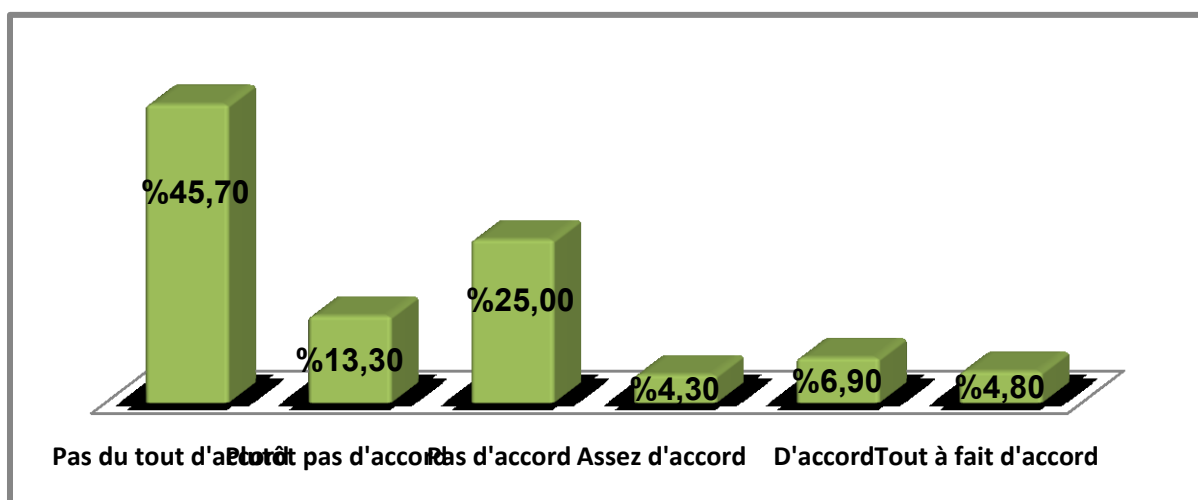


Figure 32 : Répartition des réponses sur l'item1: "J'apprends la psychiatrie uniquement parce qu'elle tombe aux examens et cela ne m'intéresse pas de lire des informations supplémentaires sur ce sujet"

On constate que la plupart des étudiants sont en désaccord total ou partiel avec cet item, ceci indique que la majorité des étudiants sont intéressés par la psychiatrie.

- ❖ Item 2: Les personnes atteintes de maladie mentale sévère ne peuvent jamais récupérer suffisamment pour avoir une bonne qualité de vie

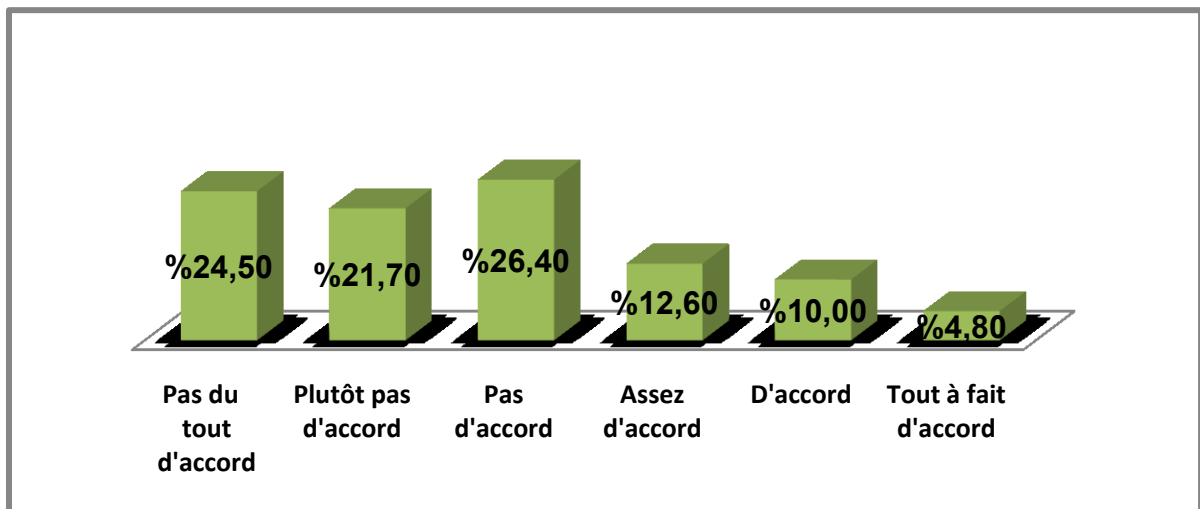


Figure 33 : Répartition des réponses sur l'item 2 : «Les personnes atteintes de maladie mentale sévère ne peuvent jamais récupérer suffisamment pour avoir une bonne qualité de vie»

On constate que la plupart des réponses sont en désaccord partiel à total avec cet élément. Pourtant environ 28% des étudiants sont en accord. Les résultats de cet item montrent une certaine tolérance vis-à-vis des personnes atteintes de maladie mentale sévère.

❖ Item 3: La psychiatrie est aussi scientifique que les autres champs de la médecine

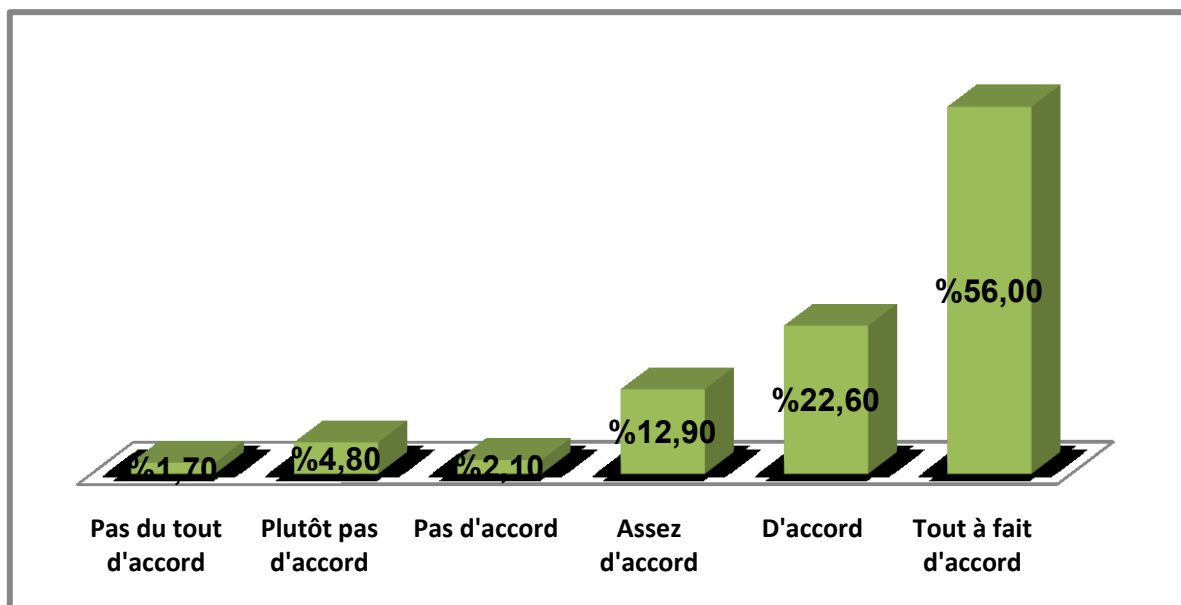


Figure 34 : Répartition des réponses sur l'item 3:"La psychiatrie est aussi scientifique que les autres champs de la médecine"

On constate que 56,00% des étudiants sont en accord total avec cet élément, et 36% ; environ ; en accord partiel. Ceci indique que la majorité des étudiants apprécie la valeur scientifique de la psychiatrie comme discipline.

- ❖ Item 4: Si j'avais une maladie mentale, je ne l'avouerais jamais à aucun de mes AMIS par peur d'être traité(e) différemment.

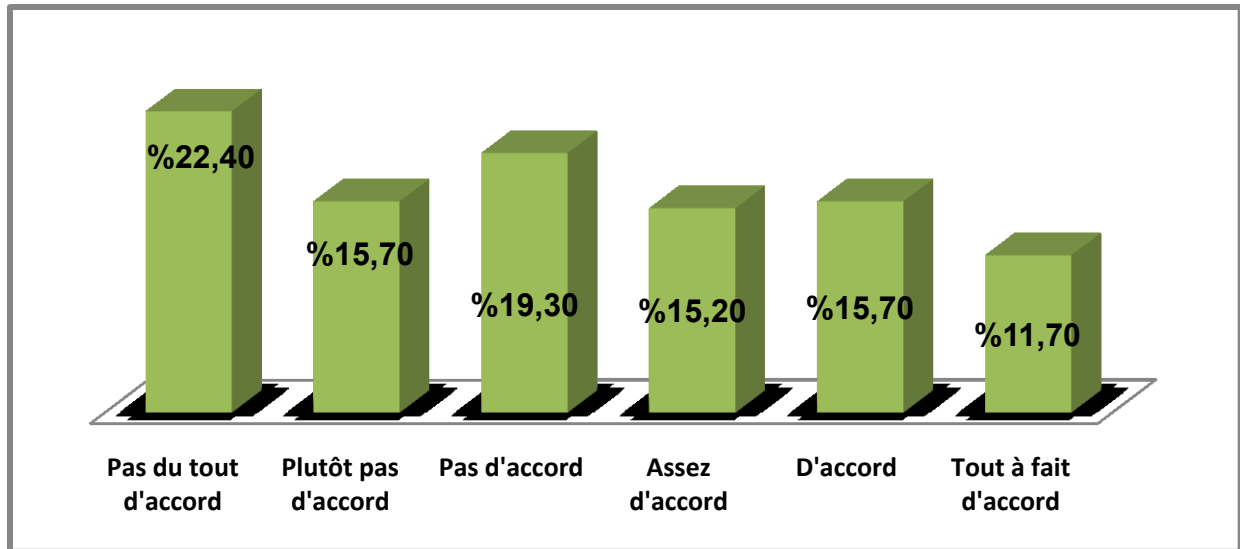


Figure 35 : Répartition des réponses sur l'item 4 : "Si j'avais une maladie mentale, je ne l'avouerais jamais à aucun de mes AMIS par peur d'être traité(e) différemment "

Les résultats de cet item semblent assez dispersés d'une manière équilibrée entre l'accord et le désaccord.

- ❖ Item 5: Les personnes atteintes de pathologie mentale sévère sont plus souvent dangereuses que non dangereuses.

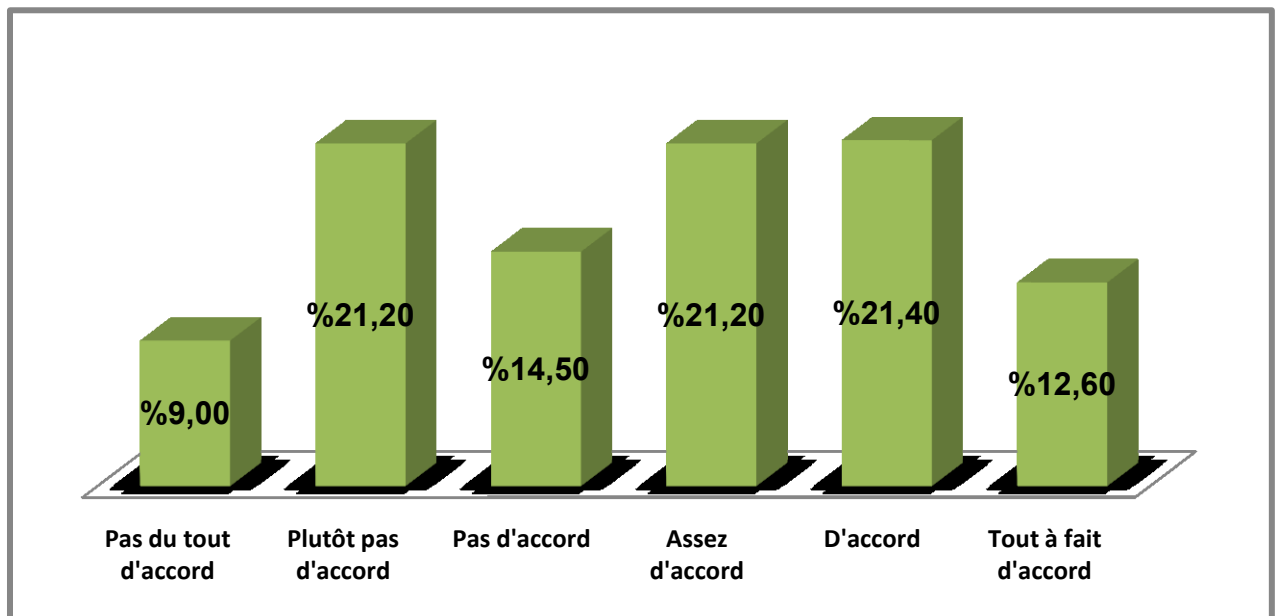
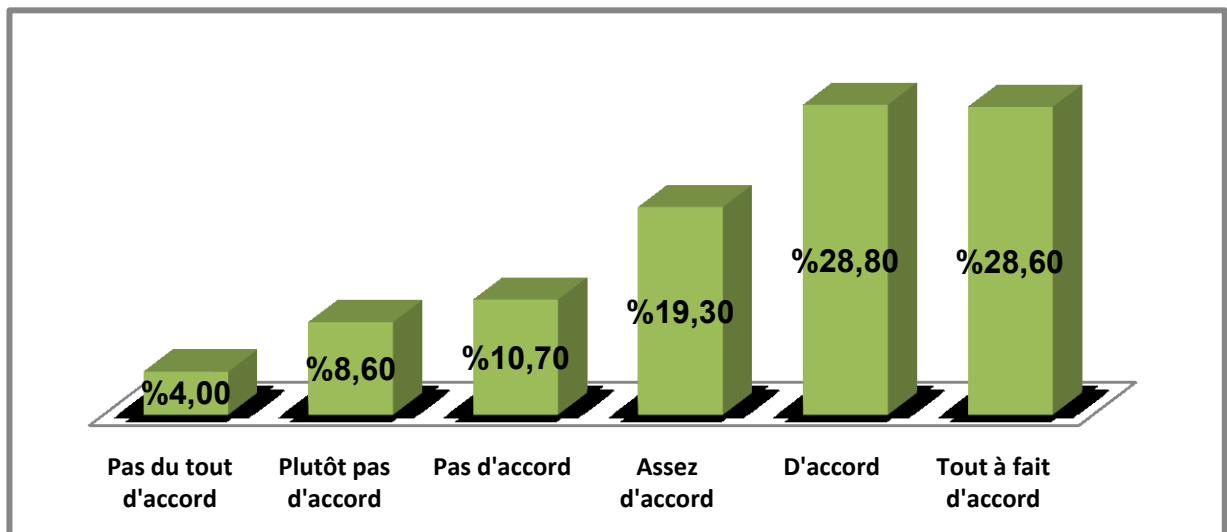


Figure 36 : Répartition des réponses sur l'item 5 : "Les personnes atteintes de pathologie mentale sévère sont plus souvent dangereuses que non dangereuses"

Les résultats de cet item semblent dispersés entre l'accord et le désaccord. Pourtant environ 56% des réponses sont en accord partiel à total avec cet élément.

- ❖ **Item 6:** Les psychiatres connaissent mieux la vie personnelle des personnes traitées pour maladie mentale que leurs amis ou les membres de leur famille.

Figure 37 : Répartition des réponses sur l'item 6 : " Les psychiatres connaissent mieux la vie personnelle des personnes traitées pour maladie mentale que leurs amis ou les membres de leur famille "



La plupart des résultats à cet élément ont tendance à être dispersés entre un accord partiel à total. Pourtant environ 23% des réponses sont en désaccord partiel à total avec cet item.

- ❖ Item 7: Si j'avais une maladie mentale, je ne l'avouerais jamais à aucun de mes collègues par peur d'être traité(e) différemment.

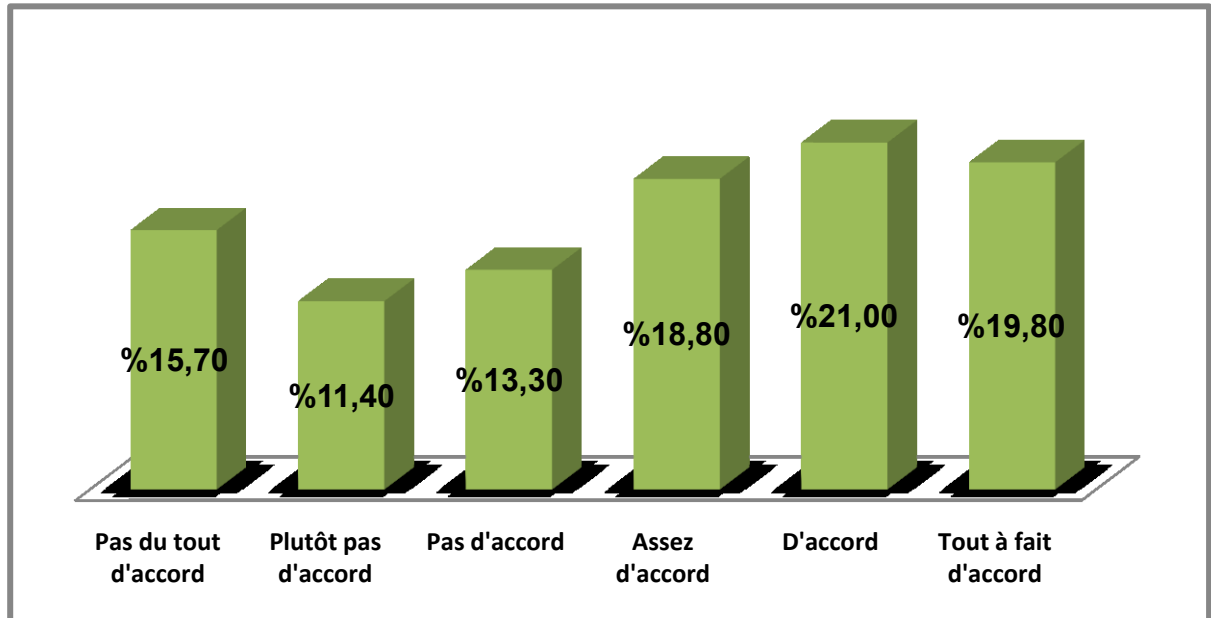


Figure 38 : Répartition des réponses sur l'item7: "Si j'avais une maladie mentale, je ne l'avouerais jamais à aucun de mes COLLEGUES par peur d'être traité(e) différemment"

Les résultats de cet item semblent assez dispersés d'une manière équilibrée entre l'accord et le désaccord.

❖ Item 8: Etre psychiatre n'est pas comme être un vrai médecin.

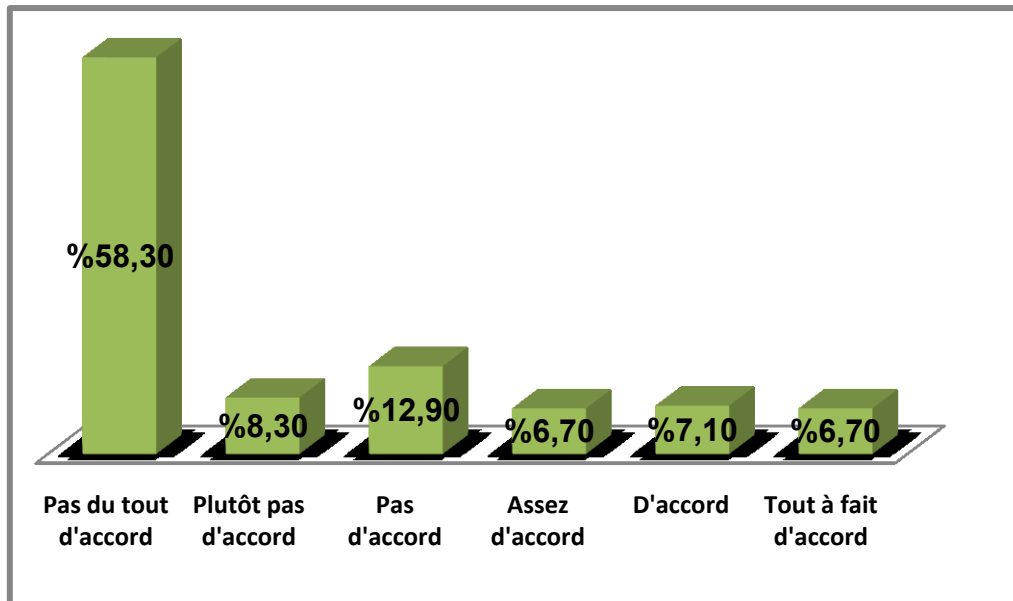


Figure 39 : Répartition des réponses sur l'item8 : "Etre psychiatre n'est PAS comme être un vrai médecin"

58,3% des étudiants sont en désaccord total avec cet item contre 6,7% uniquement qui sont en accord total. Ceci indique que le statut du psychiatre est bien apprécié par les participants à l'enquête.

❖ Item 9: Si un psychiatre me chargeait de traiter les personnes atteintes de maladie mentale de manière irrespectueuse, je ne suivrais PAS ses instructions.

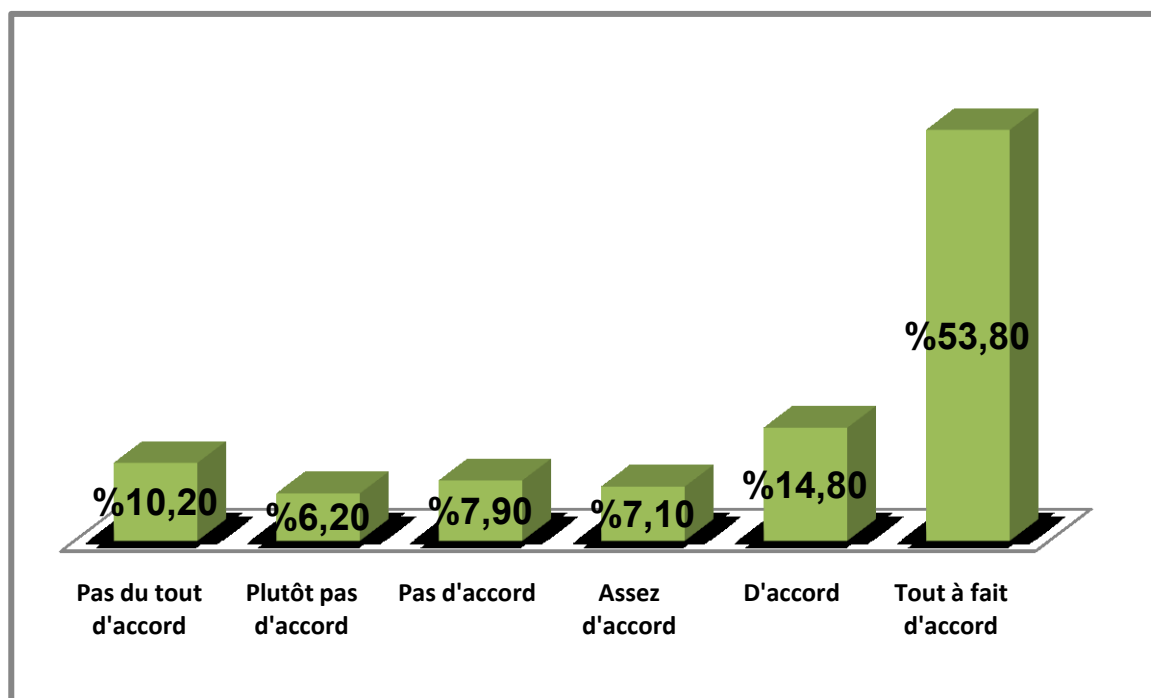


Figure 40 : Répartition des réponses sur l'item9: "Si un psychiatre me chargeait de traiter les personnes atteintes de maladie mentale de manière irrespectueuse, je ne suivrais PAS ses instructions"

Environ plus de 75% des résultats sont en accord partiel à total (53,8%) avec cet item. Ceci indique que la majorité de nos participants expriment du respect vis-à-vis des malades mentaux.

❖ Item 10: Je suis aussi à l'aise pour parler à une personne ayant une maladie mentale qu'à une personne ayant une maladie somatique.

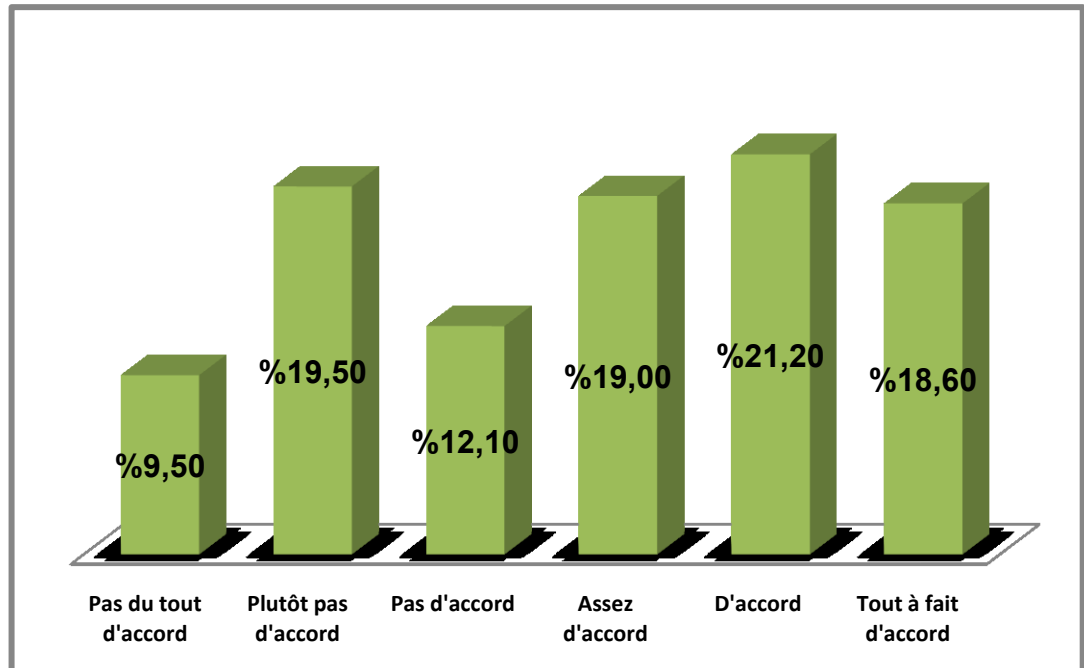


Figure 41 : Répartition des réponses sur l'item10: "Je suis aussi à l'aise pour parler à une personne ayant une maladie mentale qu'à une personne ayant une maladie somatique"

Les résultats de cet item semblent assez dispersés d'une manière équilibrée entre l'accord et le désaccord.

- ❖ Item 11: Il est important que tout médecin prenant en charge une personne ayant une maladie mentale évalue également son état de santé physique.

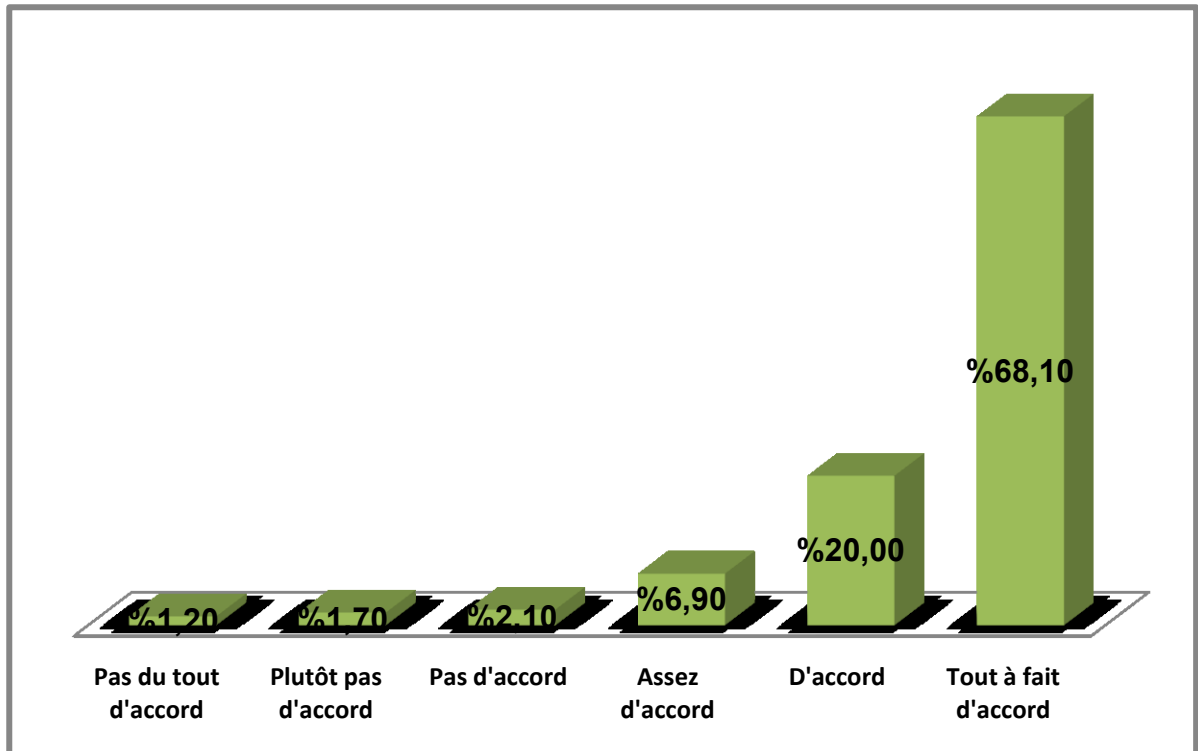


Figure 42 : Répartition des réponses sur l'item11: "Il est important que tout médecin prenant en charge une personne ayant une maladie mentale évalue également son état de santé physique"

68,10% des participants à l'étude sont en accord total avec cet élément. Ceci indique que la plupart des étudiants accordent de l'attention à l'état de santé physique des malades mentaux.

- ❖ **Item 12:** La population n'a PAS besoin d'être protégée des personnes ayant une maladie mentale sévère.

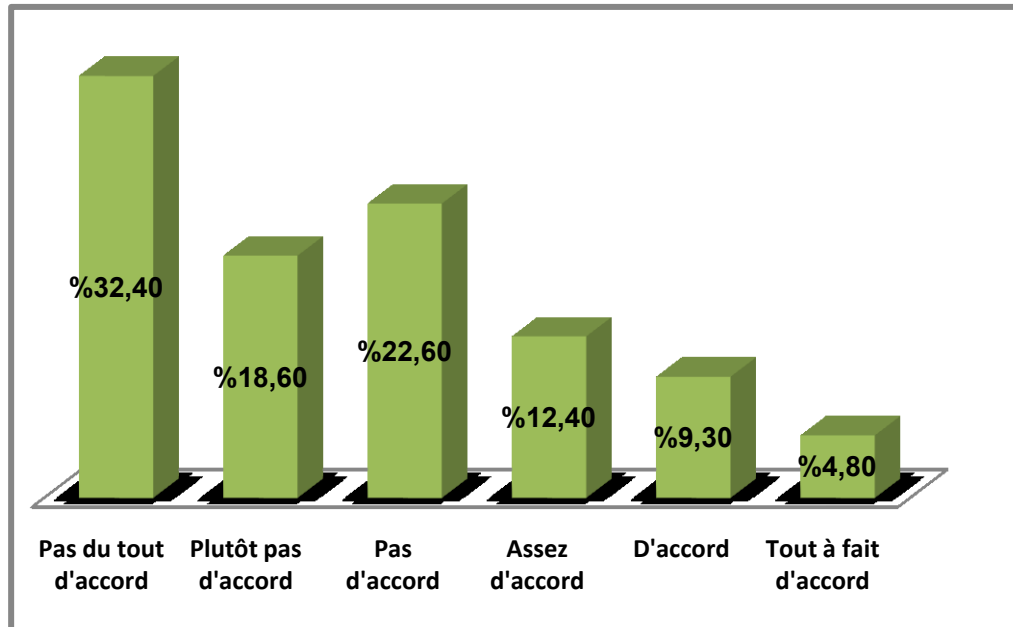


Figure 43 : Répartition des réponses sur l'item12: "La population n'a PAS besoin d'être protégée des personnes ayant une maladie mentale sévère"

Plus de 73% des réponses sont en désaccord partiel à total (32,4%) avec cet item.

- ❖ Item 13: Si une personne ayant une maladie mentale se plaignait de symptômes physiques (douleur thoracique par exemple), je les attribuerais à sa maladie mentale.

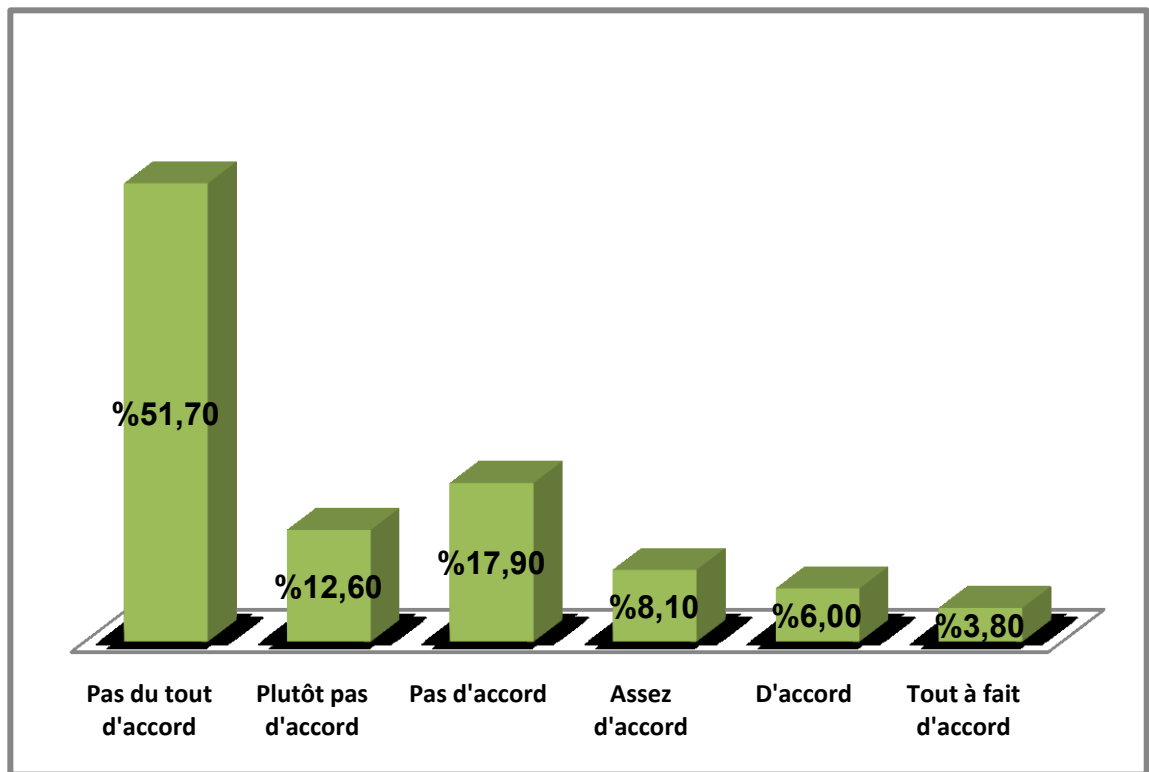


Figure 44 : Répartition des réponses sur l'item 13: "Si une personne ayant une maladie mentale se plaignait de symptômes physiques (douleur thoracique par exemple), je les attribuerais à sa maladie mentale"

51,7% des étudiants sont en désaccord total avec cet élément contre 3,8% uniquement qui sont en accord total.

- ❖ Item 14: On ne devrait pas attendre des médecins généralistes qu'ils réalisent une évaluation approfondie pour les patients présentant des symptômes psychiatriques car ils peuvent être adressés aux psychiatres.

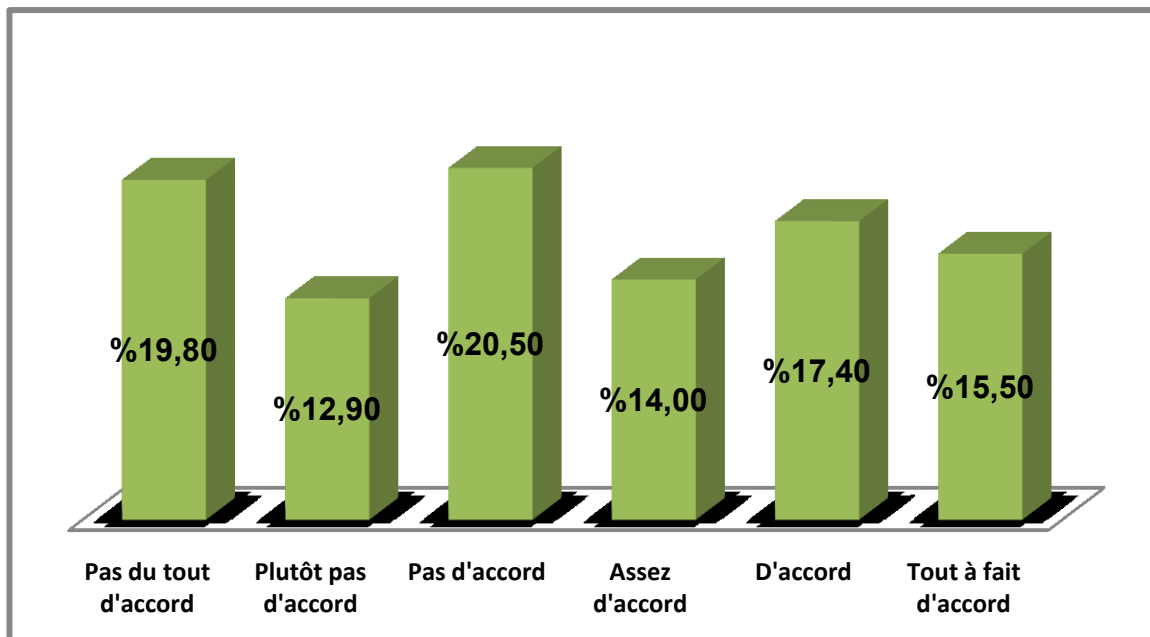


Figure 45 : Répartition des réponses sur l'item14: "On ne devrait pas attendre des médecins généralistes qu'ils réalisent une évaluation approfondie pour les patients présentant des symptômes psychiatriques car ils peuvent être adressés aux psychiatres"

Les résultats de cet item semblent assez dispersés d'une manière équilibrée entre l'accord et le désaccord.

- ❖ **Item 15:** Il pourrait m'arriver d'utiliser les termes "fou", "dingue", "cinglé" etc, pour décrire les personnes ayant une maladie mentale que je vois dans mon travail.

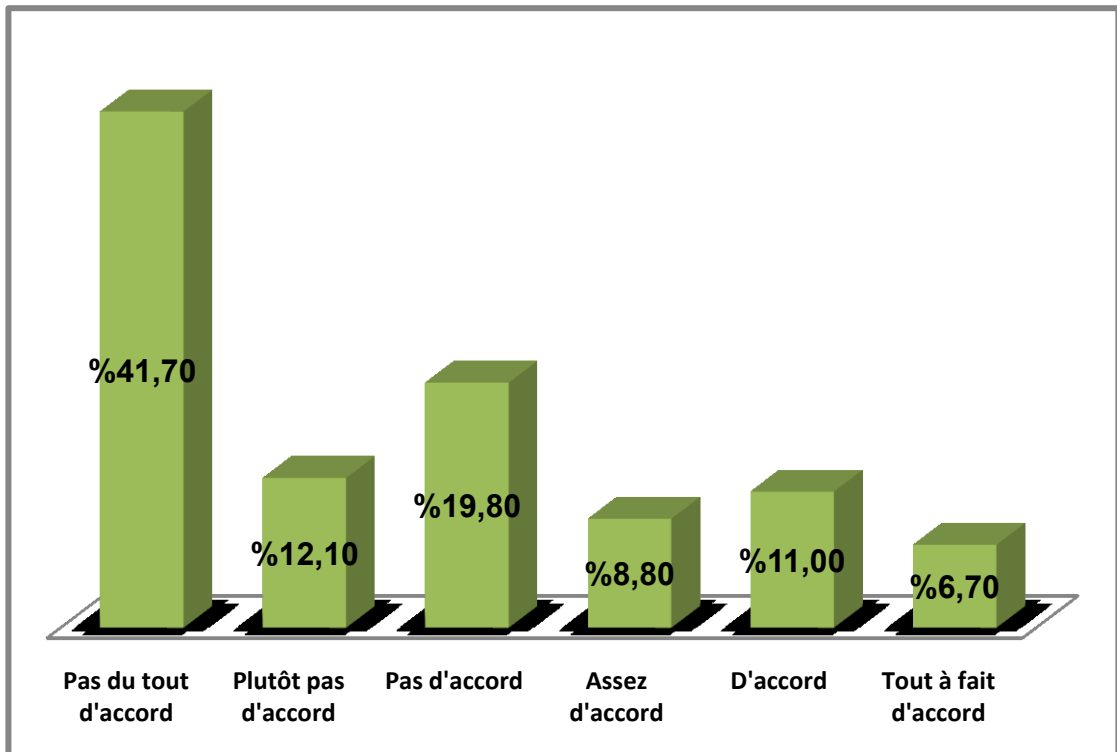


Figure 46 : Répartition des réponses sur l'item15: "On Il pourrait m'arriver d'utiliser les termes "fou", "dingue", "cinglé" etc. pour décrire les personnes ayant une maladie mentale que je vois dans mon travail"

Plus de 73% des réponses sont en accord partiel à total avec cet élément. Ces résultats sont en faveur d'une attitude non stigmatisante de nos participants vis-à-vis des malades mentaux.

- ❖ Item 16: Si un(e) collègue me disait avoir présenté une maladie mentale, je voudrais continuer à travailler avec lui/elle.

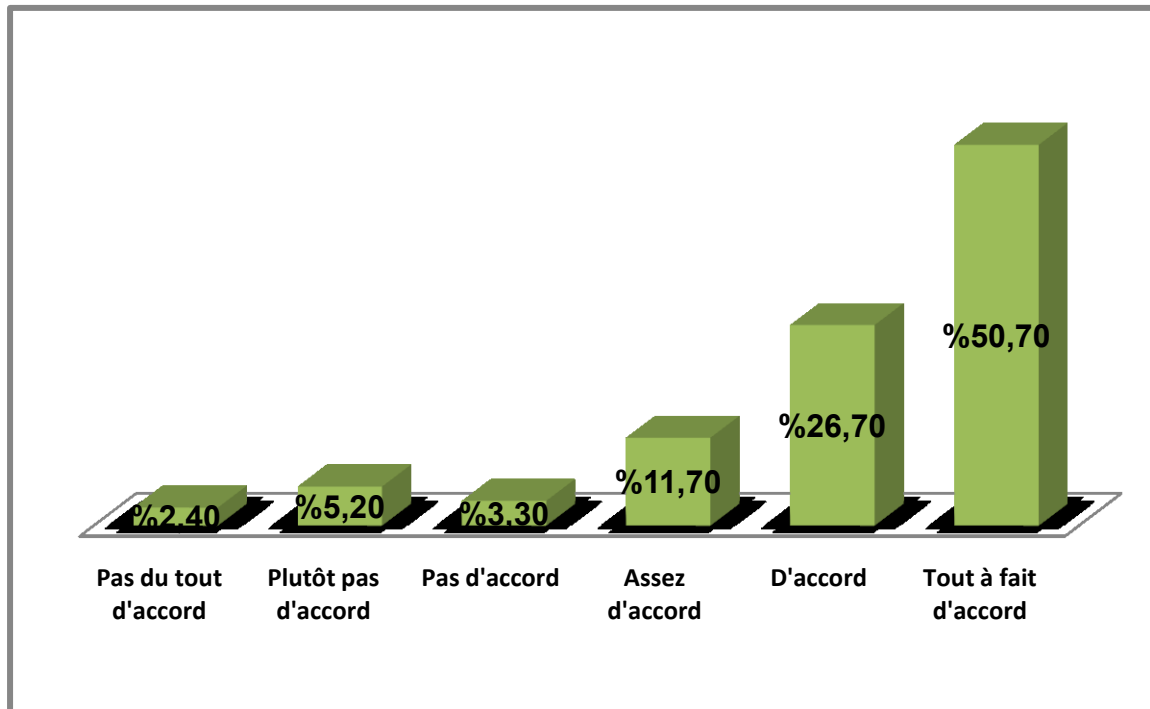


Figure 47 : Répartition des réponses sur l'item16:" Si un(e) collègue me disait avoir présenté une maladie mentale, je voudrais continuer à travailler avec lui/elle "

La plupart des réponses sont réparties entre un accord partiel à total (50,70%) avec cet item.

1. Etude analytique

Nous avons effectué un croisement entre la variable STIGMA ; et d'autres variables d'intérêt à la recherche d'associations : le sexe, le revenu familial, le statut marital, le niveau d'étude, le cycle d'étude, le passage en stage de psychiatrie, la curabilité de la maladie mentale, le pronostic de la maladie mentale, le choix de psychiatrie comme spécialité : (Tableau N°9)

Tableau 9 : résultats de l'analyse uni-variée entre la variable STIGMA et les variables d'intérêt

Variable	catégorie	nombre	Pour-centage	STIGMA				P valeur
				0		1		
				N	%	N	%	
Sexe	Masculin	116	27,6%	48	41,4%	68	58,6%	0,02
	Féminin	304	72,4%	159	52,3%	145	47,7%	
Revenu familial	< 2000Dh	45	10,7%	19	42,2%	26	57,8%	0,08
	2000–5000Dh	52	12,4%	34	65,4%	18	34,6%	
	5000–10 000Dh	111	26,4%	52	46,8%	59	53,2%	
	>10 000Dh	212	50,5%	102	48,1%	110	51,9%	
Statut marital	Célibataire	392	93,3%	199	50,8%	193	49,2%	0,02
	Marié(e)	28	6,7%	8	28,6%	20	71,4%	
Niveau d'étude	1ère Année	53	12,6%	27	50,9%	26	49,1%	0,06
	2ème Année	56	13,3%	24	42,9%	32	57,1%	
	3ème Année	50	11,9%	27	54,0%	23	46,0%	

	4 ^{ème} Année	52	12,4%	16	30,8%	36	69,2%	
	5 ^{ème} Année	51	12,1%	26	51,0%	25	49,0%	
	6 ^{ème} Année	61	14,5%	37	60,7%	24	39,3%	
	7 ^{ème} Année	97	23,1%	50	51,5%	47	48,5%	
Cycle d'étude	1 ^{er} cycle	109	26%	51	46,8%	58	53,2%	0,37
	2 ^{ème} cycle	311	74%	156	50,2%	155	49,8%	
Stage en psychiatrie	Oui	184	43,8%	98	53,3%	86	46,7%	0,15
	Non	236	56,2%	109	46,2%	127	53,8%	
la maladie mentale est-elle guéri-ssable ?	Oui	340	81%	170	50,0%	170	50,0%	0,63
	Non	80	19%	37	46,3%	43	53,8%	
Pronostic de la maladie mentale	Bon	22	5,2%	8	36,4%	14	63,6%	0,56
	Dépend de la pathologie	354	84,3%	179	50,6%	175	49,4%	
	Péjoratif	36	8,6%	16	44,4%	20	55,6%	
	Très péjoratif	8	1,9%	4	50,0%	4	50,0%	
Choix de la psychiatrie comme spécialité	Oui	75	17,9%	36	48,0%	39	52,0%	0,93
	Non	212	50,5%	104	49,1%	108	50,9%	
	Je ne sais pas	133	31,7%	67	50,4%	66	49,6%	

Après l'analyse des différents résultats obtenus, nous avons les constatations suivantes concernant le profil des participants par rapport à leur attitude envers les malades mentaux :

- Les étudiants de sexe féminin semblent avoir une attitude moins stigmatisante par rapport aux étudiants de sexe masculin ;
- Les étudiants dont le revenu familial est de 2000–5000Dh semblent moins stigmatisants ;
- Les marié(e)s dans notre étude sont franchement moins stigmatisants par rapport aux célibataires ;
- Les étudiants du deuxième cycle ont une attitude moins stigmatisante par rapport aux étudiants du premier cycle ;
- Les participants passant par un stage de psychiatrie semblent être moins stigmatisants par rapport à ceux qui n'ont pas passé par un stage de psychiatrie ;
- Les étudiants répondant par NON sur l'item : « la maladie mentale est-elle guérissable? » semblent être plus stigmatisants que les étudiants répondant par OUI ;

On distingue une association significative entre la variable STIGMA et le sexe (les participants de sexe féminin sont moins stigmatisants) ainsi qu'avec le statut marital (les étudiant(e)s marié(e)s ont une attitude moins stigmatisante),

Par ailleurs, il ne semble pas y avoir d'associations significatives entre la variable STIGMA et :

- Le revenu familial
- Le niveau d'étude

- Le cycle d'étude
- Le passage en stage de psychiatrie
- La curabilité de la maladie mentale (« la maladie mentale est-elle guérissable ? »)
- Le pronostic de la maladie mentale
- Le choix de la psychiatrie comme spécialité

VI. DISCUSSION

1. Enseignement de la psychiatrie à la faculté de médecine et de pharmacie de Fès

Pendant longtemps, la psychiatrie et la pathologie mentale ont été reléguées au second plan dans les programmes d'enseignement des Facultés de Médecine.

Les causes d'une telle politique de marginalisation sont multiples. Or, sans doute, le lourd héritage de stigmatisation de la pathologie mentale et de la psychiatrie endosse une part de responsabilité.

Heureusement que l'on assiste depuis peu, à une prise de conscience qui a initié une politique de réforme. En effet, le stage de psychiatrie est devenu fondamental à la Faculté de Médecine de Fès.

1.1 Enseignement théorique

L'enseignement théorique de la psychiatrie à la faculté de médecine et de pharmacie de Fès se fait au cours de la 5ème année, où les étudiants reçoivent ; durant leur 10ème quadrimestre ; des cours magistraux répartis sur environ 22 heures. Le programme englobe des cours fondamentaux de la sémiologie ainsi que de la pathologie psychiatrique. La sémiologie psychiatrique est intégrée actuellement dans les cours de sémiologie. Elle est centrée sur les principaux syndromes psychiatriques : dissociatif, maniaque, dépressif, délirant et hallucinatoire, confusionnel.

Par ailleurs, le programme d'enseignement de la pathologie psychiatrique traite la classification des 29 maladies mentales, les troubles psychotiques (schizophrénie, bouffé délirante aiguë, délire paranoïaque),

névrotiques (dépression, trouble bipolaire, troubles anxieux) et de l'humeur, ainsi qu'un aperçu sur la thérapeutique en psychiatrie et les urgences psychiatriques.

A noter que l'enseignement de psychiatrie à la faculté de médecine de pharmacie de Fès est initié aux étudiants au cours du 1er cycle des études médicales à travers l'enseignement de la psychologie. Cette initiation se présentait sous deux formes :

- Un module de psychologie générale (16 à 30 h selon les Facultés), dans lequel étaient abordées les notions fondamentales comme la mémoire, l'intelligence, le cycle du sommeil, les aspects psychologiques de la douleur et le stress...
- Un module de psychologie médicale qui insistait principalement sur la psychologie du malade et du médecin ; la relation qui les lie et introduisait la notion de médecine psychosomatique.

D'un point de vue quantitatif, un bref calcul nous montre que le volume horaire consacré à la pathologie mentale ne représentait qu'environ 1 à 2 % du temps total des cours théoriques dispensés aux étudiants. En effet, il s'avère que la psychiatrie faisait partie des modules les moins dotés en volume horaire.

D'un point de vue qualitatif, on constate que l'essentiel du module était théorique et que les enseignements dirigés ou les travaux de groupe sont peu fréquents.

1.2 Stage en psychiatrie

Le stage en service de psychiatrie se déroule au cours de la cinquième année, au sein du service hospitalier de l'hôpital ibn Al Hassan de Fès. Le passage en stage de psychiatrie étant obligatoire pour tous les étudiants de cinquième année, et est de durée moyenne d'environ six semaines.

Au cours de leur stage, les étudiants sont en contact avec les malades mentaux se présentant au service des urgences, à la consultation ainsi que les malades hospitalisés.

A signaler que l'enseignement théorique se continue tout au long du stage, à travers des cours théoriques, des présentations de malades (cas intéressants) ainsi que des jeux de rôle.

2. Etude de la représentation sociale de la maladie mentale chez les étudiants en médecine au Maroc

Au Maroc, on constate que les études réalisées à propos de la représentation sociale de la maladie mentale sont rares.

D'ailleurs, Notre enquête est la première en son genre au Maroc, étudiant la représentation sociale de la maladie mentale chez les étudiants en médecine.

Le tableau suivant résume des études faites au Maroc, traitant le sujet de la représentation sociale de la maladie mentale ou des sujets similaires (Tableau N°10) :

**Tableau 10 : Principales études réalisées au Maroc à propos du sujet de la
représentation sociale de la maladie mentale**

Auteur	Année	Lieu d'étude	Population d'étude	Objectif de l'étude
Mouna BENAISSA [34]	2009	l'hôpital AR- RAZI de Salé	malades mentaux (N=100)	Préciser le vécu de la stigmatisation et son impact sur la vie familiale et socioprofessionnelle des malades mentaux
BOURAM Omar [35]	2012	RABAT	gestionnaires de la santé mentale (N=12)	Explorer et comprendre les représentations sociales de la maladie mentale chez les gestionnaires de la santé mentale
Notre étude	2019	Faculté de médecine et de pharmacie de Fès	Etudiants en médecine (N=420)	Etudier la représentation sociale de la maladie mentale chez les étudiants en médecine

3. Discussion des caractéristiques principales de la population

3.1 Sexe

Notre population est majoritairement composée de sexe féminin (72,4%). Ceci ne constitue pas un biais de sélection, la distribution en genre dans les facultés de médecine révélant généralement une majorité des étudiantes.

D'ailleurs, d'autres enquêtes similaires ont montré une prédominance féminine de leurs échantillons d'études (Tableau N°11) :

Tableau 11 : Comparaison de la proportion de sexe masculin et féminin de notre échantillon avec celui des enquêtes similaires

Auteurs	Année	Pays	Masculin	Féminin
Marina Economou et al. [36]	2017	Grèce	44,2%	55.8%
Zaza Lyons et Aleksandar Janca [37]	2015	Australie	45%	55%
Scott B Patten et al. [38]	2012	UK	26.7 %	73.3 %
Sarah Clement et al. [39]	2012	UK	12.8 %	87.2 %
Notre étude	2019	MAROC	27,6%	72,4%

3.2 Moyenne d'âge

Comme le montre le tableau ci-dessous, la moyenne d'âge de notre échantillon correspond à celle de la majorité des autres enquêtes (Tableau N°12) :

Tableau 12 : Comparaison de la moyenne d'âge de notre échantillon avec celui des enquêtes similaires

Auteur	Pays	Année	Moyenne d'âge
Krishna et al. [40]	Inde	2016	23.2 +/- 1.06 ans
Zaza Lyons et Aleksandar Janca[37]	Australie	2015	23 ans
Friedrich et al [41]	UK	2013	23.5 ans
Servet Aker et al. [42]	Turquie	2007	23.47 ±0.95 ans
Notre étude	Maroc	2019	21,73 +/- 2,60 ans

3.3 Statut marital

On constate que la majorité des étudiants participant à notre enquête sont célibataires (93,3%). Cette proportion est proche de celle objectivée par S. Al-Adawi et al. (94,8%) [43], et M. Economou et al. (93.5%) [44].

3.4 Antécédents psychiatriques

a. Antécédent de consultation psychiatrique

18,1% des participants ont déclaré avoir consulté pour une pathologie psychiatrique. Cet élément assez important a été traité par plusieurs études. Or, les résultats sont variables :(Tableau N°13)

Tableau 13 : Comparaison de la proportion de l'antécédent psychiatrique personnel de notre échantillon avec celui des enquêtes similaires

Auteur	Pays	Année	Antécédent psychiatrique personnel
Adesuwalghodaro et al. [45]	Nigeria	2014	44.6 %
Marina Economou et al. [36]	Grèce	2017	59.6%
Hendri-Charl Eksteen et al. [46]	Afrique du Sud	2017	35.5%
Ania Korszun et al. [47]	UK	2012	17.8%
Notre étude	Maroc	2019	18.1%

b. Proche atteint de pathologie psychiatrique

54,8% de nos étudiants rapportent avoir parmi leurs proches, une personne qui présente ou a présenté une pathologie psychiatrique.

Plusieurs études ont traité cette donnée. Les résultats sont variables mais on constate qu'ils ont tendance à s'approcher du résultat de notre enquête (Tableau N°14).

Tableau 14 : Comparaison de la proportion d'avoir un proche atteint de pathologie psychiatrique de notre échantillon avec celui des enquêtes similaires

Auteur	Pays	Année	Proche atteint de pathologie psychiatrique
N. Simon, H. Verdoux [48]	France	2016	46.4 %
Yifan Zhu et al. [49]	Chine	2017	13.5%
Aliya Kassam et al. [50]	UK	2011	55 %
Patten et al. [38]	UK	2012	83.8 %
Notre étude	Maroc	2019	54,8%

3.5 Passage en stage de psychiatrie

Dans notre population d'étude, 43,8% ; contre 56,2% ; des étudiants ont passé par un stage de psychiatrie. Ce résultat peut être expliqué par le fait que notre échantillon englobe des étudiants de la première jusqu'à la septième année des études médicales, tout en sachant que les étudiants ne passent par le stage de psychiatrie qu'à partir de leur cinquième année (passage obligatoire).

Or, le passage en stage de psychiatrie peut se faire aussi au cours de la sixième année (stage de roulement), ainsi qu'au cours de l'internat pour les

internes (inclus dans notre étude). Néanmoins, le passage volontaire par le stage de psychiatrie pour les étudiants dont le niveau est inférieur à la cinquième année d'études médicales reste possible.

La revue de la littérature montre des résultats variables par rapport à cet élément, ceci est dû à :

- La variabilité des échantillons d'études des différentes enquêtes ;
- La variabilité des systèmes de formation médicale, en matière du passage en stage de psychiatrie, entre les facultés et les écoles médicales des différents pays.

Le tableau ci-dessous (Tableau N°15), représente la variabilité des échantillons des différentes enquêtes selon le niveau d'études des étudiants, choisi par rapport au passage en stage de psychiatrie.

Tableau 15 : les différents échantillons des enquêtes similaires

Auteur	Pays	Année	Echantillon d'étude
Servet Aker et al. [47]	Turquie	2007	Etudiants de dernière année en médecine
N. Simon, H. Verdoux [48]	France	2016	Etudiants en quatrième année en stage en psychiatrie et en neurologie
Krishna et al. [40]	Inde	2016	Internes en médecine
Zaza Lyons et Aleksandar Janca [37]	Australie	2015	Etudiants en quatrième année en stage de psychiatrie
Miroslava Janoušková et al.[51]	République Tchèque	2017	Etudiants en médecine en différentes années d'études et enseignants de médecine
H Baxter et al.[52]	UK	2001	Étudiants en médecine de dernière année
Notre étude	Maroc	2019	Étudiants en médecine de la 1 ^{ère} à la 7 ^{ème} année

4. Discussion des facteurs associés aux attitudes des étudiants

Notre étude analytique a objectivé deux facteurs prédictifs significativement associés à une attitude plus favorable des étudiants : le sexe féminin ($p=0,02$) et le statut « marié(e) » ($p=0,02$).

4.1 Attitudes selon le genre

De nombreuses études ont objectivé que les femmes manifestent une attitude généralement plus positive vis-à-vis des maladies mentales, que leur perception de tels troubles est plus tolérante, humanitaire et flexible ([42],[53],[54],[55],[56]).

Dans une étude menée par Angermayer et Matschinger [57] sur la schizophrénie et la dépression, il a été rapporté que pour les deux maladies, les femmes exprimaient des niveaux plus élevés de la peur et de la sympathie et des niveaux inférieurs de colère comparés aux hommes.

Néanmoins, l'étude de développement de la MICA (Kassam et al.[33] ne retrouve pas de différence significative d'attitudes entre les hommes et les femmes.

4.2 Attitudes selon le statut marital

Si la plupart des auteurs s'accordent sur le fait que le sexe féminin soit associé à une attitude plus favorable envers les malades mentaux, ils sont rares à avoir évalué l'association entre le statut marital et les attitudes envers la maladie mentale.

D'ailleurs, l'étude « Attitudes toward mental illness, mentally ill persons, and help-seeking among the Saudi public and sociodemographic correlates », réalisé par A ABOLFOTOUH M. et al. [58], sur un échantillon de 650 adultes saoudiens âgés de plus de 18 ans, a démontré que le statut marital (être

marié(e)) était un facteur prédictif significativement associé à des attitudes favorables à l'égard des malades mentaux ($t=2.93$, $p=0.003$).

Toutefois, dans l'étude « Perception of and attitude towards mental illness in OMAN », menée par AL-ADAWI S. et al.[43], sur un échantillon constitué d'étudiants en médecine, de proches de malades mentaux et de la population générale d'OMAN, le statut marital ne s'est révélé avoir aucun effet sur les attitudes envers les malades mentaux.

4.3 Effet du stage de psychiatrie

En dehors de l'effet du sexe ainsi que du statut marital, notre étude a révélé une attitude plus favorable chez les étudiants qui ont passé un stage en psychiatrie contrairement à ceux qui ne l'ont pas passé. Pourtant l'association reste non significative.

En effet, nombreuses études longitudinales, à visée comparative, ont mis en évidence l'impact positif d'un stage en service de psychiatrie sur les attitudes des étudiants en médecine à l'égard de la psychiatrie et de la pathologie psychiatrique sans différence de genre (Sloan et al.[59]; Mc Parland et al.[60]; Tan et al.[61]; Shen et al [62]; Lyons et Janca [37]).

A l'inverse, certains n'ont observé d'amélioration des attitudes que chez les femmes (Araya et al.[63]; Reddy et al.[64]; Adebawale et al.[65]). Bien que certaines études ne retrouvent pas d'effet des stages sur les attitudes des étudiants, la revue de la littérature est largement en faveur d'un effet positif des stages sur les attitudes (Lyons [66]). Tous les lieux de stage semblent avoir un impact similaire sur l'évolution des attitudes envers la psychiatrie (Bobo et al.[67]).

Cependant, Il semblerait que plus une intervention a lieu précocement au cours des études, plus elle est efficace sur les attitudes de stigmatisation (Adebowale et al.[65]). Le bénéfice des stages hospitaliers sur les attitudes des étudiants ne semble pas se maintenir dans le temps (Creed et Goldberg [68]; Araya et al. [63] ; Aker et al. [42]). A trois mois, les attitudes sont néanmoins toujours positives (Papish et al.[69]),ce qui sous-entend que les bénéfices s'estompent progressivement.

Le contact avec les patients ne suffit pas à modifier les attitudes des étudiants : les connaissances sont essentielles au processus de déstigmatisation (Mas et Hatim [70]; Ay et al.; Aker et al.[42]; Yadav et al.[71]; Papish et al.[69]). Il ne semble pas y avoir de méthode d'enseignement plus efficace qu'une autre (Singh et al.[72]).

Outre les stages, certaines interventions améliorent la stigmatisation des étudiants vis-à-vis de la pathologie psychiatrique, telles que la visualisation de témoignages de patients éventuellement couplée à la simulation d'hallucinations (Galletly et Burton [73] ;Kassam et al. [50]; Friedrich et al.[41]). La participation à des jeux de rôle ne modifie pas les attitudes des étudiants (Roberts et al.[74]; Kassam et al.[50] ; Stubbs [75]).

4.4 Attitudes selon l'histoire personnelle: proche suivi en psychiatrie

Dans notre étude, une proportion importante d'étudiants déclarait avoir un proche qui présentait ou avait présenté une pathologie psychiatrique (54,8%).

Dans l'étude menée par N. Simon, H. Verdoux [48], la présence parmi les proches d'un individu souffrant de pathologie psychiatrique est associée à des attitudes plus favorables, indépendamment des autres caractéristiques.

Or, l'impact de la présence d'un proche atteint de pathologie psychiatrique peut être différent selon la nature de la pathologie.

Dans deux études précédentes, la proximité avec une personne souffrant de pathologie psychiatrique n'a pas d'impact sur l'évolution des attitudes des étudiants (Mas et Hatim [70]; Kassam et al.[33]).

4.5 Attitudes selon le niveau socio-économique

Dans notre enquête, les étudiants dont le revenu familial est de 2000–5000Dh semblent moins stigmatisants.

Pourtant, il n'y a pas d'association significative ($p>0,05$) entre le revenu familial et l'attitude de nos étudiants. Ce résultat concorde avec celui de l'enquête menée par Economou M et al.[36], qui n'objective pas d'association significative entre le niveau socioéconomique des étudiants et leurs attitudes.

A l'inverse, le revenu mensuel était associé significativement ($t=2.79$, $P=0.005$) aux attitudes des saoudiens dans l'étude réalisée par ABOLFOTOUH M. et al. [58] : les saoudiens dont le revenu mensuel est élevé avaient des attitudes plus favorables vis-à-vis des malades mentaux.

4.6 Attitudes selon le niveau d'étude

La revue de la littérature montre que plusieurs études réalisées auprès des étudiants en médecine ont intéressé des étudiants de différents niveaux d'étude, notamment, des études comparatives prenant en considération l'année d'étude où les étudiants passent par un stage de psychiatrie et/ou reçoivent des cours théoriques ([45], [46], [49]).

En effet, pour les différentes enquêtes, l'impact du niveau d'étude sur les attitudes des étudiants ne peut être évalué sauf en tenant en compte le

niveau d'étude où les étudiants reçoivent des cours théoriques et/ou passent par un stage de psychiatrie.

Dans notre enquête, les étudiants du deuxième cycle ont une attitude moins stigmatisante par rapport aux étudiants du premier cycle ; ceci peut être expliqué par le fait que le passage en stage de psychiatrie ainsi que l'enseignement théorique de la discipline se fait en deuxième cycle d'études médicales.

5. Points forts de l'étude et limites méthodologiques

5.1 Points forts de l'étude

Notre étude transversale « Représentation sociale de la maladie mentale chez les étudiants en médecine » est la première du genre au Maroc.

Elle nous a fourni un ensemble d'informations, aussi bien d'un point de vue descriptif qu'analytique, susceptibles d'intéresser les acteurs du système de santé mentale et d'enseignement de la psychiatrie aux différents niveaux.

Elle a été réalisée auprès des étudiants de la faculté de médecine et de pharmacie de Fès, de la première jusqu'à la septième année d'études médicales.

Nous avons pu enquêter un effectif qui s'élève à 420 étudiants, avec un taux de participation estimé très élevé. Nous avons utilisé l'échelle MICA spécifique aux étudiants en médecine qui permet de mesurer leurs attitudes vis-à-vis de la maladie mentale.

Ainsi, nous avons pu étudier les déterminants ayant un impact sur la représentation mentale d'une population spécifique (étudiants en médecine).

5.2 Limites méthodologiques de l'étude

a. Biais de désirabilité sociale

La désirabilité sociale est la tendance, consciente ou inconsciente, à se décrire de façon avantageuse (Paulhus [76]). Selon ce concept, le participant à un questionnaire a tendance à cocher des réponses qu'il estime refléter de lui-même une image positive plutôt que de cocher des réponses correspondant de façon exacte et véridique à sa pensée. Appliqué à l'échelle MICA, ce mécanisme psychologique aurait pour effet de diminuer le score obtenu à l'échelle, le participant se décrivant potentiellement « moins stigmatisant » qu'il ne l'est en réalité.

Nous n'avons pas mesuré la désirabilité sociale dans notre population. L'anonymat des questionnaires contribue à diminuer le biais de désirabilité sociale.

Dans leur étude portant sur le développement de l'échelle MICA, Kassam et al. [33] n'ont pas trouvé de corrélation entre un score bas à l'échelle MICA et un score mesuré élevé obtenu à une échelle de mesure de la désirabilité sociale, ce qui renforce la validité de l'échelle MICA.

b. Biais de mesure

Nous avons mesuré des attitudes, qui représentent des « intentions de comportements », non des comportements réels. Nous ne pouvons donc pas exclure un écart entre les attitudes mesurées et les comportements effectifs.

c. La version de l'échelle MICA

Dans notre enquête, nous n'avons pas pu utiliser une version de l'échelle MICA validée en arabe dialectal, vu la non disponibilité de celle-ci. Pourtant, l'impact sur les résultats reste faible, étant donné que l'enquête est

destinée aux étudiants en médecine.

6. Perspectives de l'étude

Notre étude, transversale, menée auprès des étudiants en médecine, avait pour but principal d'explorer la représentation sociale de la maladie mentale.

Tout en utilisant un auto-questionnaire adapté ainsi que l'échelle MICA spécifique aux étudiants en médecine, notre enquête a pu ressortir des résultats descriptifs et analytiques intéressants. Néanmoins, les résultats de ce travail constituent les bases d'un travail à poursuivre et à améliorer pour une étude beaucoup plus approfondie.

D'autres études similaires doivent être faites afin d'enrichir la discussion des résultats de la présente enquête et de pouvoir extrapoler, éventuellement, ces résultats, sur l'ensemble de la population des étudiants en médecine du Maroc.

La réalisation d'une étude comparative entre les étudiants de notre faculté et les étudiants des autres facultés de médecine, ainsi que la comparaison avec la population générale, nous permettrons de constituer une image plus nette et complète en matière de la représentation sociale de la maladie mentale.

7. Recommandations

La stigmatisation des personnes souffrant de pathologie psychiatrique est un fait de société, et concerne – au delà des médecins – chacun à des degrés différents.

Les campagnes de déstigmatisation de la maladie mentale, basées sur l'impact des connaissances dans le processus de déstigmatisation, se développent progressivement [77,78]. L'association anglaise « Rethinkmentalillness » déploie pour les professionnels de santé et autres professionnels en contact avec les patients souffrant de trouble psychiatrique le programme « Time to change » [79,80].

Pour les étudiants en médecine, ce programme intègre un entraînement spécifique nommé « Education Not Discrimination » [41] composé d'une conférence portant sur la stigmatisation, la visualisation de vidéos de témoignages d'expériences de discrimination vécues personnellement ou en tant que proche puis la participation à des jeux de rôles. D'autres interventions réduisent la stigmatisation des étudiants vis-à-vis de la pathologie psychiatrique, telles que la visualisation de témoignages de patients éventuellement couplée à la simulation d'hallucinations [50,73]. À l'inverse, la seule participation à des jeux de rôle n'a pas été démontrée comme modifiant les attitudes des étudiants [74,75].

En 2015, l'association psychiatrique européenne a publié des recommandations sur l'enseignement de la psychiatrie aux étudiants, insistant sur la qualité de l'enseignement, le contact avec les patients, les thérapies non médicamenteuses et invitant à faire participer les étudiants aux projets de recherche scientifique [81].

Il apparaît au regard des données de la littérature et des résultats de notre étude que l'impact positif immédiat des interventions et formations sur les attitudes des étudiants en médecine à l'égard de la pathologie mentale est certain.

Cependant, l'effet bénéfique des interventions semble s'estomper avec le temps. Il est donc essentiel que la formation médicale initiale intègre des actions régulières de déstigmatisation auprès des étudiants :

- Intégrer les étudiants dans les manifestations scientifiques en psychiatrie, les projets de recherche, les campagnes de sensibilisation, les caravanes de consultation...etc.
- Assurer la formation en psychiatrie après le stage : séminaires, étude de cas, projections de films thématiques....etc.
- Transmettre à l'étudiant l'aspect scientifique de la psychiatrie, les bases neurobiologiques des pathologies psychiatriques.
- Développer la psychiatrie de liaison consistant à prendre en charge les patients ayant des intrications médico-psychiatriques.

VII. CONCLUSION

Aujourd'hui, l'intérêt grandissant pour les questions de santé mentale, permet une amélioration des connaissances et une prise de conscience de la part des populations. La question de la stigmatisation des maladies mentales, vient s'inscrire dans les interrogations et les changements du système de soins en psychiatrie.

Les personnes souffrant de pathologie mentale présentent de nombreuses comorbidités somatiques et d'espérance de vie réduite. Etonnamment, à indication égale, elles ne bénéficient pas toujours des mêmes soins que la population générale.

Parallèlement, les enquêtes réalisées sur les attitudes des étudiants et professionnels de santé envers les patients atteints de pathologie mentale décrivent fréquemment des attitudes négatives des acteurs de santé.

En fait, les attitudes des étudiants envers les malades mentaux représentent un élément important sur lequel l'on devrait agir afin de lutter contre la stigmatisation dont souffre cette population. Ces attitudes sont étroitement liées à des facteurs non modifiables (sexe, statut marital, histoire personnelle...) ainsi qu'à des facteurs modifiables (stage, formation académique ...).

Les données de la littérature, montrent que le stage en psychiatrie améliore, dans l'immédiat et de façon significative, les attitudes envers la maladie mentale et les malades psychiatriques. Pourtant, la persistance de cet effet reste pour le moins incertaine comme le montre certains travaux. De ce fait, l'amélioration des attitudes devrait se faire moyennant par une approche globale et persistante dans le temps, qui s'appuie sur plusieurs

types d'interventions.

Enfin, Les étudiants en médecine constituent une cible majeure pour les actions de déstigmatisation à travers des interventions planifiées ayant montré leur effet bénéfique sur les attitudes des futurs médecins vis-à-vis de la maladie mentale ainsi qu'envers la psychiatrie comme spécialité.

VIII. RESUME

Les médecins et étudiants en médecine présentent fréquemment à l'égard des personnes atteintes de pathologie mentale des attitudes stigmatisantes qui peuvent impacter sur leur accès aux soins. C'est dans cet optique que nous avons mené cette enquête, afin d'étudier la représentation sociale de la maladie mentale et de rechercher les facteurs associés aux attitudes vis-à-vis des malades mentaux chez les étudiants en médecine de la faculté de médecine et de pharmacie de Fès.

Notre étude est transversale, à visée descriptive et analytique. La population cible est constituée des étudiants de la première jusqu'à la septième année de médecine de la faculté de médecine et de pharmacie de Fès, année 2018/2019. Le recueil des données s'est fait à travers un auto-questionnaire et une échelle psychométrique : MICA (Echelle Mental Illness : Clinicians' Attitudes). Le questionnaire ainsi que l'échelle MICA, sous forme en ligne, ont été diffusés à travers les groupes Facebook et Whatsapp de chaque promotion (de la 1ère à la 7ème année), ainsi qu'à travers des comptes Gmails, en ciblant une population de 420 étudiants répartis sur les différents niveaux d'études médicales. Nous avons réalisé une analyse univariée à travers les tests de p-valeur Chi².

L'étude descriptive est en faveur d'une moyenne d'âge de 21,73+/- 2,60 ans, avec sexe ratio H/F de 0,39. Aussi, 93,3% des étudiants sont célibataires contre 6,7% qui sont mariés. Encore, 76 (soit 18,1%) des participants ont consulté pour une affection psychiatrique, avec 54,8% des étudiants qui ont rapporté avoir un proche atteint de pathologie psychiatrique. Le score moyen de l'échelle MICA est de : 57,24 (écart-type

9,95) avec une médiane de 57,00 (intervalles interquartiles 51–62).

En analyse uni variée, on distingue une association significative ($p < 0,05$) entre la variable STIGMA et le sexe (les participants de sexe féminin sont moins stigmatisants) ainsi qu'avec le statut marital (les étudiant(e)s marié(e)s ont une attitude moins stigmatisante). Par ailleurs, les participants passant par un stage de psychiatrie semblent être moins stigmatisants par rapport à ceux qui n'ont pas passé par un stage de psychiatrie ; sans pour autant qu'il y ait une association significative.

La revue de la littérature, montre que le passage par un stage de psychiatrie, le sexe féminin et la présence d'un proche atteint de maladie psychiatrique, sont souvent associés à des attitudes plus favorables chez les étudiants. En effet, notre enquête constitue la première étude de ce genre au milieu universitaire au Maroc, pourtant, les résultats nécessitent d'être complétés par la réalisation d'autres études similaires au pays, afin d'enrichir la discussion en terme du sujet de la représentation sociale de la maladie mentale.

ABSTRACT

Physicians and medical students frequently present stigmatizing attitudes towards people with mental disorders that may affect their access to care. With this in mind, we conducted this survey to study the social representation of mental illness and to investigate the factors associated with attitudes towards the mentally ill among medical students in the medical school of Fez.

Our study is transversal, descriptive and analytical. The target population is made up of students from the first to the seventh year of medicine at the Faculty of Medicine and Pharmacy in Fez, 2018/2019. Data collection was done through a self-questionnaire and a psychometric scale: MICA (Mental Illness Scale: Clinicians' Attitudes). The questionnaire as well as the MICA scale, in online form, were disseminated through the Facebook and Whatsapp groups of each promotion (from the 1st to the 7th year), as well as through Gmails accounts, targeting a population of 420 students spread over different levels of medical studies. We performed a uni-varied analysis through Chi2 p-value tests.

The descriptive study shows that an average age of 21.73 $\pm$ 2.60 years, with sex ratio H / F of 0.39. Also, 93.3% of students are single compared to 6.7% who are married. Still, 76 (18.1%) of the participants consulted for a psychiatric condition, with 54.8% of students reporting having a relative with psychiatric pathology. The mean score on the MICA scale is: 57.24 (standard deviation 9.95) with a median of 57.00 (inter-quartile intervals 51–62).

In univariate analysis, there is a significant association ($p < 0.05$) between the STIGMA variable and sex (female participants are less stigmatizing) as well as marital status (married students have a less stigmatizing attitude). In addition, participants going through a psychiatric internship appear to be less stigmatizing compared to those who have not gone through a psychiatric internship; without there being a significant association.

The review of the literature shows that the passage through an internship in psychiatry, the female sex and the presence of a relative with psychiatric illness, are often associated with more favorable attitudes of students. Indeed, our study is the first of its kind in academia in Morocco, yet the results need to be complemented by the completion of other similar studies in the country, to enrich the discussion in terms of the subject of the social representation of mental illness.

ملخص

كثيراً ما يظهر الأطباء وطلاب الطب مواقف سلبية تجاه الأشخاص الذين يعانون من اضطرابات عقلية قد تؤثر على حصولهم على الرعاية. مع وضع ذلك في عين الاعتبار أجرينا هذا المسح لدراسة التمثيل الاجتماعي للأمراض العقلية وللتحقق من العوامل المرتبطة بالمواقف تجاه المرضى العقليين بين طلاب الطب في كلية الطب والصيدلة بفاس.

دراستنا مستعرضة، وصفية وتحليلية. تتكون العينة المستهدفة من طلاب من السنة الأولى إلى السنة السابعة بكلية الطب والصيدلة بفاس ، لسنة 2019/2018. تم جمع البيانات من خلال استبيان ذاتي ومقياس نفسي: MICA (مقياس الأمراض العقلية: مواقف الأطباء). تم نشر الاستبيان ومقياس MICA، على الإنترنت، من خلال مجموعات Facebook و Whatsapp لكل الطلاب (من السنة الأولى إلى السنة السابعة)، وكذلك من خلال حسابات Gmail، التي استهدفت 420 طالباً موزعين على مستويات مختلفة من الدراسات الطبية. أجرينا تحليل أحادي المتغير من خلال اختبارات قيمة χ^2 .

أظهرت الدراسة الوصفية أن متوسط العمر يعادل 21.73 ± 2.60 سنة ، مع نسبة الجنس H / F 0.39. كما أن 93.3 % من الطلاب عازبون مقارنة ب 6.7 % متزوجين. وبالإضافة إلى ذلك ، استشار 76 (% 18.1) من المشاركين لحالة نفسية ، و أبلغ 54.8 % من الطلاب عن وجود قريب يحمل مرض نفسي. متوسط الدرجات في مقياس MICA هو: 57.24 (الانحراف المعياري 9.95) بمتوسط 57.00 (الفواصل الفصلية بين 51-62).

في التحليل أحادي المتغير، هناك ارتباط كبير ($p > 0.05$) بين المتغير STIGMA والجنس (المشاركات الإناث أقل تمييزاً سلبياً) وكذلك الحالة الزوجية (الطلاب المتزوجون لديهم موقف أقل تمييزاً سلبياً). بالإضافة إلى ذلك، يبدو أن المشاركين الذين يخوضون فترة تدريب نفسي أقل تمييزاً مقارنة بالذين لم يخوضوا فترة تدريب نفسي؛ دون أن يكون هناك ارتباط كبير.

تظهر مراجعة الأدبيات أن المرور بفترة التدريب في الطب النفسي والجنس الأنثوي ووجود قريب حامل لمرض نفسي، غالباً ما يرتبط بمواقف أكثر إيجابية لدى الطلاب. في واقع الأمر، فإن دراستنا هي الدراسة الأولى من نوعها في الأوساط الأكاديمية في المغرب، ومع ذلك فإن النتائج تحتاج إلى أن تكتمل من خلال دراسات أخرى مماثلة في البلاد، لإثراء النقاش من حيث موضوع التمثيل الاجتماعي للأمراض العقلية.

IX. ANNEXE

1. Annexe 1 : Echelle Mental Illness : Clinicians' Attitudes (MICA)

traduite

	Tout à fait d'accord	D'accord	Assez d'accord	Plutôt pas d'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord
1. J'apprends la psychiatrie uniquement parce qu'elle tombe aux examens et cela ne m'intéresse pas de lire des informations supplémentaires sur ce sujet.						
2. Les personnes atteintes de maladie mentale sévère ne peuvent jamais récupérer suffisamment pour avoir une bonne qualité de vie.						
3. La psychiatrie est aussi scientifique que les autres champs de la médecine.						
4. Si j'avais une maladie mentale, je ne l'avouerais jamais à aucun de mes AMIS par peur d'être traité(e) différemment.						
5. Les personnes atteintes de pathologie mentale sévère sont plus souvent dangereuses que non dangereuses.						
6. Les psychiatres connaissent mieux la vie personnelle des personnes traitées pour						

maladie mentale que leurs amis ou les membres de leur famille.						
7. Si j'avais une maladie mentale, je ne l'avouerais jamais à aucun de mes COLLEGUES par peur d'être traité(e) différemment.						
8. Etre psychiatre n'est PAS comme être un vrai médecin.						
9. Si un psychiatre me chargeait de traiter les personnes atteintes de maladie mentale de manière irrespectueuse, je ne suivrais PAS ses instructions.						
10. Je suis aussi à l'aise pour parler à une personne ayant une maladie mentale qu'à une personne ayant une maladie somatique.						
11. Il est important que tout médecin prenant en charge une personne ayant une maladie mentale évalue également son état de santé physique.						
12. La population n'a PAS besoin d'être protégée des personnes ayant une maladie mentale sévère.						
13. Si une personne ayant une maladie mentale se plaignait de symptômes physiques (douleur thoracique par exemple), je les attribuerais à sa						

maladie mentale.						
14. On ne devrait pas attendre des médecins généralistes qu'ils réalisent une évaluation approfondie pour les patients présentant des symptômes psychiatriques car ils peuvent être adressés aux psychiatres.						
15. Il pourrait m'arriver d'utiliser les termes "fou", "dingue", "cinglé" etc. pour décrire les personnes ayant une maladie mentale que je vois dans mon travail.						
16. Si un(e) collègue me disait avoir présenté une maladie mentale, je voudrais continuer à travailler avec lui/elle.						

2. Annexe 2 : Auto-questionnaire



SERVICE DE PSYCHIATRIE HOPITAL IBN AL HASSAN

CENTRE UNIVERSITAIRE HASSAN II FES

Questionnaire

Ce questionnaire a pour objectif d'étudier les croyances et les connaissances vis-à-vis de la maladie mentale chez les étudiants en médecine, ainsi que la représentation sociale du malade mental. On vous remercie de participer à la réalisation de ce travail.

(Veuillez mettre (x) dans la case correspondant à votre réponse)

1. Sexe

Masculin	
Féminin	

2. Age

Ans

3. Statut marital

Célibataire	
Marié(e)	
Divorcé(e)	
Veuf(ve)	

4. Revenu familial mensuel

< 2000 Dh	
2000–5000Dh	
5000–10.000Dh	
> 10.000Dh	

5. Niveau d'instruction des parents

	père	mère
Analphabète		
Primaire		
Secondaire		
Universitaire		

6. Niveau d'études médicales

Année

7. Avez-vous déjà passé un stage en psychiatrie ?

Oui	
Non	

Si oui, veuillez préciser la durée totale en semaines :

Semaines

8. Avez-vous déjà consulté pour une affection psychiatrique?

Oui	
Non	

9. Y-a-t-il, parmi vos proches, quelqu'un qui présente ou a présenté une pathologie psychiatrique ?

Oui	
Non	

9.1 Si oui, veuillez préciser le proche

Membre de famille (parent, frère ou sœur)	
Ami(e)	
Autre (précisez) :	

9.2 A-t-il reçu son traitement

En ambulatoire	
En Milieu hospitalier	

10. La maladie mentale peut être définie par :

	Oui	Non
Trouble neurologique		
Trouble neuropsychiatrique		
Trouble purement psychologique		
Trouble développemental da la personnalité		

11. Les facteurs de risque de la maladie mentale sont :

	Oui	Non
Facteurs socioéconomiques		
Problèmes familiaux		
Facteurs génétiques		
Facteurs biologiques		
Usage de drogues		
Traumatisme psychologique à l'enfance		
Faiblesse des croyances religieuses		

12. La maladie mentale correspond à : (cochez une ou plusieurs)

La schizophrénie	
La dépression	
Le trouble de personnalité	
Les conduites addictives	
Le retard mental	
Le stress post-traumatique	
Le trouble bipolaire	

13. La maladie mentale est-elle guérissable ?

Oui	
Non	

14. Le pronostic de la maladie mentale est-il ?

Très péjoratif	
Péjoratif	
Bon	
Dépend de la pathologie	

15. Les malades mentaux

15.1 Sont-ils ?

	Toujours	Souvent	Parfois	Jamais
Agressifs				
Incompréhensibles				
Responsables de leurs actes				
Responsables de leurs maladies				

15.2 Considérez vous que

	Oui	Non	Je ne sais pas
En grande majorité, ce sont des délinquants			
En grande majorité, ce sont des toxicomanes			

15.3 quels sont les éléments qui vous permettent de reconnaître un malade mental :

	Oui	Non
Etat vestimentaire et/ou l'état d'hygiène		
Discours		
Comportement		
Degrés d'insertion socioprofessionnelle		

15.4 Les comportements suivants sont plus associés aux malades mentaux :

	Oui	Non
Meurtre		
Viol		
Inceste		
Agressivité physique		
Agressivité verbale		
Auto-agressivité		

15.5 Le malade mental est-il plus exposé à la criminalité ?

Oui	
Non	
Je ne sais pas	

15.6 Le taux de criminalité est-il plus élevé chez les personnes atteintes de maladie mentale par rapport aux personnes non atteintes de cette maladie ?

Oui	
Non	
Je ne sais pas	

16. Le malade mental est-il perçu comme exclu ?

	Oui	Non
De l'activité professionnelle		
De la société		
De la famille		

17. Devant un malade mental votre réaction est marquée par :

	Oui	Non
La peur		
La prudence		
L'empathie		
La compassion		

18. La population souffre directement et/ou indirectement de la présence des malades mentaux

Tout à fait d'accord	
D'accord	
Assez d'accord	
Plutôt pas d'accord	
Pas d'accord	
Pas du tout d'accord	

19. Doit-on isoler les malades mentaux du reste de la population normale?

Oui	
Non	

20. Prise en charge de la maladie mentale :

20.1 Pour chacune des propositions suivantes, mettez (×) devant la case qui représente votre opinion

	Tout à fait d'accord	D'accord	Assez d'accord	Plutôt pas d'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord
Les moyens de prise en charge de la maladie mentale sont efficaces						
Les traitements médicamenteux sont dangereux et entraînent une dépendance						
Les traitements médicamenteux sont chroniques						
Les malades doivent être traités seulement par la psychothérapie						
Les guérisseurs traditionnels peuvent						

contribuer à la prise en charge d'un malade mental						
L'amélioration de connaissance de la maladie mentale chez la population générale aidera à améliorer la prise en charge de la maladie mentale						

20.2 Parmi ces moyens thérapeutiques de la maladie mentale, quel est le traitement de choix?

Hospitalisation	
Médicaments	
Psychothérapie	
Mesures de réhabilitation	

21. La prévention de la maladie mentale implique :

	Oui	Non
La population générale		
L'entourage du malade mental		
Les personnes ayant les facteurs de risque		
On ne peut pas prévenir une maladie mentale		

22. Le stage en psychiatrie a un impact important sur la perception de la maladie mentale

Tout à fait d'accord	
D'accord	
Assez d'accord	
Plutôt pas d'accord	
Pas d'accord	
Pas du tout d'accord	

23. Le module d'enseignement de psychiatrie a un impact important sur la perception de la maladie mentale

Tout à fait d'accord	
D'accord	
Assez d'accord	
Plutôt pas d'accord	
Pas d'accord	
Pas du tout d'accord	

24. Envisagez-vous de faire la psychiatrie comme spécialité ?

Oui	
Non	
Je ne sais pas	

X. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1]. [1] Organisation mondiale de la santé. Guide des politiques et des services de santé mentale : La situation de la santé mentale. [En ligne]. 2004 [consulté le 08/06.2012] : [61 pages]. Consultable à l'URL : [http:// bookorders@who.int](http://bookorders@who.int).
- [2]. OMS | Plan d'action pour la santé mentale 2013–2020 [Internet]. WHO. 2013 [cité 6 juin 2015]. Disponible sur: http://www.who.int/mental_health/action_plan_2013/fr/.
- [3]. OMS | Programme d'action: combler les lacunes en santé mentale (mhGAP) [Internet]. WHO. 2008 [cité 6 juin 2015]. Disponible sur: http://www.who.int/mental_health/mhgap/fr/.
- [4]. MOHCINE HILALI. Rôle des médecins généralistes des ESSB dans la prise en charge des troubles mentaux : cas de la préfecture d'Oujda (Mémoire). Rabat : INAS. 2010.
- [5]. Jean-François Beauchamp. La représentation sociale de la maladie mentale chez les soignants et les familles d'accueil. Mémoire. Lille : IFCS Henry Dunant. 2007.
- [6]. Jean Claude ABRIC. L'étude expérimentale des représentations sociales. Denise JODELET : PUF. Sociologie d'aujourd'hui.187–203.
- [7]. Denise JODELET. Folie et représentations sociales. Paris : PUF ; 1989.

- [8]. SOSSIE ANDEZIAN. Nouvelles représentations de la santé et de la maladie : la dialectique entre tradition et modernité. In : Anne RETEL LAURENTI. Etiologie et la perception de la maladie dans les sociétés modernes et traditionnelles. Paris: L'Harmattan. p. 429-435.
- [9]. HAYWARD P et BRIGHT JA. Stigma and mental illness : areview and critique. J of Mental Health. 1997; 6 : 345-354.
- [10]. BELLAMY V., ROELANDT JL, CARIA A. et KERGALL A., L'enquête Santé mentale en population générale (SMPG): une enquête « pas comme les autres », Actes du Colloque francophone sur les sondages, Paris, EdsDunod, ; 2005.
- [11]. TASSONE-MONCHICOURT C. , DAUMERIE N. , CARIA A. , BENRADIA I. et ROELANDT J-L.
« Etats dangereux et troubles psychiques : images et réalités ». Encéphale 2010, s. d.
- [12]. APPELBAUM P, ROBBINS P, MONAHAN J. Violence and declusions: data from the McArthur violence riskassessmentstudy. Am J Psychiatry, 2000 ; 157 : 566-72.
- [13]. LINK BG, ANDREWS H, CULLEN FT. The violent and illegalbehaviour of mental patients reconsidered. Am SociolRev, 1992 ; 57 : 275-92.
- [14]. SWANSON J, HOZER C, GANJU V. Violence and psychiatricdisorder in the community : evidencefrom the EpidemiologicCatchment area surveys, Hospital and CommunityPsychiatry, 1990 ; 41 : 761-770.

- [15]. HARRIS GT, MARNIE E. RICE ME et al. Violent recidivism of mentallydisordered offenders: the development of a statisticalpredictioninsrtument, Criminal Justice and behavior, 1998 ; 20 (4) : 315–335.
- [16]. HODGINS S, HISCOKE UL, FREESE R. The antecedent of aggressivebehaviouramong men withschizophrenia: a prospective investigation of patients in communitytreatment. BehavSci Law, 2003 ; 21 : 523–46.
- [17]. WALLACE C, MULLEN PE, BURGESS P. Criminaloffending in schizophrenia over a 25 yearsperiodmarked by desinstitutionalization and increasingprevalence of comorbid substance use disorders. Am J Psychiatry, 2004 ; 161 : 716–27.
- [18]. ERB M, HODGINS S, FREESE R et al. Homicide and schizophrenia: maybetreatmentsdoes have a preventiveeffect. CrimBehav Ment Health, 2001 ; 11: 6–26
- [19]. ERONEN M., HAKOLA P, TIIHONEN J. Mental disorders and homicidalbehavior in Finland. Arch GenPsychiatry, 1996 ; 53 : 497–501.
- [20]. DUBREUCQ JL, JOYAL C, MILLAUD F. Risque de violence et troubles mentaux graves. Annales médicopsychologiques, 2005 ; 163 : 852–865.
- [21]. BURGELIN JF. Santé, justice et dangersités : pour une meilleure prévention de la récidive. Rapport de la commission Santé–Justice. Ministère de la Justice, Ministère des Solidarités, de la santé et de la Famille, avril 2005.

- [22]. ELBOGEN EB, JOHNSON SC. The intricate link between violence and mental disorder. Results From the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. Arch Gen Psychiatry, 2009 ; 66 (2) : 152–161
- [23]. MILLAUD F, DUBREUCQ JL. Evaluation de la dangerosité du malade mental psychotique, annales médico psychologiques, 2005 ; 163 : 846–851
- [24]. SWANSON J, BORUM R, SWARTZ M. Violent behavior preceding hospitalization among persons with severe mental illness, Law and Human Behavior, 1999 ; 23 (2) : 185–204.
- [25]. Furnham AF. Medical students' beliefs about nine different specialties. British Medical Journal (Clinical Research Edition) 1986 ; 293:1607–1610
- [26]. Mukherjee K, Maier M, Wessely S. UK crisis in recruitment into psychiatric training. The Psychiatrist. 1 juin 2013;37(6):210-4.
- [27]. Lyons Z. Attitudes of medical students toward psychiatry and psychiatry as a career: a systematic review. Acad Psychiatry J Am Assoc Dir Psychiatr Resid Train Assoc Acad Psychiatry. 1 mai 2013;37(3):150-7.
- [28]. Curtis–Barton MT, Eagles JM. Factors that discourage medical students from pursuing a career in psychiatry. The Psychiatrist. 1 nov 2011;35(11):425-9.

- [29]. Pailhez G, Bulbena A, Coll J, Ros S, Balon R. Attitudes and views on psychiatry: a comparison between Spanish and U.S. medical students. *Acad Psychiatry J Am Assoc Dir Psychiatr Resid Train Assoc Acad Psychiatry*. 2005;29(1):82-91.
- [30]. Cutler JL, Alspector SL, Harding KJ, Wright LL, Graham MJ. Medical students' perceptions of psychiatry as a career choice. *Acad Psychiatry J Am Assoc Dir Psychiatr Resid Train Assoc Acad Psychiatry*. avr 2006;30(2):144-9
- [31]. Gat I, Abramowitz MZ, Bentov-Gofrit D, Cohen R. Changes in the attitudes of Israeli students at the Hebrew University Medical School toward residency in psychiatry: a cohort study. *Isr J Psychiatry Relat Sci*. 2007;44(3):194-203.
- [32]. Stuart H. Media portrayal of mental illness and its treatments: what effect does it have on people with mental illness? *CNS Drugs*. 2006;20(2):99-106
- [33]. 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 psychiatrica scandinavica* 2010 ; 122:153–161.
- [34]. Benaissa Mouna. « stigmatisation des personnes atteintes de troubles mentaux Etude auprès de 100 patients à l'hôpital ar-Razi de Salé ». UNIVERSITE MOHAMMED V FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE –RABAT–, s. d.

- [35]. Bouram Omar. « Les représentations sociales de la maladie mentale chez les gestionnaires de la santé mentale ». Institut National d'Administration Sanitaire, 2012.
- [36]. Marina Economou, KontantinosKontoangelos, Lily EvangeliaPeppou, AikateriniArvaniti, Maria Samakouri, AthanasiosDouzenis and George N. Papadimitriou, Medicalstudents'attitudes to mental illnesses and to psychiatrybefore and after the psychiatricclerkship: training in a specialty and a generalhospital, PsychiatryResearch, <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.10.009>.
- [37]. Lyons Z, Janca A. Impact of a psychiatryclerkship on stigma, attitudes towardsp psychiatry, and psychiatry as a careerchoice. Bio Med Central Medical Education 2015 ; 15:34–44.
- [38]. Patten, S. B., Remillard, A., Phillips, L., Modgill, G., Szeto, A. C., Kassam, A., & Gardner, D. M. (2012). Effectiveness of contact-basededucation for reducing mental illness-related stigma in pharmacystudents. BMC Medical Education, 12(1). doi:10.1186/1472-6920-12-120.
- [39]. Clement, S., van Nieuwenhuizen, A., Kassam, A., Flach, C., Lazarus, A., De Castro, M., ... Thornicroft, G. (2012). Filmed v. live social contact interventions to reduce stigma: randomisedcontrolled trial. British Journal of Psychiatry, 201(01), 57–64. doi:10.1192/bjp.bp.111.093120.

- [40]. Kodakandla, Krishna, Nasirabadi, Minhajzafar, Pasha, Mohammed Shahid, Attitude of Interns towards Mental illness and Psychiatry: A study from two medical colleges in South India. Asian Journal of Psychiatry <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajp.2016.06.008>.
- [41]. Friedrich B, Evans–Lacko S, London J, Rhydderch D, Henderson C, Thornicroft G. Antistigma training for medical students: the Education Not Discrimination project. British Journal of Psychiatry 2013 ; 202:s89–s94.
- [42]. Aker S, Aker AA, Boke O, Dundar C, Sahin AR, Peksen Y. The attitude of medical students to psychiatric patients and their disorders and the influence of psychiatric study placements in bringing about changes in attitude. The Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences 2007 ; 44:204–212.
- [43]. Al–Adawi, S., Dorvlo, A. S. S., Al–Ismaily, S. S., Al–Ghafry, D. A., Al–Noobi, B. Z., Al–Salmi, A., Chand, S. P. (2002). Perception of and Attitude towards Mental Illness in Oman. International Journal of Social Psychiatry, 48(4), 305–317. doi:10.1177/002076402128783334.
- [44]. Economou, M., Peppou, L. E., Louki, E., & Stefanis, C. N. (2012). Medical students' beliefs and attitudes towards schizophrenia before and after undergraduate psychiatric training in Greece. Psychiatry and Clinical Neurosciences, 66(1), 17–25. doi:10.1111/j.1440–1819.2011.02282.x.

- [45]. Ighodaro, A., Stefanovics, E., Makanjuola, V., & Rosenheck, R. (2014). An Assessment of Attitudes Towards People with Mental Illness Among Medical Students and Physicians in Ibadan, Nigeria. *Academic Psychiatry*, 39(3), 280–285. doi:10.1007/s40596-014-0169-9.
- [46]. Eksteen, H.-C., Becker, P. J., & Lippi, G. (2017). Stigmatization towards the mentally ill: Perceptions of psychiatrists, pre-clinical and post-clinical rotation medical students. *International Journal of Social Psychiatry*, 63(8), 782–791. doi:10.1177/0020764017735865.
- [47]. Korszun, A., Dinos, S., Ahmed, K., & Bhui, K. (2012). Medical Student Attitudes About Mental Illness: Does Medical School Education Reduce Stigma? *Academic Psychiatry*, 36(3), 197. doi:10.1176/appi.ap.10110159.
- [48]. Simon, N., & Verdoux, H. (2017). Impact de la formation théorique et clinique sur les attitudes de stigmatisation des étudiants en médecine envers la psychiatrie et la pathologie psychiatrique. *L'Encéphale*. doi:10.1016/j.encep.2017.05.003.
- [49]. Zhu, Y., Zhang, H., Yang, G., Hu, X., Liu, Z., Guo, N., Rosenheck, R. (2017). Attitudes towards mental illness among medical students in China: Impact of medical education on stigma. *Asia-Pacific Psychiatry*, 10(2), e12294. doi:10.1111/appy.12294.
- [50]. Kassam et al.: A controlled trial of mental illness related stigma training for medical students. *BMC Medical Education* 2011 11:51.

- [51]. Janoušková, M., Weissová, A., Formánek, T., Pasz, J., & Bankovská Motlová, L. (2017). Mental illness stigma among medical students and teachers. *International Journal of Social Psychiatry*, 63(8), 744–751. doi:10.1177/0020764017735347.
- [52]. Baxter, H., Singh, S. P., Standen, P., & Duggan, C. (2001). The attitudes of “tomorrow” doctors’ towards mental illness and psychiatry: changes during the final undergraduate year. *Medical Education*, 35(4), 381–383. doi:10.1046/j.1365-2923.2001.00902.x.
- [53]. Leaf PJ, Bruce ML, Tischler GL, et al. The relationship between demographic factors and attitudes toward mental health services. *J Community Psychol* 1987;15: 275–284.
- [54]. Morrison M, De Man AF, Drumheller A. Correlates of socially restrictive and authoritarian attitudes toward mental patients in university students. *Social Behav Pers* 1993;221:333–338.
- [55]. Özmen E, Ögel K, Boratav C, et al. The knowledge and attitudes of the public towards Depression: An Istanbul population sample. *Turkish J Psychiatry* 2003;14:89–100.
- [56]. Jorm AF, Korten AE, Jacomb PA, et al. Public beliefs about causes and risk factors for depression and schizophrenia. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1997;32:143–148.
- [57]. Angermeyer MC, Matschinger H. Public beliefs about schizophrenia and depression: Similarities and differences. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2003;38:526–534.

- [58]. Abolfotouh, M. A., Almutairi, A., Al Mutairi, Z., Salam, M., Alhashem, A., Adlan, A., &Modayfer, O. (2019). Attitudes toward mental illness, mentally ill persons, and help-seeking among the Saudi public and sociodemographic correlates. *Psychology Research and Behavior Management*, Volume 12, 45–54. doi:10.2147/prbm.s191676.
- [59]. Sloan D, Browne S, Meagher D, Lane A, Larkin C, Casey P, Walsh N, O’Callaghan E. Attitudes toward psychiatry among Irish final year medical students. *European Psychiatry* 1996 ; 11:407–411.
- [60]. Mc Parland M, Noble L, Livingston G, McManus C. The effect of a psychiatric attachment on students' attitudes to and intention to pursue psychiatry as a career. *Medical Education* 2003 ;37:447–454.
- [61]. Tan SM, Azmi MT, Reddy JP, Shaharom MH, Rosdinom R, Maniam T, Ruzanna ZZ, Minas IH. Does clinical exposure to patients in medical school affect trainee doctors' attitudes towards mental disorders and patients? A pilot study. *Medical Journal of Malaysia* 2005 ; 60:328–337.
- [62]. Shen Y, Dong H, Fan X, Zhang Z, Li L, Lv H, Xue Z, Guo X. What can the medical education do for eliminating stigma and discrimination associated with mental illness among future doctors? Effect of clerkship training on Chinese students' attitudes. *International Journal of Psychiatry in Medicine* 2014 ; 47:241–254.

- [63]. Araya R, Jadresic E, Wilkinson G. Medicalstudents' attitudes to psychiatry in Chile. *Medical Education* 1992 ; 26:153–156.
- [64]. Reddy JP, Tan SM, AzmiMT, Shaharom MH, Rosdinom R, Maniam T, Ruzanna ZZ, Minas IH. The effect of a clinicalposting in psychiatry on the attitudes of medicalstudentstowardspsychiatry and mental illness in a Malaysianmedicalschoool. *Annals of the Academy of Medicine, Singapore* 2005 ; 34:505–510.
- [65]. Adebowale TO, Adelufosi AO, Ogunwale A, Abayomi O, Ojo TM. The impact of a psychiatryclinical rotation on the attitude of Nigerianmedicalstudents to psychiatry. *African Journal of Psychiatry (Johannesburg)* 2012 ; 15:185–188.
- [66]. Lyons Z. Impact of the psychiatryclerkship on medicalstudent attitudes towardspychiatry, and to psychiatry as a career: asystematicreview. *AcademicPsychiatry* 2014 ; 38:35–42.
- [67]. Bobo WV, Nevin R, Greene E, Lacy TJ. The effect of psychiatricthird–year rotation setting on academic performance, student attitudes, and specialtychoice. *AcademicPsychiatry* 2009 ;33:105–111.
- [68]. Creed F, Goldberg D. Students' attitudes towardspychiatry. *Medical Education* 1987 ; 21:227–234.
- [69]. Papish A, Kassam A, Modgill G, Vaz G, Zanussi L, Patten S. Reducing the stigma of mental illness in undergraduatemedicaleducation: arandomizedcontrolled trial. *Bio Med Central Medical Education* 2013 ; 13:141–151.
- [70]. Mas A, Hatim A. Stigma in Mental Illness: Attitudes of

- MedicalStudentsTowards Mental Illness. Medical Journal of Malaysia 2002 ; 57:433–444.
- [71]. Yadav T, Arya K, Kataria D, BalharaYPS.. Impact of psychiatriceducation and training on attitude of medicalstudentstowardsmentallyill: A comparative analysis. Indian Journal of Psychiatry 2012 ; 21: 22–31.
- [72]. Singh SP, Baxter H, Standen P, Duggan C. Changing the attitudes of `tomorrow'sdoctors' towards mental illness and psychiatry: acomparison of twoteachingmethods. Medical Education 1998 ; 32:115–120
- [73]. Galletly C, Burton C. Improvingmedicalstudent attitudes towards people withschizophrenia. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry 2011 ; 45:473–476.
- [74]. Roberts LM, Wiskin C, Roalfe A. Effects of exposure to mental illness in role-play on undergraduatestudent attitudes. FamilyMedicine 2008 ; 40:477–483.
- [75]. Stubbs A. Reducing mental illness stigma in health care students and professionals: areview of the literature. AustralasianPsychiatry 2014 ; 22:579–584.
- [76]. Paulhus, D.L. Sociallydesirableresponding: The evolution of a construct. In Braun H,Jackson D N, Wiley D E. The role of constructs in psychological and educationalmeasurement 2002 ; 67–88.

- [77]. Pinfold V, Thornicroft G, Huxley P, et al. Active ingredients in anti-stigma programs in mental health. *Int Rev Psychiatry* 2005;17:123-31.
- [78]. Clement S, Jarrett M, Henderson C, et al. Messages to use in population-level campaigns to reduce mental health-related stigma: consensus development study. *Epidemiol Psychiatr Soc* 2010;19:72-9.
- [79]. Time to Change. Stigma Shout Survey 2008. Available from: URL: <http://www.time-to-change.org.uk/news/stigma-shout-survey-shows-real-impact-stigma-and-discrimination-peoples-lives> [consulté le 15 septembre 2017].
- [80]. Henderson C, Corker E, Lewis-Holmes E, et al. Reducing mental health related stigma and discrimination in England: one year outcomes of the Time to change Program for service user-rated experiences of discrimination. *Psychiatr Serv* 2012;63:451-
- [81]. Bhugra D, Sartorius N, Fiorillo A, et al. EPA guidance on how to improve the image of psychiatry and of the psychiatrist. *Eur Psychiatry* 2015;30:423-30.