

UNIVERSITE MOHAMMED V - RABAT
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE - RABAT-

ANNEE: 2016

THESE N°: 326

STIGMATISATION DU PSYCHIATRE
DANS LE MILIEU MEDICAL :
ORIGINES, REALITES ET REPERCUSSIONS

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le :

PAR

Mlle. Faouz MANSOURI

Née le 07 Novembre 1990 à Tétouan

Pour l'Obtention du Doctorat en Médecine

MOTS CLES : Stigmatisation – Psychiatre – Milieu médical.

JURY

Mr. J. TOUFIQ

Professeur de Psychiatrie

PRESIDENT

Mme. F. Z. SEKKAT

Professeur de Psychiatrie

RAPPORTEUR

Mr. A. OUANASS

Professeur de Psychiatrie

Mr. H. KISRA

Professeur de Psychiatrie

JUGES

Mme. F. EL OMARI

Professeur de Psychiatrie

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

سبحانك لا علم لنا إلا ما علمتنا

إننا أنت العليم الحكيم

سورة البقرة: الآية: 31

اللَّهُ
صَدِيقُ
الْعَظِيمِ



UNIVERSITE MOHAMMED V DE RABAT

FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE - RABAT

DOYENS HONORAIRES :

1962 – 1969	: Professeur Abdelmalek FARAJ
1969 – 1974	: Professeur Abdellatif BERBICH
1974 – 1981	: Professeur Bachir LAZRAK
1981 – 1989	: Professeur Taieb CHKILI
1989 – 1997	: Professeur Mohamed Tahar ALAOUI
1997 – 2003	: Professeur Abdelmajid BELMAHI
2003 – 2013	: Professeur Najia HAJJAJ - HASSOUNI

ADMINISTRATION :

Doyen	: Professeur Mohamed ADNAOUI
Vice Doyen chargé des Affaires Académiques et étudiantes	Professeur Mohammed AHALLAT
Vice Doyen chargé de la Recherche et de la Coopération	Professeur Taoufiq DAKKA
Vice Doyen chargé des Affaires Spécifiques à la Pharmacie	Professeur Jamal TAOUFIK
Secrétaire Général	: Mr. El Hassane AHALLAT

1- ENSEIGNANTS-CHERCHEURS MEDECINS

ET PHARMACIENS

PROFESSEURS :

Mai et Octobre 1981

Pr. MAAZOUZI Ahmed Wajih	Chirurgie Cardio-Vasculaire
Pr. TAOBANE Hamid*	Chirurgie Thoracique

Mai et Novembre 1982

Pr. BENOSMAN Abdellatif	Chirurgie Thoracique
-------------------------	----------------------

Novembre 1983

Pr. HAJJAJ Najia ép. HASSOUNI	Rhumatologie
-------------------------------	--------------

Décembre 1984

Pr. MAAOUNI Abdelaziz	Médecine Interne – <i>Clinique Royale</i>
Pr. MAAZOUZI Ahmed Wajdi	Anesthésie -Réanimation
Pr. SETTAF Abdellatif	pathologie Chirurgicale

Novembre et Décembre 1985

Pr. BENJELLOUN Halima	Cardiologie
Pr. BENSALID Younes	Pathologie Chirurgicale
Pr. EL ALAOUI Faris Moulay El Mostafa	Neurologie

Janvier, Février et Décembre 1987

Pr. AJANA Ali
Pr. CHAHED OUAZZANI Houria
Pr. EL YAACOUBI Moradh
Pr. ESSAID EL FEYDI Abdellah
Pr. LACHKAR Hassan
Pr. YAHYAOUI Mohamed

Décembre 1988

Pr. BENHAMAMOUCHE Mohamed Najib
Pr. DAFIRI Rachida
Pr. HERMAS Mohamed

Décembre 1989

Pr. ADNAOUI Mohamed
Pr. BOUKILI MAKHOUKHI Abdelali*
Pr. CHAD Bouziane
Pr. OUAZZANI Taïbi Mohamed Réda

Janvier et Novembre 1990

Pr. CHKOFF Rachid
Pr. HACHIM Mohammed*
Pr. KHARBACH Aïcha
Pr. MANSOURI Fatima
Pr. TAZI Saoud Anas

Février Avril Juillet et Décembre 1991

Pr. AL HAMANY Zaïtounia
Pr. AZZOUZI Abderrahim
Pr. BAYAHIA Rabéa
Pr. BELKOUCHI Abdelkader
Pr. BENCHEKROUN Belabbes Abdellatif
Pr. BENSOU DA Yahia
Pr. BERRAHO Amina
Pr. BEZZAD Rachid
Pr. CHABRAOUI Layachi
Pr. CHERRAH Yahia
Pr. CHOKAIRI Omar
Pr. KHATTAB Mohamed
Pr. SOULAYMANI Rachida
Pr. TAOUFIK Jamal

Décembre 1992

Pr. AHALLAT Mohamed
Pr. BENSOU DA Adil
Pr. BOUJIDA Mohamed Najib
Pr. CHAHED OUAZZANI Laaziza
Pr. CHRAIBI Chafiq
Pr. DAOUDI Rajae
Pr. DEHAYNI Mohamed*
Pr. EL OUAHABI Abdessamad

Radiologie
Gastro-Entérologie
Traumatologie Orthopédie
Gastro-Entérologie
Médecine Interne
Neurologie

Chirurgie Pédiatrique
Radiologie
Traumatologie Orthopédie

Médecine Interne – **Doyen de la FMPR**
Cardiologie
Pathologie Chirurgicale
Neurologie

Pathologie Chirurgicale
Médecine-Interne
Gynécologie -Obstétrique
Anatomie-Pathologique
Anesthésie Réanimation

Anatomie-Pathologique
Anesthésie Réanimation – **Doyen de la FMPO**
Néphrologie
Chirurgie Générale
Chirurgie Générale
Pharmacie galénique
Ophtalmologie
Gynécologie Obstétrique
Biochimie et Chimie
Pharmacologie
Histologie Embryologie
Pédiatrie
Pharmacologie – **Dir. du Centre National PV**
Chimie thérapeutique

Chirurgie Générale
Anesthésie Réanimation
Radiologie
Gastro-Entérologie
Gynécologie Obstétrique
Ophtalmologie
Gynécologie Obstétrique
Neurochirurgie

Pr. FELLAT Rokaya
Pr. GHAFIR Driss*
Pr. JIDDANE Mohamed
Pr. TAGHY Ahmed
Pr. ZOUHDI Mimoun

Mars 1994

Pr. BENJAAFAR Noureddine
Pr. BEN RAIS Nozha
Pr. CAOUI Malika
Pr. CHRAIBI Abdelmjid
Pr. EL AMRANI Sabah
Pr. EL AOUAD Rajae
Pr. EL BARDOUNI Ahmed
Pr. EL HASSANI My Rachid
Pr. ERROUGANI Abdelkader
Pr. ESSAKALI Malika
Pr. ETTAYEBI Fouad
Pr. HADRI Larbi*
Pr. HASSAM Badredine
Pr. IFRINE Lahssan
Pr. JELTHI Ahmed
Pr. MAHFOUD Mustapha
Pr. MOUDENE Ahmed*
Pr. RHRAB Brahim
Pr. SENOUCI Karima

Mars 1994

Pr. ABBAR Mohamed*
Pr. ABDELHAK M'barek
Pr. BELAIDI Halima
Pr. BRAHMI Rida Slimane
Pr. BENTAHILA Abdelali
Pr. BENYAHIA Mohammed Ali
Pr. BERRADA Mohamed Saleh
Pr. CHAMI Ilham
Pr. CHERKAOUI Lalla Ouafae
Pr. EL ABBADI Najia
Pr. HANINE Ahmed*
Pr. JALIL Abdelouahed
Pr. LAKHDAR Amina
Pr. MOUANE Nezha

Mars 1995

Pr. ABOUQUAL Redouane
Pr. AMRAOUI Mohamed
Pr. BAIDADA Abdelaziz
Pr. BARGACH Samir
Pr. CHAARI Jilali*
Pr. DIMOU M'barek*

Cardiologie
Médecine Interne
Anatomie
Chirurgie Générale
Microbiologie

Radiothérapie
Biophysique
Biophysique
Endocrinologie et Maladies Métaboliques
Gynécologie Obstétrique
Immunologie
Traumato-Orthopédie
Radiologie
Chirurgie Générale- **Directeur CHIS**
Immunologie
Chirurgie Pédiatrique
Médecine Interne
Dermatologie
Chirurgie Générale
Anatomie Pathologique
Traumatologie – Orthopédie
Traumatologie- Orthopédie **Inspecteur du SS**
Gynécologie –Obstétrique
Dermatologie

Urologie
Chirurgie – Pédiatrique
Neurologie
Gynécologie Obstétrique
Pédiatrie
Gynécologie – Obstétrique
Traumatologie – Orthopédie
Radiologie
Ophtalmologie
Neurochirurgie
Radiologie
Chirurgie Générale
Gynécologie Obstétrique
Pédiatrie

Réanimation Médicale
Chirurgie Générale
Gynécologie Obstétrique
Gynécologie Obstétrique
Médecine Interne
Anesthésie Réanimation – **Dir. HMIM**

Pr. DRISSI KAMILI Med Nordine*
Pr. EL MESNAOUI Abbes
Pr. ESSAKALI HOUSSYNI Leila
Pr. HDA Abdelhamid*
Pr. IBEN ATTYA ANDALOSSI Ahmed
Pr. OUAZZANI CHAHDI Bahia
Pr. SEFIANI Abdelaziz
Pr. ZEGGWAGH Amine Ali

Décembre 1996

Pr. AMIL Touriya*
Pr. BELKACEM Rachid
Pr. BOULANOUAR Abdelkrim
Pr. EL ALAMI EL FARICHA EL Hassan
Pr. GAOUZI Ahmed
Pr. MAHFOUDI M'barek*
Pr. MOHAMMADI Mohamed
Pr. OUADGHIRI Mohamed
Pr. OUZEDDOUN Naima
Pr. ZBIR EL Mehdi*

Novembre 1997

Pr. ALAMI Mohamed Hassan
Pr. BEN SLIMANE Lounis
Pr. BIROUK Nazha
Pr. CHAOUIR Souad*
Pr. ERREIMI Naima
Pr. FELLAT Nadia
Pr. HAIMEUR Charki*
Pr. KADDOURI Nouredine
Pr. KOUTANI Abdellatif
Pr. LAHLOU Mohamed Khalid
Pr. MAHRAOUI CHAFIQ
Pr. OUAHABI Hamid*
Pr. TAOUFIQ Jallal
Pr. YOUSFI MALKI Mounia

Novembre 1998

Pr. AFIFI RAJAA
Pr. BENOMAR ALI
Pr. BOUGTAB Abdesslam
Pr. ER RIHANI Hassan
Pr. EZZAITOUNI Fatima
Pr. LAZRAK Khalid *
Pr. BENKIRANE Majid*
Pr. KHATOURI ALI*
Pr. LABRAIMI Ahmed*

Anesthésie Réanimation
Chirurgie Générale
Oto-Rhino-Laryngologie
Cardiologie - **Directeur ERSM**
Urologie
Ophtalmologie
Génétique
Réanimation Médicale

Radiologie
Chirurgie Pédiatrie
Ophtalmologie
Chirurgie Générale
Pédiatrie
Radiologie
Médecine Interne
Traumatologie-Orthopédie
Néphrologie
Cardiologie

Gynécologie-Obstétrique
Urologie
Neurologie
Radiologie
Pédiatrie
Cardiologie
Anesthésie Réanimation
Chirurgie Pédiatrique
Urologie
Chirurgie Générale
Pédiatrie
Neurologie
Psychiatrie
Gynécologie Obstétrique

Gastro-Entérologie
Neurologie – **Doyen Abulcassis**
Chirurgie Générale
Oncologie Médicale
Néphrologie
Traumatologie Orthopédie
Hématologie
Cardiologie
Anatomie Pathologique

Janvier 2000

Pr. ABID Ahmed*
Pr. AIT OUMAR Hassan
Pr. BENJELLOUN Dakhama Badr.Sououd
Pr. BOURKADI Jamal-Eddine
Pr. CHARIF CHEFCHAOUNI Al Montacer
Pr. ECHARRAB El Mahjoub
Pr. EL FTOUH Mustapha
Pr. EL MOSTARCHID Brahim*
Pr. ISMAILI Hassane*
Pr. MAHMOUDI Abdelkrim*
Pr. TACHINANTE Rajae
Pr. TAZI MEZALEK Zoubida

Pneumophtisiologie
Pédiatrie
Pédiatrie
Pneumo-phtisiologie
Chirurgie Générale
Chirurgie Générale
Pneumo-phtisiologie
Neurochirurgie
Traumatologie Orthopédie
Anesthésie-Réanimation
Anesthésie-Réanimation
Médecine Interne

Novembre 2000

Pr. AIDI Saadia
Pr. AIT OURHROUI Mohamed
Pr. AJANA Fatima Zohra
Pr. BENAMR Said
Pr. CHERTI Mohammed
Pr. ECH-CHERIF EL KETTANI Selma
Pr. EL HASSANI Amine
Pr. EL KHADER Khalid
Pr. EL MAGHRAOUI Abdellah*
Pr. GHARBI Mohamed El Hassan
Pr. HSSAIDA Rachid*
Pr. LAHLOU Abdou
Pr. MAFTAH Mohamed*
Pr. MAHASSINI Najat
Pr. MDAGHRI ALAOUI Asmae
Pr. NASSIH Mohamed*
Pr. ROUIMI Abdelhadi*

Neurologie
Dermatologie
Gastro-Entérologie
Chirurgie Générale
Cardiologie
Anesthésie-Réanimation
Pédiatrie
Urologie
Rhumatologie
Endocrinologie et Maladies Métaboliques
Anesthésie-Réanimation
Traumatologie Orthopédie
Neurochirurgie
Anatomie Pathologique
Pédiatrie
Stomatologie Et Chirurgie Maxillo-Faciale
Neurologie

Décembre 2000

Pr. ZOHAIR ABDELAH*

ORL

Décembre 2001

Pr. ABABOU Adil
Pr. BALKHI Hicham*
Pr. BENABDELJLIL Maria
Pr. BENAMAR Loubna
Pr. BENAMOR Jouda
Pr. BENELBARHDADI Imane
Pr. BENNANI Rajae
Pr. BENOUACHANE Thami
Pr. BEZZA Ahmed*
Pr. BOUCHIKHI IDRISSE Med Larbi
Pr. BOUMDIN El Hassane*
Pr. CHAT Latifa
Pr. DAALI Mustapha*
Pr. DRISSI Sidi Mourad*

Anesthésie-Réanimation
Anesthésie-Réanimation
Neurologie
Néphrologie
Pneumo-phtisiologie
Gastro-Entérologie
Cardiologie
Pédiatrie
Rhumatologie
Anatomie
Radiologie
Radiologie
Chirurgie Générale
Radiologie

Pr. EL HIJRI Ahmed
Pr. EL MAAQILI Moulay Rachid
Pr. EL MADHI Tarik
Pr. EL OUNANI Mohamed
Pr. ETTAIR Said
Pr. GAZZAZ Miloudi*
Pr. HRORA Abdelmalek
Pr. KABBAJ Saad
Pr. KABIRI EL Hassane*
Pr. LAMRANI Moulay Omar
Pr. LEKEHAL Brahim
Pr. MAHASSIN Fattouma*
Pr. MEDARHRI Jalil
Pr. MIKDAME Mohammed*
Pr. MOHSINE Raouf
Pr. NOUINI Yassine
Pr. SABBAH Farid
Pr. SEFIANI Yasser
Pr. TAOUFIQ BENCHEKROUN Soumia

Décembre 2002

Pr. AL BOUZIDI Abderrahmane*
Pr. AMEUR Ahmed *
Pr. AMRI Rachida
Pr. AOURARH Aziz*
Pr. BAMOU Youssef *
Pr. BELMEJDOUB Ghizlene*
Pr. BENZEKRI Laila
Pr. BENZZOUBEIR Nadia
Pr. BERNOUSSI Zakiya
Pr. BICHA Mohamed Zakariya*
Pr. CHOHO Abdelkrim *
Pr. CHKIRATE Bouchra
Pr. EL ALAMI EL FELLOUS Sidi Zouhair
Pr. EL HAOURI Mohamed *
Pr. EL MANSARI Omar*
Pr. FILALI ADIB Abdelhai
Pr. HAJJI Zakia
Pr. IKEN Ali
Pr. JAAFAR Abdeloihab*
Pr. KRIOUILE Yamina
Pr. LAGHMARI Mina
Pr. MABROUK Hfid*
Pr. MOUSSAOUI RAHALI Driss*
Pr. MOUSTAGHFIR Abdelhamid*
Pr. NAITLHO Abdelhamid*
Pr. OUJILAL Abdelilah
Pr. RACHID Khalid *

Anesthésie-Réanimation
Neuro-Chirurgie
Chirurgie-Pédiatrique
Chirurgie Générale
Pédiatrie
Neuro-Chirurgie
Chirurgie Générale
Anesthésie-Réanimation
Chirurgie Thoracique
Traumatologie Orthopédie
Chirurgie Vasculaire Périphérique
Médecine Interne
Chirurgie Générale
Hématologie Clinique
Chirurgie Générale
Urologie
Chirurgie Générale
Chirurgie Vasculaire Périphérique
Pédiatrie

Anatomie Pathologique
Urologie
Cardiologie
Gastro-Entérologie
Biochimie-Chimie
Endocrinologie et Maladies Métaboliques
Dermatologie
Gastro-Entérologie
Anatomie Pathologique
Psychiatrie
Chirurgie Générale
Pédiatrie
Chirurgie Pédiatrique
Dermatologie
Chirurgie Générale
Gynécologie Obstétrique
Ophtalmologie
Urologie
Traumatologie Orthopédie
Pédiatrie
Ophtalmologie
Traumatologie Orthopédie
Gynécologie Obstétrique
Cardiologie
Médecine Interne
Oto-Rhino-Laryngologie
Traumatologie Orthopédie

Pr. RAISS Mohamed
Pr. RGUIBI IDRISSE Sidi Mustapha*
Pr. RHOU Hakima
Pr. SIAH Samir *
Pr. THIMOU Amal
Pr. ZENTAR Aziz*

Chirurgie Générale
Pneumophtisiologie
Néphrologie
Anesthésie Réanimation
Pédiatrie
Chirurgie Générale

Janvier 2004

Pr. ABDELLAH El Hassan
Pr. AMRANI Mariam
Pr. BENBOUZID Mohammed Anas
Pr. BOUGHALEM Mohamed*
Pr. BOULAADAS Malik
Pr. BOURAZZA Ahmed*
Pr. CHAGAR Belkacem*
Pr. CHERRADI Nadia
Pr. EL FENNI Jamal*
Pr. EL HANCHI ZAKI
Pr. EL KHORASSANI Mohamed
Pr. EL YOUNASSI Badreddine*
Pr. HACHI Hafid
Pr. JABOUIRIK Fatima
Pr. KHABOUZE Samira
Pr. KHARMAZ Mohamed
Pr. LEZREK Mohammed*
Pr. MOUGHIL Said
Pr. OUBAAZ Abdelbarre*
Pr. TARIB Abdelilah*
Pr. TIJAMI Fouad
Pr. ZARZUR Jamila

Ophtalmologie
Anatomie Pathologique
Gastro-Entérologie
Anesthésie Réanimation
Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale
Neurologie
Traumatologie Orthopédie
Anatomie Pathologique
Radiologie
Gynécologie Obstétrique
Pédiatrie
Cardiologie
Chirurgie Générale
Pédiatrie
Gynécologie Obstétrique
Traumatologie Orthopédie
Urologie
Chirurgie Cardio-Vasculaire
Ophtalmologie
Pharmacie Clinique
Chirurgie Générale
Cardiologie

Janvier 2005

Pr. ABBASSI Abdellah
Pr. AL KANDRY Sif Eddine*
Pr. ALAOUI Ahmed Essaid
Pr. ALLALI Fadoua
Pr. AMAZOUZI Abdellah
Pr. AZIZ Nouredine*
Pr. BAHIRI Rachid
Pr. BARKAT Amina
Pr. BENHALIMA Hanane
Pr. BENYASS Aatif
Pr. BERNOUSSI Abdelghani
Pr. CHARIF CHEFCHAOUNI Mohamed
Pr. DOUDOUH Abderrahim*
Pr. EL HAMZAOUI Sakina*
Pr. HAJJI Leila
Pr. HESSISSEN Leila
Pr. JIDAL Mohamed*

Chirurgie Réparatrice et Plastique
Chirurgie Générale
Microbiologie
Rhumatologie
Ophtalmologie
Radiologie
Rhumatologie
Pédiatrie
Stomatologie et Chirurgie Maxillo Faciale
Cardiologie
Ophtalmologie
Ophtalmologie
Biophysique
Microbiologie
Cardiologie
Pédiatrie
Radiologie

(mise en disponibilité)

Pr. LAAROUSSI Mohamed
Pr. LYAGOUBI Mohammed
Pr. NIAMANE Radouane*
Pr. RAGALA Abdelhak
Pr. SBIHI Souad
Pr. ZERAIDI Najia

Décembre 2005

Pr. CHANI Mohamed

Avril 2006

Pr. ACHEMLAL Lahsen*
Pr. AKJOUJ Saïd*
Pr. BELMEKKI Abdelkader*
Pr. BENCHEIKH Razika
Pr. BIYI Abdelhamid*
Pr. BOUHAFS Mohamed El Amine
Pr. BOULAHYA Abdellatif*
Pr. CHENGUETI ANSARI Anas
Pr. DOGHMI Nawal
Pr. ESSAMRI Wafaa
Pr. FELLAT Ibtissam
Pr. FAROUDY Mamoun
Pr. GHADOUANE Mohammed*
Pr. HARMOUCHE Hicham
Pr. HANAFI Sidi Mohamed*
Pr. IDRIS LAHLOU Amine*
Pr. JROUNDI Laila
Pr. KARMOUNI Tariq
Pr. KILI Amina
Pr. KISRA Hassan
Pr. KISRA Mounir
Pr. LAATIRIS Abdelkader*
Pr. LMIMOUNI Badreddine*
Pr. MANSOURI Hamid*
Pr. OUANASS Abderrazzak
Pr. SAFI Soumaya*
Pr. SEKKAT Fatima Zahra
Pr. SOUALHI Mouna
Pr. TELLAL Saida*
Pr. ZAHRAOUI Rachida

Octobre 2007

Pr. ABIDI Khalid
Pr. ACHACHI Leila
Pr. ACHOUR Abdessamad*
Pr. AIT HOUSSA Mahdi*
Pr. AMHAJJI Larbi*
Pr. AMMAR Haddou*
Pr. AOUMI Sarra

Chirurgie Cardio-vasculaire
Parasitologie
Rhumatologie
Gynécologie Obstétrique
Histo-Embryologie Cytogénétique
Gynécologie Obstétrique

Anesthésie Réanimation

Rhumatologie
Radiologie
Hématologie
O.R.L
Biophysique
Chirurgie - Pédiatrique
Chirurgie Cardio – Vasculaire
Gynécologie Obstétrique
Cardiologie
Gastro-entérologie
Cardiologie
Anesthésie Réanimation
Urologie
Médecine Interne
Anesthésie Réanimation
Microbiologie
Radiologie
Urologie
Pédiatrie
Psychiatrie
Chirurgie – Pédiatrique
Pharmacie Galénique
Parasitologie
Radiothérapie
Psychiatrie
Endocrinologie
Psychiatrie
Pneumo – Phtisiologie
Biochimie
Pneumo – Phtisiologie

Réanimation médicale
Pneumo phtisiologie
Chirurgie générale
Chirurgie cardio vasculaire
Traumatologie orthopédie
ORL
Parasitologie

Pr. BAITE Abdelouahed*	Anesthésie réanimation
Pr. BALOUCH Lhousaine*	Biochimie-chimie
Pr. BENZIANE Hamid*	Pharmacie clinique
Pr. BOUTIMZINE Nourdine	Ophtalmologie
Pr. CHARKAOUI Naoual*	Pharmacie galénique
Pr. EHIRCHIOU Abdelkader*	Chirurgie générale
Pr. ELABSI Mohamed	Chirurgie générale
Pr. EL MOUSSAOUI Rachid	Anesthésie réanimation
Pr. EL OMARI Fatima	Psychiatrie
Pr. GANA Rachid	Neuro chirurgie
Pr. GHARIB Nouredine	Chirurgie plastique et réparatrice
Pr. HADADI Khalid*	Radiothérapie
Pr. ICHOU Mohamed*	Oncologie médicale
Pr. ISMAILI Nadia	Dermatologie
Pr. KEBDANI Tayeb	Radiothérapie
Pr. LALAOUI SALIM Jaafar*	Anesthésie réanimation
Pr. LOUZI Lhoussain*	Microbiologie
Pr. MADANI Naoufel	Réanimation médicale
Pr. MAHI Mohamed*	Radiologie
Pr. MARC Karima	Pneumo phtisiologie
Pr. MASRAR Azlarab	Hématologique
Pr. MOUTAJ Redouane *	Parasitologie
Pr. MRABET Mustapha*	Médecine préventive santé publique et hygiène
Pr. MRANI Saad*	Virologie
Pr. OUZZIF Ez zohra*	Biochimie-chimie
Pr. RABHI Monsef*	Médecine interne
Pr. RADOUANE Bouchaib*	Radiologie
Pr. SEFFAR Myriame	Microbiologie
Pr. SEKHSOKH Yessine*	Microbiologie
Pr. SIFAT Hassan*	Radiothérapie
Pr. TABERKANET Mustafa*	Chirurgie vasculaire périphérique
Pr. TACHFOUTI Samira	Ophtalmologie
Pr. TAJDINE Mohammed Tariq*	Chirurgie générale
Pr. TANANE Mansour*	Traumatologie orthopédie
Pr. TLIGUI Houssain	Parasitologie
Pr. TOUATI Zakia	Cardiologie

Décembre 2007

Pr. DOUHAL ABDERRAHMAN

Ophtalmologie

Décembre 2008

Pr ZOUBIR Mohamed*

Anesthésie Réanimation

Pr TAHIRI My El Hassan*

Chirurgie Générale

Mars 2009

Pr. ABOUZAHIR Ali*

Médecine interne

Pr. AGDR Aomar*

Pédiatre

Pr. AIT ALI Abdelmounaim*

Chirurgie Générale

Pr. AIT BENHADDOU El hachmia

Neurologie

Pr. AKHADDAR Ali*

Neuro-chirurgie

Pr. ALLALI Nazik
 Pr. AMAHZOUNE Brahim*
 Pr. AMINE Bouchra
 Pr. ARKHA Yassir
 Pr. AZENDOUR Hicham*
 Pr. BELYAMANI Lahcen*
 Pr. BJIJOU Younes
 Pr. BOUHSAIN Sanae*
 Pr. BOUI Mohammed*
 Pr. BOUNAIM Ahmed*
 Pr. BOUSSOUGA Mostapha*
 Pr. CHAKOUR Mohammed *
 Pr. CHTATA Hassan Toufik*
 Pr. DOGHMI Kamal*
 Pr. EL MALKI Hadj Omar
 Pr. EL OUENNASS Mostapha*
 Pr. ENNIBI Khalid*
 Pr. FATHI Khalid
 Pr. HASSIKOU Hasna *
 Pr. KABBAJ Nawal
 Pr. KABIRI Meryem
 Pr. KARBOUBI Lamya
 Pr. L'KASSIMI Hachemi*
 Pr. LAMSAOURI Jamal*
 Pr. MARMADE Lahcen
 Pr. MESKINI Toufik
 Pr. MESSAOUDI Nezha *
 Pr. MSSROURI Rahal
 Pr. NASSAR Ittimade
 Pr. OUKERRAJ Latifa
 Pr. RHORFI Ismail Abderrahmani *
 Pr. ZOUHAIR Said*

Radiologie
 Chirurgie Cardio-vasculaire
 Rhumatologie
 Neuro-chirurgie
 Anesthésie Réanimation
 Anesthésie Réanimation
 Anatomie
 Biochimie-chimie
 Dermatologie
 Chirurgie Générale
 Traumatologie orthopédique
 Hématologie biologique
 Chirurgie vasculaire périphérique
 Hématologie clinique
 Chirurgie Générale
 Microbiologie
 Médecine interne
 Gynécologie obstétrique
 Rhumatologie
 Gastro-entérologie
 Pédiatrie
 Pédiatrie
 Microbiologie
 Chimie Thérapeutique
 Chirurgie Cardio-vasculaire
 Pédiatrie
 Hématologie biologique
 Chirurgie Générale
 Radiologie
 Cardiologie
 Pneumo-phtisiologie
 Microbiologie

PROFESSEURS AGREGES :

Octobre 2010

Pr. ALILOU Mustapha
 Pr. AMEZIANE Taoufiq*
 Pr. BELAGUID Abdelaziz
 Pr. BOUAITY Brahim*
 Pr. CHADLI Mariama*
 Pr. CHEMSI Mohamed*
 Pr. DAMI Abdellah*
 Pr. DARBI Abdellatif*
 Pr. DENDANE Mohammed Anouar
 Pr. EL HAFIDI Naima
 Pr. EL KHARRAS Abdennasser*
 Pr. EL MAZOUZ Samir
 Pr. EL SAYEGH Hachem

Anesthésie réanimation
 Médecine interne
 Physiologie
 ORL
 Microbiologie
 Médecine aéronautique
 Biochimie chimie
 Radiologie
 Chirurgie pédiatrique
 Pédiatrie
 Radiologie
 Chirurgie plastique et réparatrice
 Urologie

Pr. ERRABIH Ikram
Pr. LAMALMI Najat
Pr. LEZREK Mounir
Pr. MALIH Mohamed*
Pr. MOSADIK Ahlam
Pr. MOUJAHID Mountassir*
Pr. NAZIH Mouna*
Pr. ZOUAIDIA Fouad

Mai 2012

Pr. AMRANI Abdelouahed
Pr. ABOUELALAA Khalil*
Pr. BELAIZI Mohamed*
Pr. BENCHEBBA Driss*
Pr. DRISSI Mohamed*
Pr. EL ALAOUI MHAMDI Mouna
Pr. EL KHATTABI Abdessadek*
Pr. EL OUAZZANI Hanane*
Pr. ER-RAJI Mounir
Pr. JAHID Ahmed
Pr. MEHSSANI Jamal*
Pr. RAISSOUNI Maha*

Février 2013

Pr. AHID Samir
Pr. AIT EL CADI Mina
Pr. AMRANI HANCHI Laila
Pr. AMOUR Mourad
Pr. AWAB Almahdi
Pr. BELAYACHI Jihane
Pr. BELKHADIR Zakaria Houssain
Pr. BENCHEKROUN Laila
Pr. BENKIRANE Souad
Pr. BENNANA Ahmed*
Pr. BENSEFFAJ Nadia
Pr. BENSghir Mustapha*
Pr. BENYAHIA Mohammed*
Pr. BOUATIA Mustapha
Pr. BOUABID Ahmed Salim*
Pr. BOUTARBOUCH Mahjouba
Pr. CHAIB Ali*
Pr. DENDANE Tarek
Pr. DINI Nouzha*
Pr. ECH-CHERIF EL KETTANI Mohamed Ali
Pr. ECH-CHERIF EL KETTANI Najwa
Pr. ELFATEMI Nizare
Pr. EL GUERROUJ Hasnae
Pr. EL HARTI Jaouad

Gastro entérologie
Anatomie pathologique
Ophtalmologie
Pédiatrie
Anesthésie Réanimation
Chirurgie générale
Hématologie
Anatomie pathologique

Chirurgie Pédiatrique
Anesthésie Réanimation
Psychiatrie
Traumatologie Orthopédique
Anesthésie Réanimation
Chirurgie Générale
Médecine Interne
Pneumophtisiologie
Chirurgie Pédiatrique
Anatomie pathologique
Psychiatrie
Cardiologie

Pharmacologie – Chimie
Toxicologie
Gastro-Entérologie
Anesthésie Réanimation
Anesthésie Réanimation
Réanimation Médicale
Anesthésie Réanimation
Biochimie-Chimie
Hématologie
Informatique Pharmaceutique
Immunologie
Anesthésie Réanimation
Néphrologie
Chimie Analytique
Traumatologie Orthopédie
Anatomie
Cardiologie
Réanimation Médicale
Pédiatrie
Anesthésie Réanimation
Radiologie
Neuro-Chirurgie
Médecine Nucléaire
Chimie Thérapeutique

Pr. EL JOUDI Rachid*	Toxicologie
Pr. EL KABABRI Maria	Pédiatrie
Pr. EL KHANNOUSSI Basma	Anatomie Pathologie
Pr. EL KHLouFI Samir	Anatomie
Pr. EL KORAICHI Alae	Anesthésie Réanimation
Pr. EN-NOUALI Hassane*	Radiologie
Pr. ERREGUIG Laila	Physiologie
Pr. FIKRI Meryim	Radiologie
Pr. GHANIMI Zineb	Pédiatrie
Pr. GHFIR Imade	Médecine Nucléaire
Pr. IMANE Zineb	Pédiatrie
Pr. IRAQI Hind	Endocrinologie et maladies métaboliques
Pr. KABBAJ Hakima	Microbiologie
Pr. KADIRI Mohamed*	Psychiatrie
Pr. LATIB Rachida	Radiologie
Pr. MAAMAR Mouna Fatima Zahra	Médecine Interne
Pr. MEDDAH Bouchra	Pharmacologie
Pr. MELHAOUI Adyl	Neuro-chirurgie
Pr. MRABTI Hind	Oncologie Médicale
Pr. NEJJARI Rachid	Pharmacognosie
Pr. OUBEJJA Houda	Chirurgie Pédiatrique
Pr. OUKABLI Mohamed*	Anatomie Pathologique
Pr. RAHALI Younes	Pharmacie Galénique
Pr. RATBI Ilham	Génétique
Pr. RAHMANI Mounia	Neurologie
Pr. REDA Karim*	Ophthalmologie
Pr. REGRAGUI Wafa	Neurologie
Pr. RKAIN Hanan	Physiologie
Pr. ROSTOM Samira	Rhumatologie
Pr. ROUAS Lamiaa	Anatomie Pathologique
Pr. ROUIBAA Fedoua*	Gastro-Entérologie
Pr. SALIHOUN Mouna	Gastro-Entérologie
Pr. SAYAH Rochde	Chirurgie Cardio-Vasculaire
Pr. SEDDIK Hassan*	Gastro-Entérologie
Pr. ZERHOUNI Hicham	Chirurgie Pédiatrique
Pr. ZINE Ali*	Traumatologie Orthopédie

Avril 2013

Pr. EL KHATIB Mohamed Karim*	Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale
Pr. GHOUNDALE Omar*	Urologie
Pr. ZYANI Mohammad*	Médecine Interne

***Enseignants Militaires**

2- ENSEIGNANTS – CHERCHEURS SCIENTIFIQUES

PROFESSEURS / PRs. HABILITES

Pr. ABOUDRAR Saadia	Physiologie
Pr. ALAMI OUHABI Naima	Biochimie – chimie
Pr. ALAOUI KATIM	Pharmacologie
Pr. ALAOUI SLIMANI Lalla Naïma	Histologie-Embryologie
Pr. ANSAR M'hammed	Chimie Organique et Pharmacie Chimique
Pr. BOUHOUCHE Ahmed	Génétique Humaine
Pr. BOUKLOUZE Abdelaziz	Applications Pharmaceutiques
Pr. BOURJOUANE Mohamed	Microbiologie
Pr. BARKYOU Malika	Histologie-Embryologie
Pr. CHAHED OUAZZANI Lalla Chadia	Biochimie – chimie
Pr. DAKKA Taoufiq	Physiologie
Pr. DRAOUI Mustapha	Chimie Analytique
Pr. EL GUESSABI Lahcen	Pharmacognosie
Pr. ETTAIB Abdelkader	Zootechnie
Pr. FAOUZI Moulay El Abbes	Pharmacologie
Pr. HAMZAOUI Laila	Biophysique
Pr. HMAMOUCHE Mohamed	Chimie Organique
Pr. IBRAHIMI Azeddine	Biologie moléculaire
Pr. KHANFRI Jamal Eddine	Biologie
Pr. OULAD BOUYAHYA IDRISSE Med	Chimie Organique
Pr. REDHA Ahlam	Chimie
Pr. TOUATI Driss	Pharmacognosie
Pr. ZAHIDI Ahmed	Pharmacologie
Pr. ZELLOU Amina	Chimie Organique

Mise à jour le 09/01/2015 par le

Service des Ressources Humaines

- 9 JAN 2015





Remerciements

A Monsieur le Professeur

Jallal TOUFIQ,

Président de thèse :

*Vous me faites grand honneur en acceptant
de présider le jury de thèse. Veuillez trouver ici l'expression
de ma reconnaissance et de mon respect.*

A Madame le Professeur

Fatima Zahra SEKKAT,

Directrice de thèse :

*Je vous remercie d'avoir accepté de me guider à chaque
étape de la réalisation de ce travail riche d'intérêt.
Votre disponibilité et votre amabilité sont sans limites.
Sachez que vos compétences professionnelles, votre rigueur ainsi
que vos qualités humaines sont, pour moi, un exemple à suivre.
Je vous dédie ce travail comme témoignage de ma gratitude,
de mon admiration et de mon respect.*

A Monsieur le Professeur Abderrazzak

OUANASS, Juge de thèse :

Veillez trouver ici le témoignage de ma reconnaissance pour l'intérêt que vous avez bien voulu accorder à mon travail en acceptant d'y apporter un regard critique et de siéger parmi le jury.

A Monsieur le Professeur Hassan KISRA,

Juge de thèse :

Je vous suis reconnaissante de m'avoir fait honneur d'accepter d'évaluer mon travail, d'y apporter un regard critique et de siéger parmi le jury.

A Madame le Professeur Fatima EL OMARI,

Juge de thèse :

Veillez trouver ici le témoignage de ma reconnaissance pour avoir accepté d'évaluer mon travail et de siéger parmi le jury de thèse.



Dédicaces

A mes très chers parents,

*Vous, la source d'inspiration, le soutien
et le dévouement mêmes, acceptez ce modeste
travail comme témoignage de ma profonde gratitude.*

A mes chers frère et sœur Amine et Rim,

*Votre affection et votre soutien sont d'une valeur inestimable.
Veuillez trouver dans ce modeste travail
l'expression de ma vive reconnaissance.*

A mes chères amies Mariam, Meriem et Wissal

*Vous m'avez offert un soutien déterminant
et irremplaçable tout au long de ces longues années.
Je vous dédie ce travail en témoignage
de ma reconnaissance et de ma profonde affection.*

*A mes collègues et amis de la Méd'Ociation et de l'International
Federation of Medical Students' Associations - Morocco,*

*Le lien qui nous unit est celui du volontariat
et du dévouement. Nos expériences associatives ont
été un réel tournant pour ma personne. Je vous en suis reconnaissante.*

A mes amis qui se reconnaîtront,

A mes camarades de promotion et futurs collègues,

*A tous ceux qui ont contribué de près ou de loin
à l'élaboration de ce travail,*

*A tous ceux qui ont pour mission cette pénible tâche
de soulager l'être humain et d'essayer de lui procurer le bien-être
physique, psychique et social.*

LISTE DES FIGURES

- Fig. 1** : Processus de stigmatisation.
- Fig. 2** : Répartition de la population selon le sexe.
- Fig. 3** : Répartition de la population selon l'âge.
- Fig.4** : Répartition de la population selon le statut.
- Fig. 5** : Répartition des étudiants en médecine selon l'année d'étude.
- Fig. 6** : Répartition des praticiens généralistes selon le secteur.
- Fig. 7** : Répartition des praticiens spécialistes selon le secteur.
- Fig. 8** : Répartition des praticiens spécialistes et des résidents selon le groupe de spécialité.
- Fig. 9** : Distribution selon les spécialités médicales.
- Fig. 10** : Distribution selon les spécialités chirurgicales.
- Fig. 11** : Répartition de la population selon la parenté à la profession médicale.
- Fig. 12** : Répartition de la population apparentée à la profession médicale.
- Fig. 13** : Répartition de la population selon les antécédents.
- Fig. 14** : Perception du choix de psychiatrie comme spécialité.
- Fig. 15** : Critères de non choix de psychiatrie comme spécialité.
- Fig. 16** : Distribution de la population selon le préjugé 1.
- Fig. 17** : Distribution de la population selon le préjugé 2.
- Fig. 18** : Distribution de la population selon le préjugé 3.
- Fig. 19** : Distribution de la population selon le préjugé 4.
- Fig. 20** : Distribution de la population selon le préjugé 5.
- Fig. 21** : Distribution de la population selon le préjugé 6.
- Fig. 22** : Distribution de la population selon le préjugé 7.
- Fig. 23** : Distribution de la population selon le préjugé 8.
- Fig. 24** : Distribution de la population selon le préjugé 9.
- Fig. 25** : Distribution de la population selon la référence aux psychiatres.

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Perceptions de la psychiatrie comme choix de spécialité selon le sexe.

Tableau 2 : Préjugés du psychiatre et de la psychiatrie selon le sexe.

Tableau 3 : Perceptions de la psychiatrie selon le statut.

Tableau 4 : Préjugés du psychiatre et de la psychiatrie selon le statut.

Tableau 5 : Perceptions de la psychiatrie selon le type de spécialité.

Tableau 6 : Préjugés du psychiatre et de la psychiatrie selon le type de spécialité.

Tableau 7 : Perceptions de la psychiatrie selon le secteur d'exercice.

Tableau 8 : Préjugés du psychiatre et de la psychiatrie selon le secteur d'exercice.

Tableau 9 : Perceptions de la psychiatrie selon la parenté à la profession médicale.

Tableau 10 : Préjugés du psychiatre et de la psychiatrie selon la parenté à la profession médicale.

Tableau 11 : Perceptions de la psychiatrie selon les antécédents psychologiques/psychiatriques.

Tableau 12 : Préjugés du psychiatre et de la psychiatrie selon les antécédents psychologiques/psychiatriques.

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	1
DE LA STIGMATISATION DU MALADE MENTAL A LA STIGMATISATION DU PSYCHIATRE	4
I. HISTOIRE DE LA « FOLIE » ET SES REPRESENTATIONS : DE L'ANTIQUITE AU XXIE SIECLE :	5
1. L'antiquité et les temps médiévaux :	5
1.1. L'Antiquité :	5
1.2. Le Moyen-Age :.....	8
2. La Renaissance :.....	12
3. La « folie » à l'âge classique:.....	13
4. Fin XVIIIe-XIXe s. : Les premiers aliénistes et naissance de la psychiatrie :.....	17
5. XXe siècle : La psychiatrie contemporaine:.....	21
5.1. D'avant la deuxième guerre mondiale :.....	22
5.2. D'après la deuxième guerre mondiale :.....	22
5.3. Au Maroc :.....	24
6. Au XXIe siècle.....	25
II. APPROCHE PSYCHOSOCIALE DE LA STIGMATISATION :	29
1. Origine et définitions :.....	29
2. La stigmatisation et ses concepts sous-jacents :.....	31
2.1. Représentations sociales :.....	32

2.2. Etiquetage social et catégorisation :.....	35
2.3. Stéréotypes et préjugés :.....	36
2.4. Discrimination :	37
3. Le concept de stigmatisation :	38
3.1. Formes de stigmatisation :.....	39
3.2. Stigmatisation sociale : Un mécanisme en cercle vicieux :.....	39
III. LE PSYCHIATRE ET SES REPRESENTATIONS :.....	44
1. Le psychiatre vu par les médias et le grand public :.....	45
2. Le psychiatre vu par ses confrères :.....	48
3. Le psychiatre vu par lui-même :.....	49
L'ENQUETE	50
I. MATERIELS ET METHODES :.....	51
1. Type d'étude :.....	51
2. Echantillon et population étudiée :	51
3. Instrument et procédure d'enquête:	51
4. Saisie de données et analyse statistique :.....	53
II. RESULTATS :	54
1. Analyse descriptive :.....	54
1.1. Caractéristiques de la population étudiée :.....	54
1.1.1. Le sexe :.....	54
1.1.2. L'âge :.....	55

1.1.3. Le statut :	56
1.1.3.1. Etudiants en médecine :	57
1.1.3.2. Praticiens généralistes :	58
1.1.3.3. Praticiens spécialistes et résidents :	59
1.1.4. La parenté à la profession médicale:.....	62
1.1.5. Les antécédents psychologiques/psychiatriques :	64
1.2. Représentations et perceptions :	65
1.2.1. La psychiatrie comme choix de spécialité :	65
1.2.2. Les critères de non-choix de la psychiatrie comme spécialité :... 66	
1.2.3. Représentations et perceptions du résident en psychiatrie :.....	68
1.2.4. Représentations et perceptions du psychiatre :.....	70
1.2.5. Représentations et perceptions de la psychiatrie :.....	74
1.3. La référence aux psychiatres :	77
2. Analyse comparative :	78
2.1. Influence du sexe :	79
2.1.1. Influence du sexe sur la perception de la psychiatrie comme choix de spécialité :	79
2.1.2. Influence du sexe sur les préjugés concernant le psychiatre et la psychiatrie :.....	80
2.2. Influence du statut :	82
2.2.1. Influence du statut sur la perception de la psychiatrie comme choix de spécialité :	83

2.2.2. Influence du statut sur les préjugés concernant le psychiatre et la psychiatrie:.....	84
2.3. Influence du type de spécialité :	86
2.3.1. Influence du type de spécialité sur la perception de la psychiatrie comme choix de spécialité :	87
2.3.2. Influence du type de spécialité sur les préjugés concernant le psychiatre et la psychiatrie:	88
2.4. Influence du secteur d'exercice :	90
2.4.1. Influence du secteur d'exercice sur la perception de la psychiatrie comme choix de spécialité :	90
2.4.2. Influence du secteur d'exercice sur les préjugés concernant le psychiatre et la psychiatrie:	91
2.5. Influence de la parenté à la profession médicale :.....	92
2.5.1. Influence de la parenté à la profession médicale sur la perception de la psychiatrie comme choix de spécialité :.....	92
2.5.2. Influence de la parenté à la profession médicale sur les préjugés concernant le psychiatre et la psychiatrie :	93
2.6. Influence des antécédents psychologiques/psychiatriques :	94
2.6.1. Influence des antécédents psychologiques/psychiatriques sur la perception de la psychiatrie comme choix de spécialité :	95
2.6.2. Influence des antécédents psychologiques/psychiatriques sur les préjugés concernant le psychiatre et la psychiatrie :	96

III. DISCUSSION :	98
1. Limites et biais de l'étude :	98
2. Discussion des résultats :	99
RECOMMANDATIONS ET INITIATIVES ACTUELLES	108
CONCLUSION	113
RESUMES	117
ANNEXE	121
BIBLIOGRAPHIE	125



Introduction

En 1965, bien que la psychiatrie telle que nous la connaissons aujourd'hui soit encore jeune, Jean Oulès, psychiatre, en étudiant l'évolution de l'image du psychiatre et de sa fonction sociale [1], dégage déjà les préjugés de l'époque.

Si le psychiatre est « lui-même fou pour accepter de travailler avec les fous », cependant, « il ne faut pas parler en sa présence car il risque de nous analyser » et « deviner nos secrets ». Le psychiatre est aussi dépeint par les médias de l'époque comme « immoral, tortionnaire et souvent mentalement dérangé ».

Tant d'images négatives qui puisent leurs origines d'une part des stigmates des personnes atteintes de troubles mentaux et existants depuis l'Antiquité, et d'autre part de la méconnaissance de la société du rôle du psychiatre, de ses missions et de ses champs d'activité. En effet, nombreux sont ceux qui ne font pas de distinction entre psychiatre, psychologue, psychanalyste et psychothérapeute.

Après l'essor que la psychiatrie a connu en matière de pharmacologie, de psychothérapie, de neurobiologie, de neuroimagerie et de génétique, force est de constater que plusieurs décennies plus tard le psychiatre et sa profession font toujours l'objet d'un regard dépréciateur de la part du grand public. En effet, ce regard dépréciateur est basé sur des préjugés solidement ancrés dans les esprits et qui se transmettent d'une génération à l'autre.

Plus étonnant encore, les professionnels de santé, qui de la population générale sont les plus proches du psychiatre et de la psychiatrie, et qui travaillent en collaboration avec ceux-ci, nourrissent eux aussi ces préjugés et les transmettent fidèlement entre collègues et futurs collègues.

Pourtant si les études des images et attitudes négatives que nourrit la population générale pour le psychiatre ne manquent pas, celles qui s'intéressent aux préjugés concernant le psychiatre véhiculés par ses collègues somaticiens ne sont que très peu nombreuses.

Dans ce contexte, notre enquête vient modestement pallier à ce manque et tente d'objectiver ces représentations négatives.

Ces dernières ont prouvé qu'elles ont un effet délétère sur l'attractivité de la spécialité et l'intérêt qu'elle suscite chez les étudiants en médecine. La difficulté de recrutement de psychiatres que connaît le Maroc et le monde en général, reconnue comme répercussion majeure de la stigmatisation du psychiatre et de la psychiatrie et partiellement responsable du fossé creusé entre l'offre et la demande en soins de santé mentale, y fait foi. Aussi, l'image négative que renvoie la psychiatrie et ses professionnels n'encourage pas les personnes atteintes de troubles mentaux à chercher de l'aide auprès de psychiatres.

Ainsi, mettre en évidence les préjugés émis ainsi que leurs répercussions, tenter de dégager des axes d'intervention pour les déconstruire et améliorer les attitudes à l'égard du psychiatre et de sa profession, est aujourd'hui l'un des grands défis en matière de santé mentale.



*De la stigmatisation
du malade mental à la
stigmatisation du psychiatre*

I. HISTOIRE DE LA « FOLIE » ET SES REPRESENTATIONS : DE L'ANTIQUITE AU XXIE SIECLE :

1. L'antiquité et les temps médiévaux :

Le papyrus Ebers (XVI^e s. av. J.-C.), un des plus anciens traités médicaux qui nous soit parvenu, contient une courte description clinique de la dépression, avec des recettes magiques ou religieuses pour la chasser.

En effet, la pensée religieuse qui domine à cette époque et qui ne reconnaît pas les troubles mentaux, en plus de l'absence de différenciation entre psyché et soma font deux raisons majeures pour lesquelles les maladies mentales ne sont pas reconnues en tant que telles.

1.1. L'Antiquité :

Les Grecs de l'Antiquité, malgré le caractère logique de leur philosophie et de leur médecine, avaient recours à la religion (Asclépios, Dieu de la médecine, en particulier) pour demander la guérison de leurs malades.

Hippocrate (Ve s. av. J.-C.), à l'origine de la « théorie humorale », expliquera que les maladies sont physiques et leurs causes naturelles.

En effet, selon cette théorie, l'état de santé est fonction de l'équilibre (bon mélange, bonnes proportions) des humeurs (sang, bile noire, bile jaune, phlegme) circulant dans le corps. Hippocrate considère alors un excès ou une insuffisance de l'une de ses humeurs comme origine des maladies, et attribuera la folie aux troubles des humeurs altérant le fonctionnement du cerveau et cherchera à restaurer l'équilibre, notamment par une alimentation et des médicaments appropriés (massages, bains, saignées, purgation, herboristerie...), ce qui n'exclut pas l'écoute du malade.

Il apportera ainsi un début de différenciation des maladies mentales sans séparation nette entre maladies de l'esprit et maladies du corps et participera à démystifier la maladie mentale, qui était jusque là plutôt liée à des manifestations démoniaques, des possessions d'un être par une entité diabolique.

Par ailleurs, il distinguera des troubles mentaux tels que la phrénétis (troubles mentaux aigus accompagnés de fièvre), la manie (troubles mentaux aigus sans fièvre), la mélancolie (troubles mentaux chroniques sans fièvre, ni agitation).

L'hystérie est quant à elle attribuée à une migration de la matrice (utérus) assoiffée de semence et déliée de ses attaches qui, en remontant dans la gorge des femmes, les étouffait et déclenchait malaises et convulsions. Son traitement consistait à remettre en place l'organe migrateur en préconisant mariage et rapports sexuels. La théorie utérine va se voir prolonger jusqu'au milieu du XIXe siècle. [2]

Claude Galien (IIe s.) reprenant la théorie des humeurs d'Hippocrate, articulera quatre tempéraments aux humeurs, ce qui lui permet de classer les maladies selon les déséquilibres entre les diverses tendances, les bases de l'affectivité et du comportement apparaissant de nature biochimique. Ainsi l'excès de sang, de bile jaune, de bile noire, de phlegme conduisent respectivement aux tempérament sanguin, cholérique, mélancolique, phlegmatique.

Les maladies de l'âme sont, pour Galien, des lésions de la sensibilité et de l'intelligence dûes à une atteinte du cerveau ou d'un autre organe, transmise au cerveau par sympathie.

Il rattachera aussi l'hystérie à une pollution du sang sous l'effet de la rétention d'un liquide séminal féminin, entraînant une irritation des nerfs et, de ce fait, des convulsions.

Concernant les personnes présentant des troubles mentaux, **le droit Romain**, instituera l'incapacité du « fou » et distinguera le "mente captus" (toujours incapable), et le "furiosus" (reste capable dans les intervalles de lucidité).

Les « fous » inoffensifs restent en famille, ceux qui sont dangereux sont par contre détenus.

Il existe un "curateur des fous" et quelques établissements charitables apparaissent à la fin de l'Empire Romain.

Les **Hébreux**, apportant une conception religieuse monothéiste, s'opposent au polythéisme et à la magie.

La maladie est pour eux la punition des péchés, et les prêtres apparaissent comme des guérisseurs.

La musicothérapie apparaît parmi les traitements.

Les Hébreux se teignent de la culture grecque au cours des siècles ; ils en assureront non seulement le maintien mais aussi la transmission aux Arabes.

1.2. Le Moyen-Age : [3]

Pendant tout le **Moyen-Âge chrétien** et même depuis, une perception religieuse des maladies mentales, en rapport avec les mentalités populaires, va coexister avec une conception proprement médicale.

Si les médecins chrétiens médiévaux s'appuyaient sur des explications démonologiques de la maladie mentale, les médecins médiévaux musulmans, eux, se basaient principalement sur leurs observations cliniques sur les « fous ».

En effet, tandis que l'Europe connaît une « régression » de la pensée médicale, **les Arabes** ont repris les concepts de l'Antiquité gréco-latine (phrénétis, manie, mélancolie...), les ont ensuite décrits puis complétés et ont abouti ainsi à des progrès significatifs en matière de maladies mentales, entre autres sciences.

Ahmed Ibn Sahl Al-Balkhi (850-934), dans son *Masalih al-Abdan wa al-Anfus*, a fait valoir que «si le psychisme tombe malade, le corps peut également ne plus trouver aucune joie à la vie et peut finalement développer une maladie physique». Introduisant ainsi le concept de santé et d'hygiène mentales.

Al-Balkhi a reconnu que le corps et l'âme peuvent être en équilibre ou en déséquilibre et que la maladie mentale, la dépression notamment, peut avoir à la fois des causes psychologiques et/ou physiologiques. [4]

Najab ud-din Muhammad (Xe siècle), dans son ouvrage "la classification la plus complète des maladies mentales connue jusqu'alors", a décrit pour la première fois un certain nombre de maladies mentales, telles que la dépression agitée, la névrose, la psychose et la manie, en se basant sur ses observations des malades mentaux qu'il traitait. [5]

Maïmonide s'est intéressé aux troubles neuropsychiatriques et a décrit la rage et l'intoxication à la Belladone. [6]

Ibn Al-Haytham est considéré par certains comme le fondateur de la Psychologie expérimentale et de la Psychophysique.

Ibn Sina a introduit la « psychophysiologie » dans le traitement des maladies impliquant des émotions et a également décrit un grand nombre d'affections neuropsychiatriques, notamment les hallucinations, l'insomnie, la démence, l'épilepsie, l'accident vasculaire cérébral, les vertiges et les tremblements... [7]

Il tenta également une classification et divisa en trois groupes les maladies provoquant des troubles mentaux :

- Les inflammations d'une partie du cerveau avec notamment la léthargie, et la frénésie (l'ancienne phrénitis).
- Les affections entraînant une perturbation du mouvement, comme le vertige, l'apoplexie ou l'épilepsie.
- Et les maladies provoquant les troubles mentaux proprement dits : l'aliénation d'esprit ou confusion de la raison, la corruption de la mémoire, la corruption de l'imagination, puis la manie, la mélancolie, ...

Cette classification a été basée sur les trois facultés que sont le jugement, la mémoire et l'imagination, en y ajoutant les entités déjà cataloguées dans l'Antiquité.

Muhammad ibn Zakarīya Rāzi et Al-Balkhi ont été les premiers médecins à étudier la psychothérapie. On découvrait à ces médecins d'autres formes de traitement comme les bains, les traitements médicamenteux, la musicothérapie et l'ergothérapie.

Razi, à travers son ouvrage *El-Mansouri* et *Al-Hawi* (Xe siècle) qui traite des définitions, des symptômes et des traitements pour les problèmes liés à la santé mentale, a fait réaliser d'importants progrès à la psychiatrie. Il a également dirigé le « service psychiatrique » d'un hôpital de Bagdad. [5]

Il est important de souligner qu'aucun n'accordait crédit aux causes surnaturelles qu'ils condamnent et qu'ils combattent tous, telles que la possession par Jinn, le Sīhr, l'Aīyn, etc. et dès le VIIIème siècle de nombreux « hôpitaux psychiatriques » verront le jour dans le monde islamique (à Bagdad, à Fès, au Caire..). À l'époque, aucune institution de ce type ne pouvait exister en Europe, par crainte de la possession démoniaque.

En Europe, le XIIème siècle a été marqué par un réveil intellectuel qui a été provoqué par un double apport des Arabes, avec d'une part la transmission de textes anciens jusqu'alors inconnus mettant ainsi le Moyen Age chrétien en contact avec la médecine grecque, et d'autre part une réflexion originale sur la médecine et, notamment sur les maladies mentales, classées presque toujours comme maladies de la tête dans une interprétation essentiellement somatique.

Finalement, à l'instar des médecins de l'Antiquité, ceux du Moyen Age se placent résolument du côté de la rationalité. Par ailleurs, « lorsqu'ils cherchent à comprendre les états psychologiques, en s'aidant au besoin de la philosophie, c'est pour mieux les intégrer à une représentation qui se veut essentiellement somatique ».

Même si les indications thérapeutiques sont rares, il n'en reste pas moins une indéniable volonté de prise en charge des maladies mentales par la médecine médiévale qui ne saurait assimiler folie et possession démoniaque. La folie des traités médicaux n'étant pas celle que supporte concrètement la société. « C'est l'opinion commune de la foule et de certains théologiens, que de dire des mélancoliques et des maniaques qu'ils ont le diable dans le corps, ce que souvent les malades croient eux-mêmes et proclament. Ceux qui se fient à ces idées vulgaires ne recherchent pas, pour le soin de leur maladie, l'aide des médecins, mais celle des saints réputés avoir reçu de Dieu le pouvoir de chasser les démons » [8]

Par ailleurs, la famille du « fou » en était responsable moralement et juridiquement. Ainsi les « fous » sont pris en charge tant par charité que par sécurité. Les « fous furieux », quant à eux, doivent être mis en prison ou incarcérés dans des donjons afin qu'ils ne nuisent pas à autrui. Les hôpitaux commençaient aussi à leur réserver des salles spéciales.

Finalement, au Haut Moyen-Age et au début du Moyen-Age Classique, la « folie » était plutôt acceptée. Car malgré l'ambivalence qui opposait la pensée médicale des médecins à la pensée religieuse, les « fous » étaient pris en charge dans une optique d'assistance au sein de la famille même ou dans des lieux créés pour cet effet.

Cependant, le Bas Moyen-Age, lui, condamne « la folie » et la persécute en la rangeant définitivement du côté du démon, du péché, et de la sorcellerie. En effet, les personnes atteintes de troubles mentaux sont souvent conduites à

l'Inquisition médiévale, ce tribunal ecclésiastique d'exception chargé de lutter contre les hérésies, puis aux bûchers. Ces pratiques résisteront jusqu'au XVIème siècle.

2. La Renaissance :

Prolongation du Moyen-Âge pour la médecine, la Renaissance est cependant l'époque des guerres et de l'urbanisation, à l'origine de la misère, de la mendicité et du vagabondage qui vont marquer l'époque moderne.

Néanmoins, quelques acteurs humanistes dont Juan Luis VIVES (1492-1540) et Jean WIER (1515- 1588) tenteront de lutter contre l'obscurantisme qui règne pendant la Renaissance.

Juan Luis Vives, dans son traité *De subventione pauperum*, interdit la mendicité et se prononce en faveur de l'internement des malades mentaux.

Jean Wier, publia en 1563 son œuvre principale, *De praestigiis daemonum* (Des illusions des démons), puis d'autres traités de pharmacologie, de psychiatrie et de médecine. Wier y fait la distinction entre les « magiciens infâmes », réellement coupables de crimes diaboliques, et les « sorcières », qui sont elles la proie d'illusions malades, qui pour lui sont le résultat d'un « dérèglement des humeurs qui infecte le siège de l'esprit ». Il s'insurge ainsi contre la pratique du bûcher des « fous » et réclamera la tolérance et un statut médical pour eux. [9]

La Renaissance connaît aussi Saint Jean-de-Dieu (1495-1550), un saint dont le comportement fût considéré un moment comme celui d'un « fou » et qui va se voir incarcérer dans une maison de « fous » où il apprendra à s'occuper et à servir les malades. Sorti de son Asile, il fondera son premier hôpital (à

Grenade en 1537) et posera les fondements, avec ses disciples, d'un ordre hospitalier, connu aujourd'hui comme l'Ordre des hospitaliers de Saint-Jean-de-Dieu.

Toutefois, la Renaissance reste une période très marquée par l'Inquisition et nombreux sont les « fous » qui périrent encore dans le feu.

3. La « folie » à l'âge classique:

L'époque moderne, qui s'étend de 1492 à 1789, a connu nombreuses guerres, misères, urbanisation qui ont accablé les hommes de chômage, de souffrance, de famine, de maladies...

Les indigents se sont multipliés dans toute l'Europe et une population errante grandissante est alors née.

Michel FOUCAULT, dans son ouvrage *Histoire de la folie à l'âge classique*, propose la thèse du renfermement des « fous » et voit dans la fondation en 1656 de l'Hôpital Général de Paris l'acte premier de ce grand renferment.

Le grand renferment, ordonné par Louis XIV, consiste en la création de vastes maisons d'internements et la réaffectation des anciennes léproseries vidées depuis la Renaissance, pour accueillir les hommes et les femmes présentant des troubles persistants du comportement social, quel qu'en fut la nature ; et l'hôpital général de Paris est le rassemblement des établissements : la Pitié, Bicêtre, la Salpêtrière.

Néanmoins, les « fous » ne sont que très minoritaires dans cet enfermement progressif ; les mendiants, les libertins, les galeux, les prostituées, les vénériens, les enfants trouvés vont y être enfermés de plus en plus souvent.

Les idées de l'époque ne s'orientant pas vers la charité mais l'enfermement des pauvres, les grandes villes se dotent d'hôpitaux où l'accueil charitable le dispute mal à la mise au travail des mendiants valides et à la répression des déviants, les « fous » seront également concernés. Cette mesure conduira à un engorgement des structures avec des sujets invalides, et non de ces mendiants valides que l'on voulait enfermer et faire travailler. Ils ne contiendront jamais qu'une petite proportion d' « insensés » (moins de 10%).

La "lettre de cachet" va faire son entrée à cette période avant d'être abolie par la Révolution française. Acte souverain, elle est destinée à ordonner l'internement et fait suite à une procédure administrative de demande écrite de la famille suivie d'une enquête de l'intendance. Cette lettre de cachet témoigne de la liberté de la famille à juger du sort de ses membres.

L'échec qu'ont connu les hôpitaux généraux et les maisons de force amène à la création au XVIIIème siècle des dépôts de mendicité et l'enfermement prendra cette fois un caractère massif (230000 personnes entre 1768 et 1789). Les « insensés », encore minoritaires, sont toutefois les pensionnaires les plus stables.

« La folie » se trouve ainsi associée à la pauvreté, à l'improductivité et à l'exclusion. Mais cette période sera aussi témoin du mouvement philanthropique et le support pour le développement de la prise en charge des troubles mentaux.

Dans le mouvement philanthropique, quelques noms sont à retenir, dont Necker (1732-1804) qui va lancer la prise en charge de l'assistance par le gouvernement. Colombier et Doublet, en 1785, rédigent *leur Instruction sur la manière de gouverner les insensés et de travailler dans les asiles qui leur sont destinés* qui sera diffusée dans tout le royaume.

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

Cette instruction préfigure l'asile thérapeutique du XIXème siècle.

Joseph DAQUIN (1732 - 1815), en 1791, expose quant à lui, dans *La philosophie de la folie* les principes de l'attitude médicale qui va devenir le traitement moral : "Je veux enfin que le médecin vienne avec cette philosophie douce et consolante qui semble faire quelque chose sans agir et qui, sans vouloir d'abord considérer la maladie comme un ennemi, s'attache au contraire à le

caresser, pour ainsi dire, comme un ami et s'assurer si les forces vitales qui constituent précisément ce qu'on nomme la nature sont seules suffisantes avec quelques légers secours, pour détruire les causes qui paraissent vouloir éteindre le principe de la vie."

Ainsi au XVIIIème siècle, les traitements psychologiques apparaissent, les soins hospitaliers se développent et les démarches scientifiques se multiplient.

SYDENHAM (1624-1689) marque son désaccord avec la théorie "utérine", affirmant que l'homme aussi est susceptible d'hystérie. Il utilisera l'opium comme calmant.

CULLEN (1710-1790) crée en 1769 le terme "névrose" désignant un ensemble d'affections du sentiment et du mouvement, sans fièvre ni lésions décelables.

La psychothérapie est pratiquement entrée dans sa phase expérimentale sous le nom de magnétisme animal à la fin du XVIIIème avec MESMER.

MESMER (1734-1815) propagera ses théories sur l'existence d'un fluide universel; le magnétiseur, en provoquant des crises convulsives, effectue une redistribution harmonieuse du fluide d'où l'effet curatif. Deux commissions d'enquête créées par Louis XVI vont condamner le magnétisme animal en niant l'existence de tout fluide et le qualifieront de danger pour les mœurs.

Calmants, évacuants, diète, saignées, toniques, lavements, bains, sont les médications les plus courantes en plus d'autres traitements plus fantaisistes (les voyages pour les mélancoliques, fauteuil agité par une mécanique...)

Cependant le religieux assure à cette époque sa permanence, la sorcellerie et les bûchers sont toujours de mise. On y retrouve également une allégorie de « la folie » représentée par des fêtes des fous et des bouffons du roi où l'on retrouvait parfois d'authentiques malades mentaux.

4. Fin XVIIIe-XIXe s. : Les premiers aliénistes et naissance de la psychiatrie :

Dans le contexte de l'après-Révolution, est apparu un nouveau type de médecins qui consacreront son activité à la fondation, la direction et la réforme des asiles de « fous ». Les « fous » sont passés de « incensés » à « aliénés ». Ces derniers sortent des prisons pour les asiles d'aliénés, où le rôle du personnel se réduit cependant trop souvent à celui des gardiens. Le souhait des aliénistes est alors d'en faire de ces lieux, jusque-là connu pour leur fonction d'assistance et d'oppression, un lieu de guérison. Ils observeront régulièrement leurs malades et s'adonneront à des recherches d'anatomie cérébrale où ils pensent trouver le secret des maladies mentales. Nous retrouverons parmi eux :

- Philippe PINEL (1745- 1826) : médecin de la division des aliénés de Bicêtre, il bouleversera le regard sur les aliénés considérant qu'« il y a une part de raison à laquelle le traitement s'adresse » et préconisa le « traitement moral » (parler avec douceur, compatir avec le patient et lui redonner espoir) qui préfigure les psychothérapies modernes. Avec son surveillant Pussin, il ôtera les chaînes des aliénés, un geste emblématique pour certains, jugé historiquement mensonger par d'autres.

En 1801, son *Traité médicophilosophique de la maladie mentale ou la manie*, première nosographie de la maladie mentale, aura un retentissement considérable non seulement chez les médecins mais aussi chez les philosophes.

A travers sa description clinique et l'institution d'une pratique thérapeutique de la maladie mentale, il apportera un regard nouveau sur la « folie ». En effet, le « fou » n'est plus un "insensé", sa raison n'étant jamais totalement perdue, la communication avec lui reste possible.

Par ailleurs, Pinel montrera l'importance des relations avec l'entourage familial, le milieu et les autres malades dans le déclenchement, la persistance et l'aggravation de la maladie mentale.

- Jean-Etienne ESQUIROL (1772 - 1840) : dès 1801, il travailla avec Pinel à la Salpêtrière. En 1805, il écrivit : *Les Passions considérées comme causes, symptômes et moyens curatifs de l'aliénation mentale* .

En 1807, il entreprend le tour de France des lieux de renfermement des aliénés (asiles, hospices et prisons), suite auquel, il écrit, en 1819, son célèbre rapport au Ministre de l'Intérieur *Asiles, des établissements consacrés aux aliénés en France et des moyens de les améliorer*.

Puis en 1820, succédant à son maître, Pinel, il devint médecin chef de la Salpêtrière, et comme lui, il est défenseur du traitement moral et considère l'asile comme "un instrument de guérison". Comme lui, il voit à la « folie » des causes à la fois physique et morale, et ramène les maladies mentales à quatre groupes principaux : la démence, l'idiotie, la manie et les monomanies.

Il inspira la loi française de 1838 qui stipule que chaque département doit avoir un établissement public spécialement destiné à recevoir et soigner les aliénés. Elle instaure également l'institution du placement volontaire (la demande de soins de la part d'un proche pour un malade qui en a besoin mais qui, du fait de sa pathologie, n'y consent pas) et du placement d'office (n'a pas de finalité thérapeutique : il est prescrit par le préfet, dans l'intérêt de l'ordre public ou de la sûreté des personnes, pour un sujet qui, du fait de sa pathologie, les compromet). [10] Cette réglementation psychiatrique restera en vigueur jusqu'à 1990.

- Johan Christian REIL (1759-1813), connu comme le Pinel allemand, invente en 1808, le terme de "psychiatrie" et la psychiatrie accède alors au rang de discipline médicale à part entière. Pour lui, les maladies mentales sont universelles et tout le monde peut en être atteint ; les asiles de « fous » doivent être remplacés par des hôpitaux psychiatrique ; la psychothérapie est une méthode thérapeutique équivalente à la chirurgie et à la pharmacothérapie pour les maladies somatiques ; la psychiatrie est une spécialité médicale à part entière (les philosophes et les psychologues ne devront pas être autorisés à la pratiquer, et seuls les meilleurs des médecins pourront devenir psychiatres); et la lutte contre le rejet des malades est nécessaire. Ces idées sont considérées comme révolutionnaires à son époque.

- Antoine Laurent BAYLE (1799 - 1858) soutient sa thèse en 1822 *Recherches sur les maladies mentales* dans laquelle il décrit un état de démence avec paralysie générale incomplète, thèse qui marque un temps essentiel dans l'histoire de la psychiatrie.

Le modèle anatomoclinique de Bayle devient idéal, et les aliénistes, pendant longtemps, vont chercher à l'appliquer à la pathologie mentale.

Dès lors, dans une perspective organiciste, la psychiatrie lie son sort à celui de la neurologie, à la poursuite des lésions du système nerveux.

- Jean-Martin CHARCOT (1825-1893), à travers ses études, sur l'aphasie notamment, invente le concept de lésion dynamique fonctionnelle puis se prononce en faveur de l'étiologie psychique des maladies mentales. Il inspirera, lors d'une de ses représentations sur le déroulement des crises hystériques, Sigmund FREUD, alors jeune médecin, qui sera à l'origine de la psychanalyse.

Le Maroc connaissait à cette époque un état de décadence profond. Les aliénés étaient enchaînés dans des institutions transformées en lieux d'emprisonnement en raison de la représentation de violence qui leur était associée. Les maladies mentales étaient mises sur le compte des croyances populaires du mauvais œil et des Jinns ; le « traitement » reposait alors sur des amulettes, des poussières de sanctuaires et des tableaux de sorcellerie. [11]

Au final, cette époque a connu les débuts totalitaires et coercives de la psychiatrie qui va soustraire l'« aliéné » à son milieu naturel pour le soumettre à un isolement thérapeutique où il sera l'objet de thérapeutiques expérimentales très diverses. Néanmoins, elle sera aussi témoin du développement de la conception scientifique.

En parallèle, la population nourrira fidèlement les anciennes représentations du « fou » et de la « folie » pour expliquer certaines réalités.

5. XXe siècle : La psychiatrie contemporaine:

Le développement des connaissances cliniques, l'amélioration de vie des malades et le dénuement thérapeutique, tels sont les caractéristiques de la psychiatrie à l'aube du XXème siècle. La psychiatrie, s'écartant du courant d'aliénation mentale, s'édifie au XXe siècle d'abord comme une science en développant la nosologie et la nosographie, tout en restant cousine de la neurologie, et s'approchant de la psychologie comme équivalent physiologique. Parallèlement se développe la psychothérapie qui, apparue avec le magnétisme animal de Mesmer, évoluera secondairement vers l'hypnose.

Les différents courants qui vont apparaître, comme la psychopathologie générale, le courant phénoménologique, le courant psychanalytique, le courant comportementaliste, le courant cognitiviste, le courant de la psychiatrie biologique et le courant socioculturel, contribueront à une approche plus humaniste du sujet atteint de trouble mental et une approche thérapeutique moins marquée par l'incurabilité.

5.1. D'avant la deuxième guerre mondiale :

- Henri EY (1900-1977), neurologue, psychiatre et dernier représentant de cette féconde période où les descriptions cliniques abondent, développe sa théorie de l'organodynamisme. Il explique comment le manque d'une fonction peut engendrer le développement excessif d'une autre jusqu'au saut dans le pathologique, tentant ainsi une synthèse des symptômes psychiatriques et des données neurophysiologiques.

Si au début du XXe siècle, les traitements utilisés reposaient sur le bromure de potassium, la valériane, l'opium, la morphine, ou encore l'eau froide, la compression des ovaires, et la flagellation pour les traitements des crises, d'autres moyens ont vu le jour : l'impaludation, cure de SAKEL, choc convulsivant au Cardiazol, les électrochocs, et la psycho-chirurgie dont la lobotomie.

5.2. D'après la deuxième guerre mondiale :

Le souffle de liberté apporté par la deuxième guerre mondiale a constitué un véritable tournant dans la discipline psychiatrique. En effet celle-ci a été marquée, à cette époque, par le grand chambardement de ses institutions et la naissance de la psychopharmacologie d'une part, et son ouverture à d'autres sciences telles que les sciences humaines, les neurosciences... d'autre part.

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

En, 1945, Lucien BONNAFE, psychiatre, en soutenant le mouvement désaliéniste, réagit à la vision carcérale et asilaire de l'hospitalisation des personnes et condamne l'internement, cette "conduite primitive".

En 1949, Henri DUCHENE définit la nécessité de la continuité des soins dans laquelle l'hôpital n'a plus qu'une place réduite.

Cependant, en 1952, Georges DAUMEZON et Philippe KOECHLIN introduisent le terme de psychothérapie institutionnelle, formule ambiguë qui sera remplacée par celle de thérapeutique institutionnelle. L'hôpital est soutenu comme lieu thérapeutique essentiel, où les patients peuvent rejouer leurs conflits et investir le psychiatre.

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

En 1968, la neuropsychiatrie est séparée en Neurologie et Psychiatrie.

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

DIATKINE, dès 1974, avait rappelé qu'il faudra toujours des centres hospitaliers spécialisés. La question essentielle est de veiller à ce qui s'y passe.

En parallèle, la lobotomie, ayant connu son essor après la seconde guerre mondiale, a vu rapidement sa pratique déclinée depuis que des produits neuroactifs (**neuroleptiques**) plus efficaces et moins dangereux ont été découverts, discréditant ainsi la psychiatrie organiciste.

En effet, en 1952, la découverte de la chlorpromazine, dérivée du noyau phénothiazidique, fut une réelle révolution en matière de thérapeutique. Cette molécule, utilisée dans le cadre de l'anesthésie, a été reprise par Delay et Deniker qui mettront en évidence ses propriétés antipsychotiques. En 1957, les antidépresseurs naîtront à leur tour.

La psychopharmacologie moderne est née, changeant fondamentalement avec elle la condition de vie des personnes atteintes de troubles mentaux qui jusque-là évoluaient au gré de l'évolution naturelle des troubles, et une resocialisation devient alors possible.

Paradoxalement, la désinstitutionnalisation des malades psychiques et l'accroissement de l'intérêt pour une psychiatrie communautaire paraissent avoir contribué au renforcement des attitudes de stigmatisation et de discrimination. Et pour cause le contact avec ces malades est devenu plus fréquent. Les maladies mentales sont alors représentées comme « honteuses », et les personnes vivant avec des troubles mentaux comme des personnes « indignes », « dangereuses », « sales », « imprévisibles ». [12]

5.3. Au Maroc :

En raison de l'état de décadence profond dans lequel se trouvait le Maroc à la fin du XIXème siècle et au début du XXème siècle, la prise en charge moderne des maladies psychiatriques était inexistante.

Salomon Lwolff et Paul Sérieux, deux psychiatres en mission exploratrice au Maroc à cette époque, rapportent que les aliénés inoffensifs erraient dans la

rue nus, incuriques, délirants et pouvaient soit susciter le respect dans le cadre des délires mystiques soit entraîner une agressivité de la population.

La quasi-totalité des villes possédait leurs asiles où se réfugiaient, en plus des malades, mendiants et infirmes. Le jour, les pensionnaires tendaient la main devant ces asiles ou demandaient l'aumône en ville. Le soir, ils étaient enfermés à l'intérieur de ces endroits décrits comme malpropres. Dans certains de ces asiles, on mettait aux aliénés un lourd collier en fer nuit et jour.

Par ailleurs, Il n'y avait aucune prise en charge des patients. [13]

6. Au XXI^e siècle :

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

Elle fait désormais appel à des systèmes nosographiques validés par des études internationales, notamment le manuel Diagnostique et Statistique des troubles Mentaux (DSM) qui a été publié par l'APA (Association Américaine de Psychiatrie) ou encore la Classification Internationale des Maladies de l'Organisation Mondiale de la Santé.

Ces dernières années, son développement a été marqué par la domination croissante des approches biogénétiques. Ce processus est favorisé, en particulier, par les progrès de la recherche génétique et les avancées des techniques d'imagerie. La psychiatrie se présente de plus en plus comme une forme de neuroscience clinique.

Avec la propagation des concepts biogénétiques des maladies, on pourrait s'attendre à une diminution de la stigmatisation des maladies psychiques. L'idée sous-jacente est que, lorsqu'un trouble psychique est compris comme l'expression d'une maladie somatique, les malades ne seraient plus rendus responsables de sa survenue et, par conséquent, seraient mieux acceptés par leur entourage.

Les troubles psychiques sont désormais plus souvent considérés comme des maladies au sens médical du terme, et les causes sont plus souvent attribuées à des facteurs biogénétiques. Pour leurs traitements, des méthodes recommandées par la psychiatrie sont considérées plus souvent comme utiles. C'est particulièrement vrai pour les médicaments psychotropes qui étaient, auparavant, l'objet de rejet. Cette évolution est accompagnée d'une plus grande volonté de recourir à une aide professionnelle, particulièrement de psychiatres et de psychothérapeutes.

Paradoxalement, l'évolution de la représentation des malades psychiques contraste sensiblement avec tout cela. Des études en population générale, menées au cours des deux dernières décennies dans divers pays européens (Allemagne, Autriche, Pays-Bas, Pologne, Suède, Grande-Bretagne) ainsi qu'aux États-Unis, en viennent à la conclusion unanime que la représentation des malades psychiques n'a pas beaucoup changé, ou seulement de façon négative.

Cela s'applique aussi bien aux réactions émotionnelles envers les malades psychiques qu'à l'idée qu'ils incarnent un danger pour la société et au souhait d'établir avec eux une distance sociale. [14]

En effet, les personnes atteintes de maladies mentales figurent parmi les plus stigmatisées de tous. Beaucoup d'études rapportent que la stigmatisation de la maladie est de plus longue durée et à l'origine d'une invalidité supérieure à celle de la maladie seule. [15]

Ainsi, l'archétype du « fou » pourrait représenter le paradigme même du processus de la stigmatisation. Toute « l'Histoire de la Folie », depuis le Moyen-Age, pourrait être décrite comme une tentative d'échapper à cette représentation stigmatisante, par glissements de sens, changements de concepts et même d'appellations. Du possédé par les démons à l'usager des services de santé mentale, en passant par l'aliéné et le malade mental, l'histoire apparaît comme un processus de désacralisation de la « folie », pour tenter de la faire disparaître, en la médicalisant, au profit de la notion de « maladie mentale ». [16]

Cependant les résultats de l'enquête internationale « La santé mentale en population générale : images et réalités », réalisée dans 18 pays dont le Maroc, montre l'échec de la médicalisation de la folie à réduire la stigmatisation, le noyau dur des représentations sociales associant folie et danger étant enraciné dans l'imaginaire collectif . Néanmoins, récemment, une tentative de banalisation de la folie par un nouveau glissement sémantique a été remarqué. L'archétype « déprimé » a ainsi pris place à côté des archétypes « malade mental » et « fou » pour considérer d'une manière positive les personnes qui jusqu'à présent faisaient peur, car renvoyaient à l'archétype du « fou dangereux ».

Cette enquête décrit les représentations sociales associées aux étiquettes « fou », « malade mental » et « dépressif » :

Fou/Malade mental	Dépressif
Ce sont les « autres »	Ce peut être « moi »
Considéré comme : -Non responsable de son état et de ses actes -Pas conscient de son état. -Devant être soigné contre son gré. -Souffrant peu. -Exclu. -Non guérissable. -Danger pour les autres. -Violence, viol, meurtre.	Considéré comme : -Non responsable de son état mais responsable de ses actes. -Conscient de son état. -Ne devant pas être soigné contre son gré. -Souffrant. -Peu exclu. -Guérissable. -Danger pour soi. -Suicide.

On voit donc bien que les représentations ne sont pas homogènes en santé mentale et varient selon les étiquettes. Ainsi, deux grands groupes se dessinent : « fou » et « malade mental » d'un côté, « dépressif » de l'autre. Ces résultats éclairent sur le potentiel stigmatisant de ces étiquettes. Pour le groupe « fou /malade mental », on retrouve un ensemble de facteurs en faveur d'une stigmatisation importante, à l'inverse, l'étiquette « dépressif » semble moins exposée à la stigmatisation, plus tolérée. [17]

Au final, la stigmatisation et les discriminations envers des personnes souffrant de maladies mentales ont existé de tout temps. Elles apparaissent ancrées dans les habitudes sociales, peu susceptibles de changement et résistantes à l'information et à la sensibilisation. La ségrégation des malades psychiques semble être une constante à travers les siècles. [12]

II. APPROCHE PSYCHOSOCIALE DE LA STIGMATISATION :

La notion de stigmatisation apparaît comme une notion complexe, au carrefour de bon nombre de concepts aux origines pluridisciplinaires. En effet, les contributions de psychologues, de sociologues, d'anthropologues, de politologues, de géographes sociaux et autres chercheurs et théoriciens ont conduit à la multiplicité des définitions rendant difficile la formulation d'une définition unanime. Bien qu'il y ait des différences d'angle, néanmoins, celles-ci n'entrent pas en contradiction mais se complètent.

1. Origine et définitions :

De *stizzein* qui en grec ancien, veut dire *tatouer, marquer au fer rouge*, et qui renvoie à la marque physique d'identification que l'on imprimait au fer sur la peau des esclaves, des traîtres et des criminels de la Grèce Antique pour indiquer au reste de la société leur statut inférieur ou leur moindre valeur en tant que membres de cette société.

Du grec, le terme est passé au latin à *stigmata*, qui correspond à la marque déposée sur le corps d'une personne, afin que puisse être connu de tous l'opprobre de celui qui la porte.

Au temps du christianisme, le terme prendra deux sens différents : les marques corporelles qui apparaissaient chez certaines personnes rappelant le supplice du Christ (allusion également aux stigmates du Christ) ; et les signes corporels d'un désordre physique. [12]

Vers la fin du XIX^{ème} siècle, cette notion a infiltré le vocabulaire médical en désignant d'abord un état morbide peu apparent ensuite, les traces laissées par une maladie.

Le stigmaté est donc une marque visible et durable qui révèle une dégradation de la personne qui la porte, permettant ainsi à la société de reconnaître aisément cette personne. Il arrive aussi que cette marque persiste malgré la disparition de l'objet qui l'a provoquée (par exemple, les stigmates de la variole, qui désignent les cicatrices résiduelles d'une atteinte ancienne de cette maladie). [18]

Selon Erving Goffman, sociologue américain d'origine canadienne et spécialiste de la question, le stigmaté correspond à toute caractéristique propre à l'individu qui, si elle est connue, le discrédite aux yeux des autres ou le fait passer pour une personne d'un statut moindre.

Il distingue ainsi les dévalorisations corporelles, morales et « tribales » :

- Les stigmates corporels : handicaps physiques, les troubles de la vision, les défauts du visage ou du corps,...
- Les stigmates tenant à la personnalité et/ou au passé de l'individu : troubles du caractère, séjour passé dans un hôpital psychiatrique, alcoolisme..., dans certaines situations socio-historiques ce peut être le discrédit attaché à la femme divorcée, au chômeur, à l'homosexuel,...
- Les stigmates "tribaux" : correspondent à la race, à la religion ou à la nationalité et peuvent être transmis de génération en génération,... [19]

Actuellement, on peut définir la stigmatisation comme une marque de honte, de disgrâce, de désapprobation conduisant un individu à être évité et rejeté par les autres. [20]

C'est donc une attitude, un trait ou un trouble qui caractérise un individu comme étant différent des autres personnes avec qui il interagit de façon régulière, le plaçant ainsi dans une case à part. [21]

Ainsi, le terme s'emploie donc, actuellement, au sens littéral originel, mais s'applique plus à la disgrâce elle-même qu'à sa manifestation corporelle.

2. La stigmatisation et ses concepts sous-jacents :

La stigmatisation est une théorie sociologique selon laquelle un sujet reçoit de la société une "étiquette" aboutissant à ce que l'environnement attende de lui un type de comportement donné : pour soutenir sa cohésion interne, il est orienté vers un tel type de comportement, qui est par là-même renforcé et diminue sa liberté réelle dans une sorte de cercle vicieux. [22]

Il s'agit donc d'une notion qui s'inscrit dans un processus social complexe articulant plusieurs autres concepts tels que la représentation sociale, la déviance et la normalisation des comportements, l'étiquetage social, la discrimination et la vulnérabilité et les rapports de pouvoir.

Il convient ainsi de définir ces notions afin de saisir le fonctionnement de la stigmatisation.

Selon Goffmann, nom fortement associé au concept de stigmatisation tel qu'il est utilisé en sociologie actuellement, il y a stigmatisme lorsqu'il existe un désaccord particulier entre l'identité sociale virtuelle d'un individu (caractère attribué à l'individu en nous appuyant sur nos anticipations quant à ce stigmatisme, autrement dit ce qu'il devrait être) et son identité sociale réelle (liée aux attributs que l'individu possède réellement).

Le stigmatisme naît donc de la représentation sociale qu'on va s'en faire, et est lié à des stéréotypes. [19]

2.1. Représentations sociales :

Chaque groupe ou culture produit un ensemble de représentations sociales qui permettent à ses membres d'interpréter les événements qu'ils observent et de communiquer avec leurs semblables.

Tirant son origine de la sociologie durkheimienne, les représentations sociales ont depuis fait l'objet de plusieurs travaux de recherche dans différentes disciplines.

Déjà, en 1880, le sociologue français Emile Durkheim distinguait entre les représentations individuelles, propres à chaque individu, qui relèvent de la psychologie, et les représentations collectives.

Pour E. Durkheim, dans *Les formes élémentaires de la vie religieuse*, les individus seraient des créateurs de schémas de pensée transmise collectivement visant à expliquer la réalité qui les entoure. Un homme qui ne penserait donc pas par concepts ne serait pas un homme ; car, réduit aux seuls concepts individuels, il ne serait pas un être social. [23]

Cette notion a, depuis, été reprise par Serge Moscovici, sociopsychologue et historien, qui définit la représentation comme « un corpus organisé de connaissances et des activités psychiques grâce auxquelles les hommes rendent la réalité physique et sociale intelligible, s'insèrent dans un groupe ou un rapport quotidien d'échanges, libèrent les pouvoirs de leur imagination ». Mettant ainsi en évidence la fonction cognitive et indente des représentations sociales. [24]

Pour Willem Doise, « Les représentations sociales sont des principes générateurs de prises de position liées à des insertions spécifiques dans un ensemble de rapports sociaux et organisant les processus symboliques intervenant dans ces rapports », leur attribuant ainsi une responsabilité dans les prises de position, par l'orientation des conduites d'un ensemble social. [25]

Quant à Denise Jodelet, psychosociologue, les représentations sociales sont «une forme de connaissance, socialement élaborée et partagée, ayant une visée pratique et concourant à la construction d'une réalité commune à un ensemble social ». [26]

Pour Jean-Claude Abric, « la représentation fonctionne comme un système d'interprétation de la réalité qui régit les relations des individus à leur environnement physique et social, elle va déterminer leurs comportements et leurs pratiques. La représentation est un guide pour l'action, elle oriente les actions et les relations sociales. Elle est un système de pré-codage de la réalité car elle détermine un ensemble d'anticipations et d'attentes ». [27]

Dans ce même ouvrage, Abric va décrire la structure des représentations sociales en noyau central rigide et un système périphérique plus sensible au contexte immédiat, et leur attribuer des fonctions. Parmi lesquelles, nous retrouverons donc :

- La fonction de savoir : agissant comme « des grilles de décodage », les représentations sociales vont permettre d'expliquer et de comprendre la réalité.
- La fonction identitaire : les représentations sociales vont venir définir l'identité d'un individu, le situer dans son contexte social, et par là, sauvegarder la spécificité des groupes. Cette fonction joue un rôle essentiel dans le processus de comparaison sociale à l'origine de l'étiquetage social.
- La fonction d'orientation : elles guident les comportements et les pratiques (un comportement face à un objet va dépendre plus de la représentation que l'individu a de cet objet que de l'objet lui-même). Elles vont aussi venir définir ainsi ce qui est tolérable, licite, encouragé ou à l'inverse inacceptable, défendu, ou condamné dans un contexte social donné.

En somme, les représentations sociales se présentent comme des schémas cognitifs socialement élaborés et partagés, permettant ainsi à ses membres de penser, de se représenter leur monde, d'orienter et d'organiser les comportements, en prescrivant ou en interdisant des objets ou des pratiques.[28]

Ainsi, les représentations sociales se retrouvent au centre de l'acceptabilité des comportements qu'adoptent les individus dans un contexte social, et contribuent à la normalisation des comportements, ce qui constitue un processus incontournable de la régulation sociale.

Néanmoins, les représentations sociales, à travers la normalisation sociale des comportements qu'elles régissent, connaissent des limites, au-delà desquelles, le risque d'être stigmatisé s'accroît.

2.2. Etiquetage social et catégorisation :

En 1950 déjà, plusieurs théoriciens et chercheurs, en tentant de créer une problématisation de la déviance comme statut attribué par la société, ont développé la théorie de l'étiquetage social ou labelling theory.

Howard Becker, sociologue et connu comme véritable artisan de la théorie de l'étiquetage, considère, dans *Outsiders* (1963), la déviance comme une « création sociale ». Ainsi, " Le comportement déviant est ce que les gens étiquettent comme tel ; le déviant est celui à qui on a réussi à coller cette étiquette ". [29]

L'étiquetage peut donc renvoyer à un processus socialement construit consistant à attribuer à un individu ou à un groupe social une « étiquette » sur la base d'une caractéristique définie, et entraînant par la suite une assimilation dans une même catégorie toute personne présentant cette même caractéristique. Ainsi, les processus d'étiquetage et de catégorisation se trouvent liés l'un à l'autre.

Dans ce sens, Goffman, dans son ouvrage *Stigmate*, les usages sociaux des handicaps, rappelle que le fait d'attribuer un diagnostic, une « étiquette », entraîne naturellement un processus de catégorisation. [19]

En somme, par le biais de représentations sociales, nous établissons différentes catégories de personnes ou de groupes sociaux pour ordonner le monde où nous vivons et le figurer de manière simplifiée, écartant ainsi l'angoisse engendrée par la confusion. Ce processus de catégorisation repose sur la différence. Celle-ci pouvant être considérée de façon négative (et devenir stigmatisante), positive ou neutre. [30]

Par ailleurs, le fait d'étiqueter une personne ou un groupe ne se résume pas seulement à la déviance qu'il décrit, mais aussi à l'attribution d'un ensemble de caractéristiques qui sont socialement liées à cette déviance. Parfois, c'est la personne entière qui sera interprétée à la lumière de cette déviance. C'est tous les autres rôles sociaux de cette personne qui vont être suspendus, laissant ainsi la déviance au centre de toutes les pensées et donc le premier élément de définition de l'individu. [31]

2.3. Stéréotypes et préjugés :

Les stéréotypes, en psychologie sociale, sont définis comme « des théories implicites de personnalité que partage l'ensemble des membres d'un groupe à propos de l'ensemble des membres d'un autre groupe et du sien propre ». [32]

Ce sont, en effet, des croyances généralisées, parfois à l'excès, qui concernent les caractéristiques d'un groupe social, dans le but d'établir une différence sociale. Ce sont des produits hérités de la société, qui vont permettre aux

individus d'un groupe social de rendre la réalité qui les entoure moins complexe, de la structurer, et de ce fait mieux la comprendre. Bien que ces croyances, positives ou négatives, ont un rôle important dans la régulation et la cohérence sociales, elles peuvent être problématiques si erronées et résistantes au changement.

Si les stéréotypes ont une valeur de connaissance (même si ces connaissances sont simplificatrices et/ou déformantes de la réalité), les préjugés ont quant à eux une dimension affective.

Gergen et Jutras (1981) définissent le préjugé comme « une prédisposition à réagir défavorablement à l'encontre d'une personne sur la base de son appartenance à une classe ou à une catégorie [de personnes] ».

À la différence du stéréotype, dont le contenu peut être positif, le préjugé est globalement négatif en termes de valence, même s'il existe des exceptions. [33]

2.4. Discrimination :

Cette notion peut être définie comme une distinction injuste d'un groupe social donné, en raison d'un caractère particulier, afin de pouvoir leur appliquer un traitement spécifique le plus souvent à leur désavantage.

La discrimination désigne donc le fait de traiter différemment, moins bien ou mieux, une personne par rapport à une autre dans une situation comparable. Ainsi, c'est une restriction ou un élargissement des droits de cette personne par rapport aux autres, du fait d'un stigmat. [12]

Les Nations Unies, dans un Memorandum publié en 1949, déclare qu'«est discriminatoire tout comportement fondé sur la base de catégories naturelles ou sociales, catégories qui sont sans rapport ni avec les capacités ou mérites, ni avec la conduite de la personne ». [34]

Il est important de souligner que la discrimination revêt diverses formes, dont :

- La discrimination individuelle : l'attitude et le comportement direct du stigmatisateur envers le stigmatisé.
- La discrimination structurelle : plus invisible, dans le sens où la personne stigmatisée ne va pas disposer du réseau de relations qui lui permettrait d'obtenir des avantages sociaux. L'entourage, les médias et autres professionnels impliqués se verront exercer ou subir des traitements différents qu'aux personnes non stigmatisées. [18]

3. Le concept de stigmatisation :

Selon Thornicroft, la stigmatisation est un terme global qui s'applique à plusieurs niveaux (individu, population, institutions), et qui comporte trois aspects majeurs : problèmes de connaissance (ignorance), d'attitude (préjudice), et de comportement (discrimination). [35]

3.1. Formes de stigmatisation :

Il existe différentes formes de stigmatisation, dont :

- La stigmatisation sociale : qui se situe au niveau de la population et qui entraîne des phénomènes importants : diminution de l'estime de soi des personnes qui en sont l'objet, répercussion sur leur intégration sociale...

- L'autostigmatisation : fait référence à la réaction d'un individu appartenant à un groupe stigmatisé qui retourne l'attitude stigmatisante contre lui-même. Elle se situe donc au niveau de l'individu et engendre des répercussions importantes dont le phénomène de discrimination anticipée (l'individu stigmatisé, pour soutenir sa cohésion interne, est orienté vers le comportement que son groupe social attend de lui). L'autostigmatisation va ainsi venir exacerber les effets négatifs de la stigmatisation sociale.

- La stigmatisation structurelle : fait référence aux pratiques institutionnelles et aux barrières qui limitent la pleine participation sociale des personnes stigmatisées.

3.2. Stigmatisation sociale : Un mécanisme en cercle vicieux :

Selon Link et Phelan, la stigmatisation occure lorsque les concepts précédemment définis convergent dans une situation de pouvoir, à la manière d'un cercle vicieux.

Dans un premier temps, les individus d'une société donnée vont distinguer et étiquetter les différences humaines. Ces différences peuvent être banales, ignorées par la société (comme les préférences alimentaires), ou au contraire

pointées du doigt (préférences sexuelles par exemple). Selon le contexte historique et culturel de la société en question, les individus vont hiérarchiser ces différences et juger de leur importance sociale.

Une catégorisation des personnes présentant cette même différence va s'en suivre.

Le mécanisme de stéréotypage étant un processus automatique inconscient qui facilite l'efficacité cognitive du processus de catégorisation, des caractéristiques présélectionnées et indésirables se verront s'attribuer d'emblée à ces catégories sociales.

Ainsi, la deuxième composante du mécanisme de stigmatisation consiste à attribuer des défauts à la personne étiquetée, indépendamment des autres informations à disposition, à la stéréotyper.

Ici, Corrigan rebondit sur le fait qu'un individu connaisse les stéréotypes associés à un groupe particulier ne veut pas dire qu'il est d'accord avec ceux-ci. C'est surtout l'individu qui endosse les stéréotypes négatifs et qui aura donc des préjugés, qui présentera alors des réactions négatives face au groupe d'individus en question. [36]

Rappelons aussi que les problèmes de compréhension et l'ignorance contribuent fortement à la stigmatisation en facilitant la connection entre étiquettes et stéréotypes. [35]

Le lien entre l'étiquette et les stéréotypes qui lui sont attachés justifie que les personnes qui portent cette étiquette en deviennent fondamentalement différentes.

Cette distinction résultera sur la séparation entre « nous » (personnes ne partageant pas ces étiquettes) et « eux » (personnes étiquetées négativement). Cette séparation va constituer la troisième composante du mécanisme de la stigmatisation.

Dès lors, il devient facile d'attribuer toutes sortes de mauvaises caractéristiques à «eux», amenant à son extrême, à ce que toutes sortes de traitements négatifs de «eux» deviennent possibles.

D'où la perte de pouvoir social et la discrimination qui feront suite à cette distinction et constitueront les dernières composantes du mécanisme de stigmatisation.

En effet, le succès de l'étiquetage négatif et des stéréotypes abaisse la personne stigmatisée dans une hiérarchie de statut aux yeux de la personne stigmatisant. Cette réduction de pouvoir social va entraîner une cascade d'effets négatifs telle que la dévalorisation, le rejet et l'exclusion conduisant à des formes très concrètes d'inégalités dans le contexte des interactions sociales, devenant ainsi la base même de la discrimination. [37]

Il est important de mentionner que l'autostigmatisation et la peur d'être étiqueté viennent exacerber les conséquences négatives de la stigmatisation sociale. En effet, les individus qui se sont vus attribuer une image de déviants finissent par l'accepter et l'internaliser, voire même adopter un comportement conforme à l'image qui leur est accolée. [38] Ce qui a pour effet d'augmenter les perceptions négatives de la société face à ces individus à la manière d'un cercle vicieux.

D'après Goffman, « puisque l'individu stigmatisé vivant dans une société y acquiert inévitablement certains critères d'identité qu'il s'applique à lui-même même s'il échoue à s'y conformer, il ne peut qu'éprouver de l'ambivalence à l'égard de sa propre personne». [19]

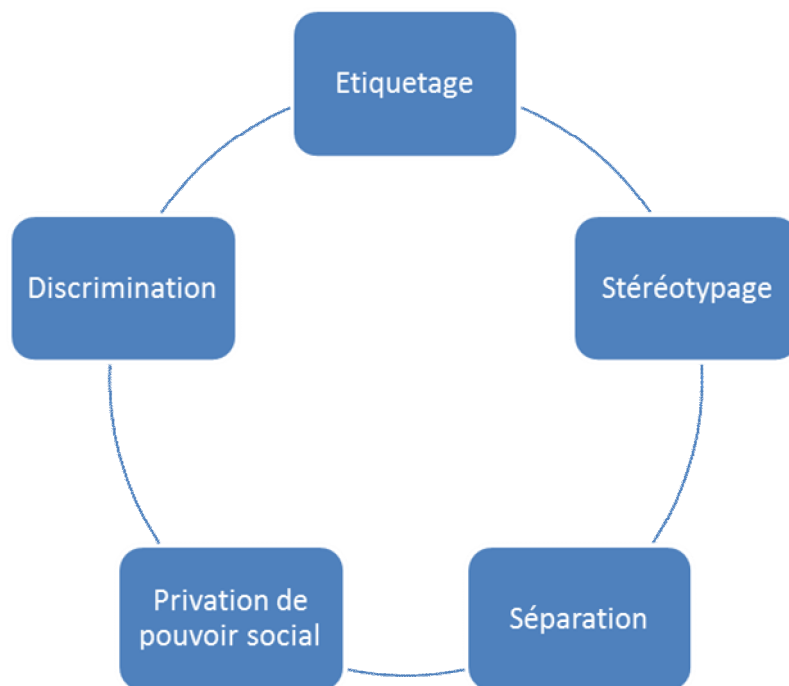


Fig. 1 : Processus de stigmatisation.

Le processus complexe qu'est la stigmatisation touche différents groupes de la population car toute qualité individuelle peut devenir stigmatée : la toxicomanie, l'obésité, l'handicap physique de toutes sortes, l'ethnie, la religion, l'orientation sexuelle...

La maladie mentale et tout ce qui lui incombe ne dérogent pas à la règle.

Les travaux sur la stigmatisation des maladies mentales sont nombreux et diversifiés, mais restent néanmoins insuffisants face à l'impact et les répercussions majeures que la stigmatisation engendre.

En effet, l'Organisation Mondiale de la Santé, lors de son assemblée générale en 2011, a classé la stigmatisation comme « l'obstacle le plus important à surmonter » en santé mentale.

D'autant plus que la stigmatisation des maladies mentales s'inscrit dans une histoire singulière qui remonte à l'Antiquité. Depuis, des représentations lourdes et péjoratives de la « folie » ont été construites et transmises d'époque en époque.

III. LE PSYCHIATRE ET SES REPRESENTATIONS :

Jean Oulès, dans son ouvrage intitulé *Le psychiatre dans la société* : l'évolution de son image et de sa fonction sociale, fait remarquer que l'« aspect du personnage tient à la matière première de son travail. Ainsi le chimiste est imaginé devant ses cornues dans un laboratoire, le pilote, dans un avion... Le psychiatre représente ce que l'on peut voir ou deviner des maladies qu'il traite ; il est donc identifié à cette « matière » ». [1]

Les psychiatres, longtemps appelés « aliénistes » puisque l'objet de leur discipline était les aliénés, sont eux aussi perçus comme d'étranges personnages.

Rappelons aussi que la stigmatisation a de nombreuses facettes (cf. 3.1. Formes de stigmatisation) et affecte non seulement la personne atteinte de maladie mentale, mais se répercute aussi sur la famille, les amis, les professionnels de santé mentale, les systèmes de soins relatifs à la santé mentale et la recherche en santé mentale. [39]

En effet, Sartorius, psychiatre mondialement connu pour ses recherches et ses ouvrages sur la stigmatisation et la santé mentale, décrit cette stigmatisation en 3 niveaux dont les interactions sont permanentes:

- L'individu atteint : va s'identifier en tant que malade, sur la base des signes de sa maladie, et va s'accompagner de préjugés négatifs, ce qui aboutit à une mise à l'écart du groupe social. Ce niveau rejoint la notion d'autostigmatisation (cf. 3. Le concept de stigmatisation).
- Son entourage proche : qui accueille ces événements avec un sentiment de honte et de culpabilité. Hatfield démontre d'ailleurs que les familles, dont un ou plusieurs membres sont usagers des services de santé mentale, ont rapporté une perturbation de leurs vies sociale et personnelle. En effet, en plus de la culpabilité, de sentiment d'impuissance et de l'anxiété, elles ont rapporté entre autres un état de

stress permanent au sein de la famille, une difficulté à contrôler les émotions dans les relations familiales et la survenue de fréquentes crises conjugales entre les parents et de rivalités entre frères et soeurs. Aussi, en raison d'un désir de secret, ces familles ont reporté une réduction de leurs interactions sociales. [40]

- Les institutions et services de soins aux malades : la stigmatisation des troubles psychiques aura un impact en termes d'investissements gouvernementaux. [41]

Plus impressionnant, la stigmatisation du malade psychique s'étend encore, au-delà de lui-même et de la famille, à tout ce qui lui est familier, à tout ce qui le concerne et l'entoure, en particulier les professionnels de la santé mentale.[12]

Effectivement, dans le monde entier, la psychiatrie n'est souvent pas reconnue comme une spécialité médicale à part entière, et ses praticiens sont souvent considérés comme des « charlatans » incapables de fournir une aide réelle à leurs patients. [42]

1. Le psychiatre vu par les médias et le grand public :

Parmi les nombreux acteurs qui contribuent, à des degrés divers et souvent de façon inconsciente, à la stigmatisation, les médias jouent un rôle majeur. Car il est à noter que, malgré la fréquence relativement élevée des maladies psychiques, le grand public ne les rencontre, le plus souvent, que dans les médias. [12]

Entre amplification dramatique et simplification médiatique, l'opinion publique nourrit, en effet, une grande partie de son imaginaire par ce que véhiculent les médias, et particulièrement les médias d'information dont les discours parfois simplificateurs s'avèrent ravageurs.

Michael Pietrus, directeur de l'initiative *Changer les mentalités*, lancée en 2009 au Canada par la Commission de la Santé Mentale du Canada pour réduire toute forme de stigmatisation, affirme que les médias influencent considérablement l'opinion publique et leur façon de décrire (...) joue un rôle déterminant dans la perpétuation des images négatives et des perceptions erronées qui contribuent à déformer l'information.

L'influence des médias n'est plus à démontrer et va en grandissant au fur et à mesure que les supports d'information se multiplient et deviennent quasi-omniprésents (Internet, télévision, smatphone...). [43]

Les psychiatres sont, comme les malades, souvent présentés par les médias comme « peu en prise avec la réalité », « énigmatiques », « peu cartésiens ». La presse écrite et la télévision insistent sur le manque de rigueur de leur approche, le caractère hermétique de leur discours et de leurs conclusions.

Dans les affaires judiciaires, par exemple, les médias soulignent régulièrement le peu de concordances des avis d'experts.

Le caricaturiste à son tour voit les psychiatres comme des individus « déjantés » qu'il figure volontiers avec un entonnoir sur la tête.

Dans la littérature, les psychiatres sont fréquemment représentés comme des personnages « machiavéliques », « perfides », « malfaisants », particulièrement intéressés par l'art de manipuler et d'influencer des personnes vulnérables. D'autres fois, leur présentation se fait sous l'angle du comique et du ridicule. [12]

Au cinéma, quatre images de représentations peuvent être dégagées; le psychiatre « répressif », « le pervers », « l'expert » ou « le thérapeute ». [44]

Le grand public se représente souvent les psychiatres comme étant « fous » eux-même pour prétendre à traiter la « folie », ou le deviendront (par contagion) à force de la traiter. Ils sont aussi représentés comme émotionnellement instables, mauvais, inefficaces, bizarres, dénués de compassion, obscurs ou encore excentriques. [45]

Le grand public et les médias témoignent cependant vis-à-vis des psychiatres d'une grande ambivalence. Effectivement, si leurs attitudes sont souvent critiquées et leurs prises de position contestées ou tournées en dérision, rares deviennent les émissions, les débats, les reportages qui omettent de recueillir l'avis d'un « psy ». On attend de ce dernier d'expliquer l'inexplicable, de faire comprendre l'incompréhensible, de donner des clefs, des solutions dans des situations les plus diverses. [12]

Cette ambivalence se voit aussi dans les représentations qu'ils se font des psychiatres. Car, effectivement, s'il est parfois suggéré qu'ils sont incapables de comprendre leurs patients et de les traiter, d'autres fois, les psychiatres sont « capables de lire dans les pensées », et les attentes autour de l'efficacité du traitement et de la guérison sont exagérées. [46]

Le grand public va aussi reconnaître aux psychiatres une utilisation abusive de psychotropes. [47]

Aussi, si l'on garde quelqu'un à l'hôpital psychiatrique, c'est jugé comme une décision arbitraire émanant d'un psychiatre répressif à l'égard des comportements non conformistes ; par contre, si l'on ne le garde pas, c'est un « psychiatre fou » qui méprise la sécurité de la société en redonnant sa liberté à un « fou ».

Enfin, l'image du psychiatre est également celle d'une profession dont les objectifs sont flous et les formations et compétences de ses professionnels mal comprises.

Ainsi, dans les croyances populaires, les psychiatres n'ont pas besoin de formation postdoctorale, ne sont pas médecins. Souvent, leur durée de formation est sous-estimée. [48]

Aussi d'autres études rapportent une distinction insuffisante entre psychiatres et psychologues en particulier, et d'autres professionnels de la santé mentale en général. Et le diminutif "psy" entretient d'ailleurs un flou considérable autour des rôles de chacune de ces professions. [49]

2. Le psychiatre vu par ses confrères :

Si les étudiants en médecine se représentent le psychiatre comme étant quelqu'un de confus, complexe, souvent bizarre, ou encore émotionnellement instable, ils s'accordent néanmoins pour souligner qu'ils ont une approche moins dogmatique que leurs confrères somaticiens, et sont plus « humains » que ces derniers, s'intéressant plus à la personne qu'à la maladie. Cependant la psychiatrie reste, pour eux, une discipline peu scientifique, floue et ayant un statut moindre comparée aux autres spécialités. [50]

Aux états-unis, considérée comme peu attirante sur le plan intellectuel et moins épanouissante sur le plan professionnel, la psychiatrie est considérée avec la médecine interne et la médecine générale comme l'une des trois spécialités les plus dénigrées. [51]

Les doutes sur l'efficacité des traitements disponibles, l'appréhension de la violence des patients, ainsi que le manque de défis intellectuels, l'aspect peu prestigieux de la spécialité et la mauvaise reconnaissance par les pairs figurent parmi les représentations qui font obstacle au choix de cette spécialité. [52][53]

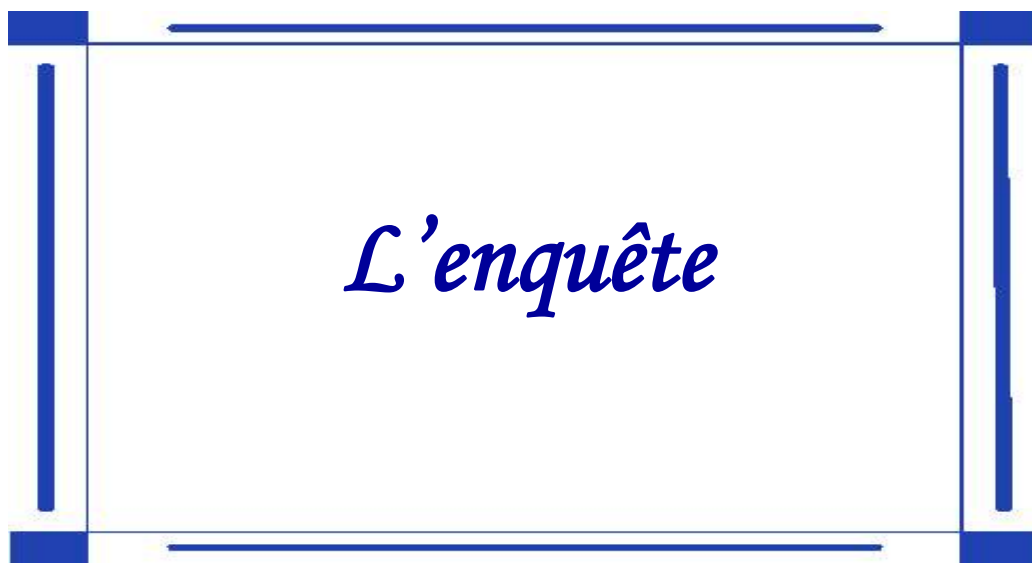
Les médecins somaticiens, quant à eux, voient les psychiatres comme innéficaces, incapables, et incompréhensibles et leur attribuent un statut moindre. [46]

Les psychiatres ne sont souvent pas considérés comme de « vrais médecins », et le fait qu'on ne leur adresse que peu ou pas de courriers médicaux en est une preuve tangible. [54]

Cependant, une autre étude récente montre que les psychiatres, pour leur collègues somaticiens, sont d'une réelle aide pour leurs patients et leurs traitements s'avèrent souvent efficaces. [55]

3. Le psychiatre vu par lui-même :

Les psychiatres se perçoivent eux-mêmes comme étant plus aptes à l'introspection, moins autoritaires, plus cultivés et plus matures que leurs collègues somaticiens. Ils affirment également, pour la majorité, qu'ils ne sont pas plus névrosés que leurs collègues somaticiens. [55]



I. MATERIELS ET METHODES :

1. Type d'étude :

Il s'agit d'une étude descriptive transversale qui a été réalisée au moyen d'un questionnaire auto-administré à Rabat et Kénitra, dans les secteurs privé et public/universitaire.

2. Echantillon et population étudiée :

Il s'agit d'un échantillon aléatoire composé d'étudiants en médecine, de praticiens généralistes et spécialistes des deux secteurs privé et public/universitaire exerçant à Rabat et Kénitra.

Cette étude a inclus des étudiants en 6^{ème} année de médecine, internes et faisant fonction d'internes de la faculté de médecine et de pharmacie de Rabat, des praticiens généralistes et spécialistes des deux secteurs privé et public/universitaire exerçant à Rabat et Kénitra, et des résidents du centre hospitalier universitaire de Rabat.

Sont exclus de cette étude les résidents en psychiatrie, ainsi que les praticiens spécialistes en psychiatrie.

3. Instrument et procédure d'enquête:

L'enquête a été réalisée au moyen d'un questionnaire auto-administré et anonyme, développé à partir de questionnaires d'études similaires consultés lors de la revue de littérature. Les différents stéréotypes et préjugés concernant la psychiatrie et le psychiatre qui figurent dans le questionnaire ont été mis en évidence par un sondage préliminaire.

Le questionnaire a été rédigé en français, utilisant un vocabulaire simple et compréhensible (Annexe).

Il contient 11 items faits de questions fermées et ouvertes, et divisé en deux rubriques portant respectivement sur les données sociodémographiques et sur les différentes perceptions et représentations.

La première rubrique a pour objectif le recueil de données concernant les caractéristiques personnelles et professionnelles des enquêtés à savoir le sexe, l'âge, le statut et les antécédents psychologiques/psychiatriques.

La deuxième rubrique a pour but la mise en évidence des préjugés concernant la psychiatrie et le psychiatre.

Le questionnaire a ensuite été diffusé, en juin-juillet 2016, à la population étudiée par deux moyens : déposé directement aux cabinets de praticiens sans présélection, et informatisé par Google Form et mis en ligne sur le groupe social virtuel « Alliance Médicale Marocaine » comprenant plus de 17000 membres de la communauté médicale marocaine.

Les enquêtés étaient invités à solliciter l'enquêteur pour des éclaircissements devant toute ambiguïté ou souci de compréhension.

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

4. Saisie de données et analyse statistique :

Les données de l'ensemble des réponses aux questionnaires physiques (imprimés sur papier) ont été informatisées dès leur réception et organisées avec les données des réponses aux questionnaires virtuels.

L'analyse statistique a été effectuée avec le logiciel Statistic Package For Social Science (SPSS) pour Windows.

Les variables quantitatives (âge) ont été exprimées en moyenne \pm écart type.

Les variables qualitatives ont été exprimées en effectif et pourcentage (%), et comparées par le test de Chi-Deux. Une différence n'est considérée comme statistiquement significative que lorsque le p value est strictement inférieur à 0,05 ($p < 0,05$).

II. RESULTATS :

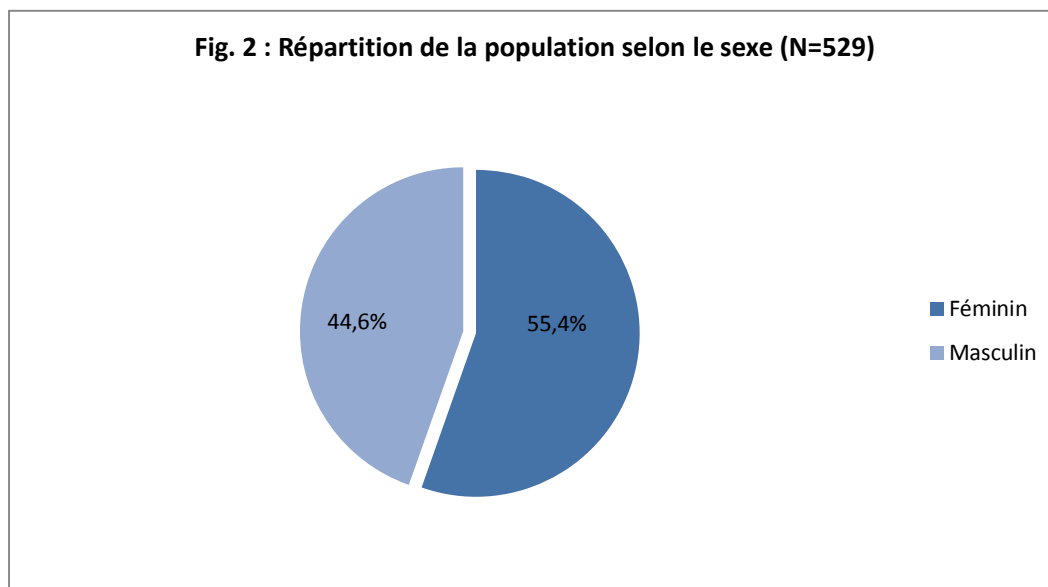
Au total, 529 personnes ont répondu au questionnaire (N=529).

1. Analyse descriptive :

1.1. Caractéristiques de la population étudiée :

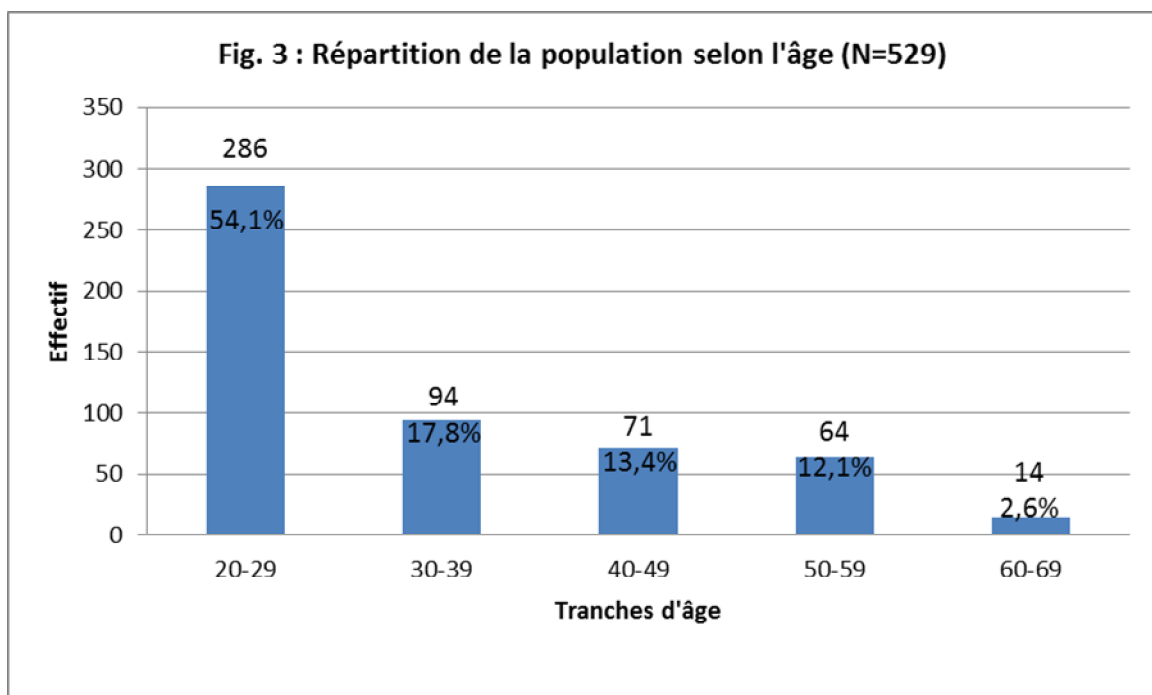
1.1.1. Le sexe :

Sur les 529 enquêtés, 293 sont de sexe féminin et 236 sont de sexe masculin, soit respectivement 55,4 % et 44,6% de la population étudiée.



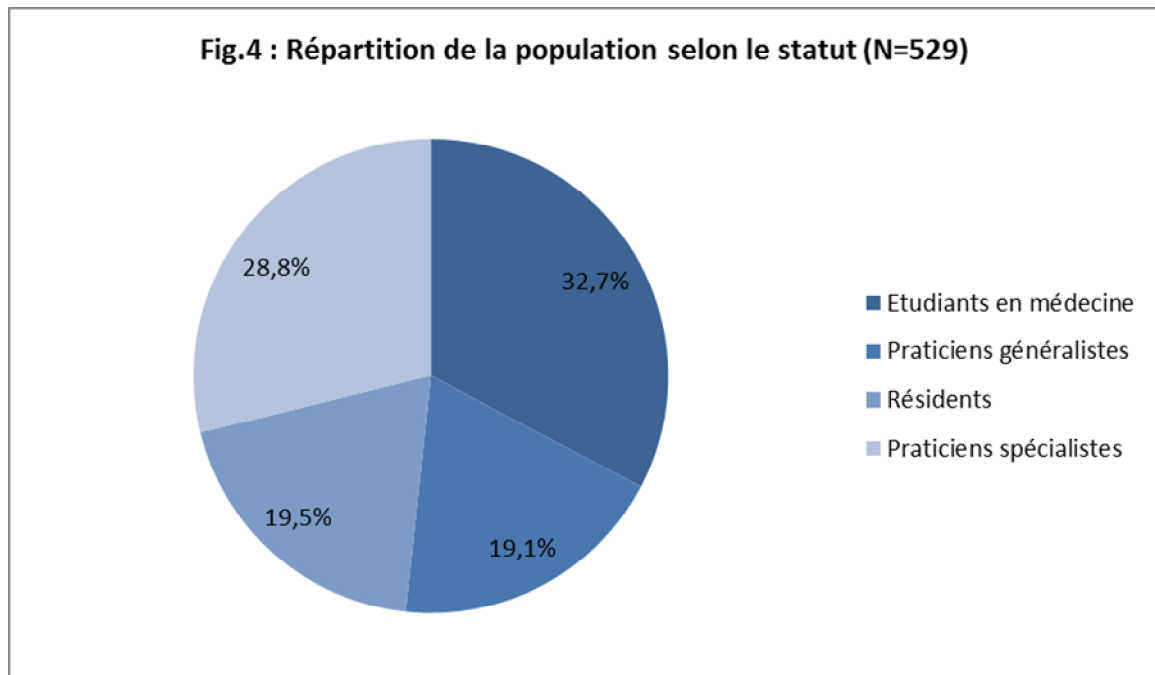
1.1.2. L'âge :

L'âge moyen des sujets interrogés est de 34,02 avec un écart type de 11,394 ans avec des extrêmes allant de 22 à 65 ans.



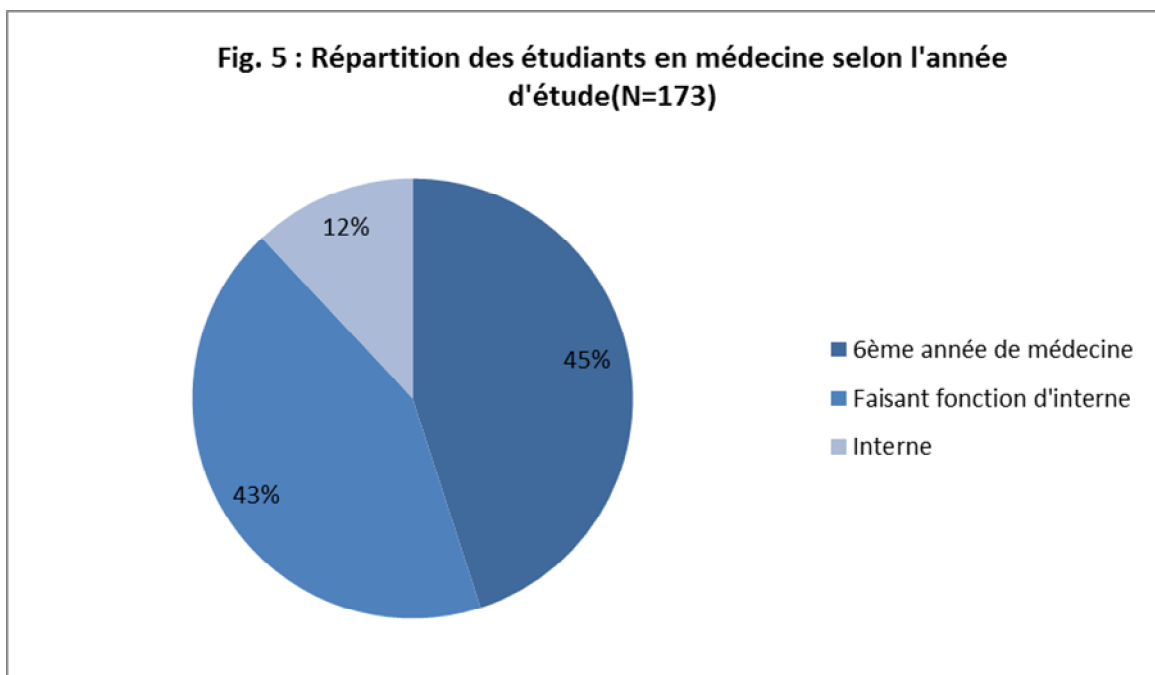
1.1.3. Le statut :

Sur les 529 enquêtés, 173 sont étudiants en médecine, 101 sont praticiens généralistes, 103 sont résidents et 152 sont praticiens spécialistes.



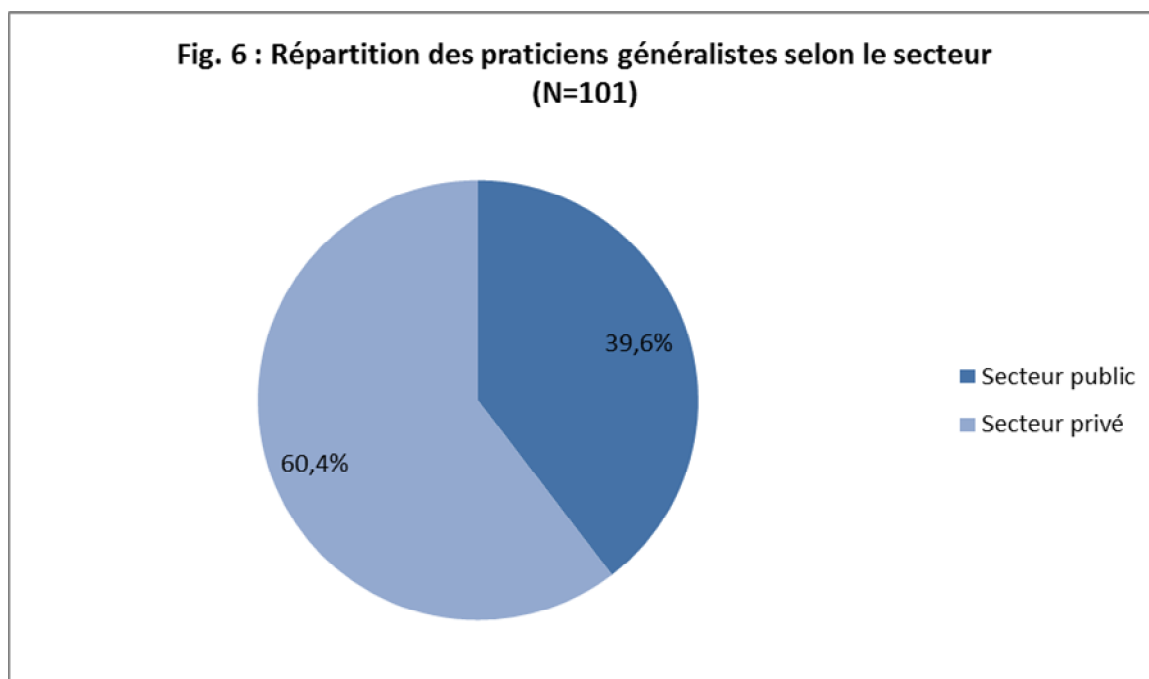
1.1.3.1. Etudiants en médecine :

Parmi les 173 étudiants en médecine qui ont rempli le formulaire, 78 sont étudiants en 6^{ème} année, 75 sont faisant fonction d'interne et 20 sont internes.



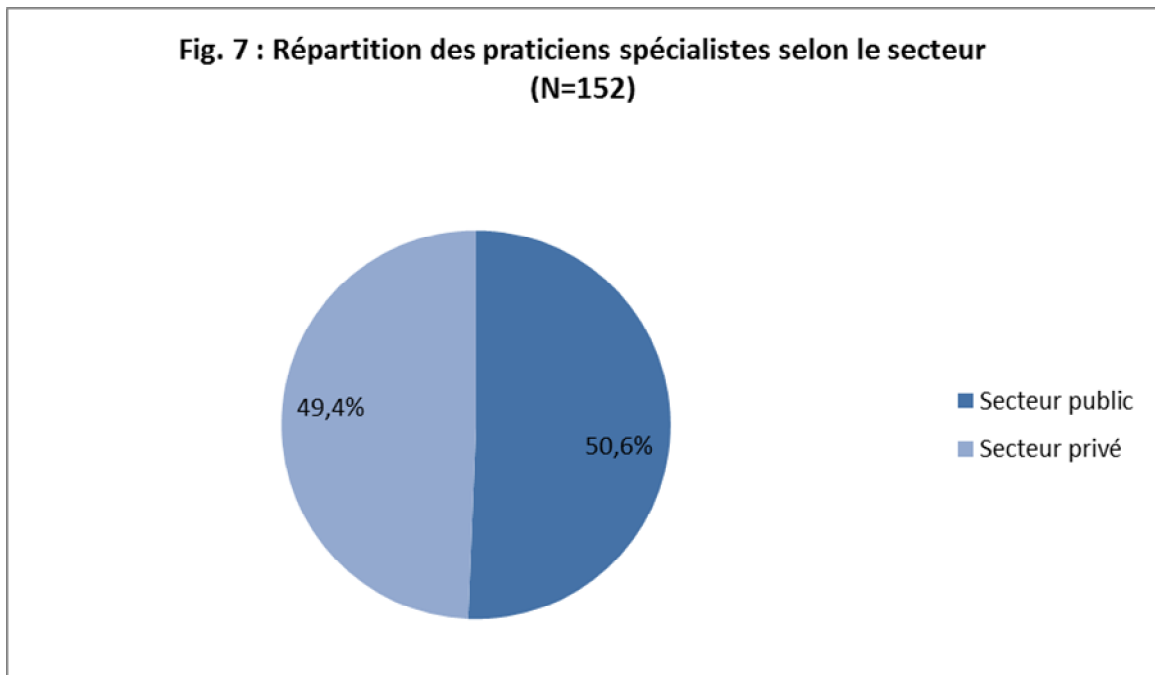
1.1.3.2. Praticiens généralistes :

61 des 101 praticiens généralistes ayant rempli le questionnaire travaillent dans le secteur privé , et 40 dans le secteur public.

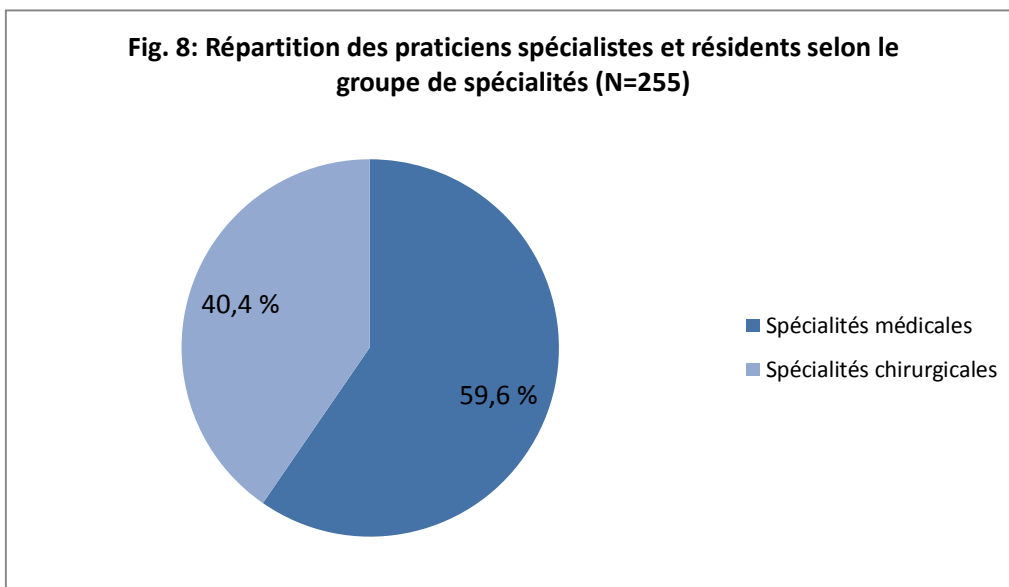


1.1.3.3. Praticiens spécialistes et résidents :

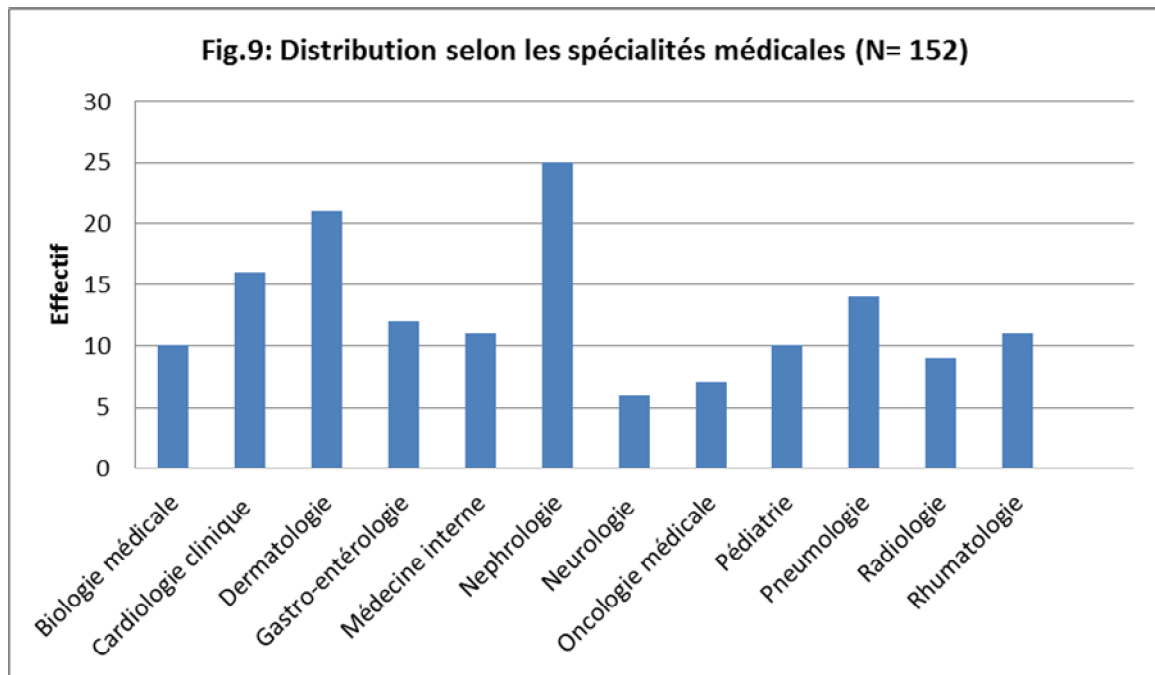
77 des 152 praticiens spécialistes ayant rempli le questionnaire travaillent dans le secteur privé , et 75 dans le secteur universitaire/public.



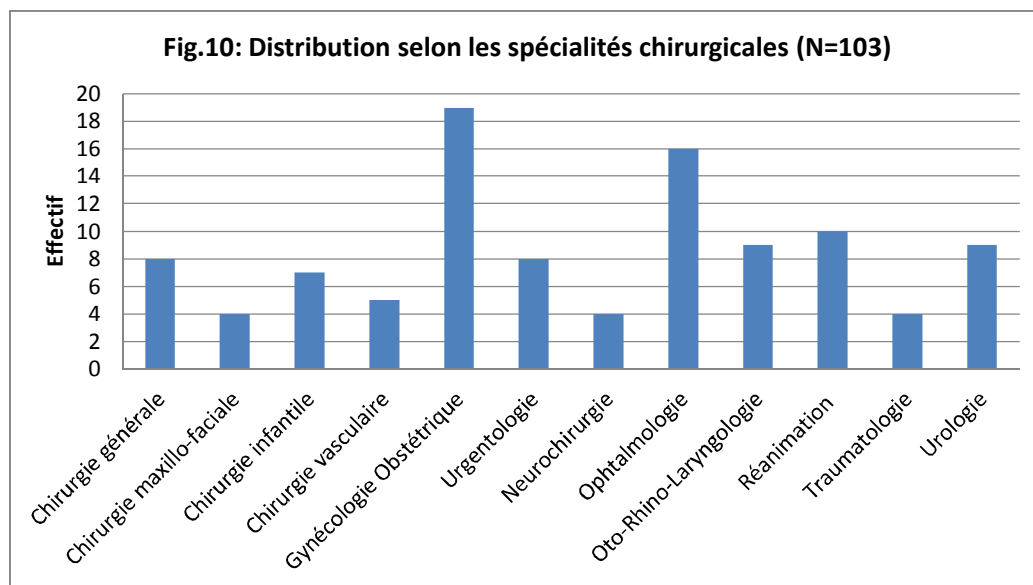
En ce qui concerne la spécialité, les 255 résidents et praticiens spécialistes qui ont rempli le questionnaire se répartissent entre 24 spécialités pouvant être divisées en 2 groupes : spécialités médicales et spécialités chirurgicales. Les effectifs de ces groupes sont respectivement 152 et 103.



Les spécialités médicales se répartissent comme suit :

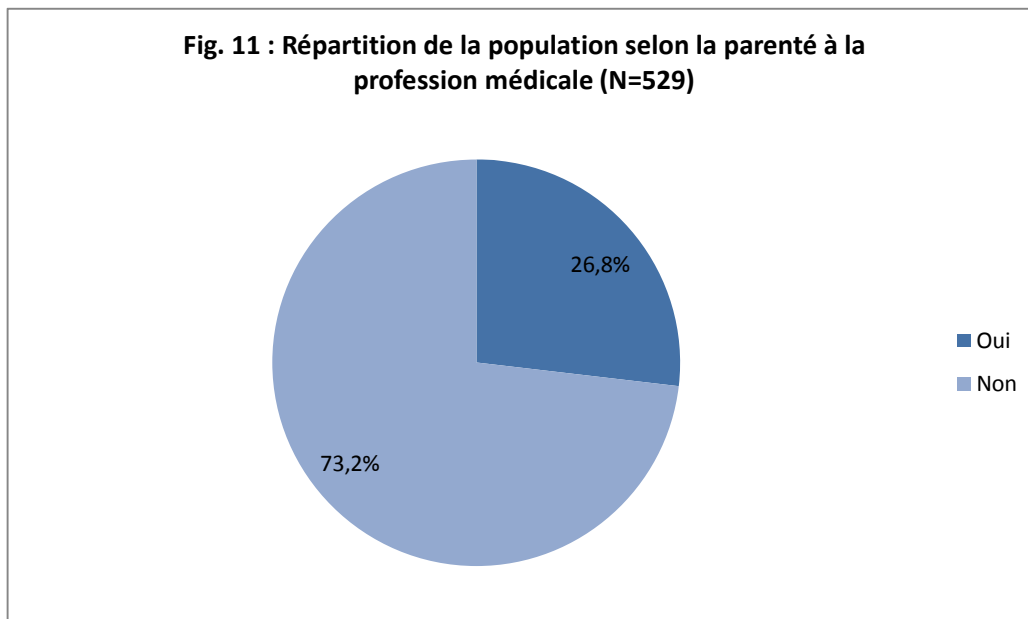


Les spécialités chirurgicales se répartissent comme suit :



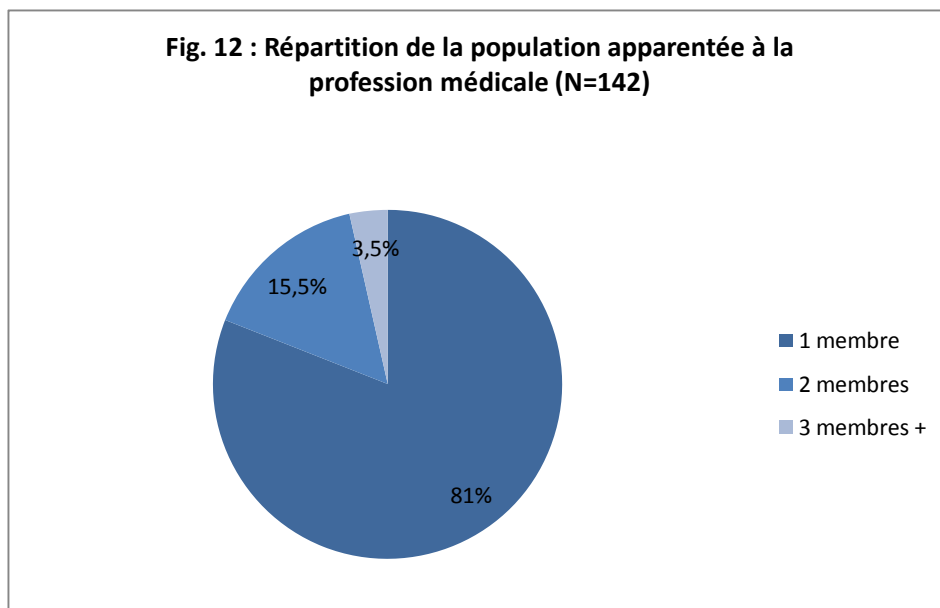
1.1.4. La parenté à la profession médicale:

A la question « Avez-vous un proche parent médecin ? », 142 des 529 enquêtés ont répondu « OUI », et 387 ont répondu « NON ».



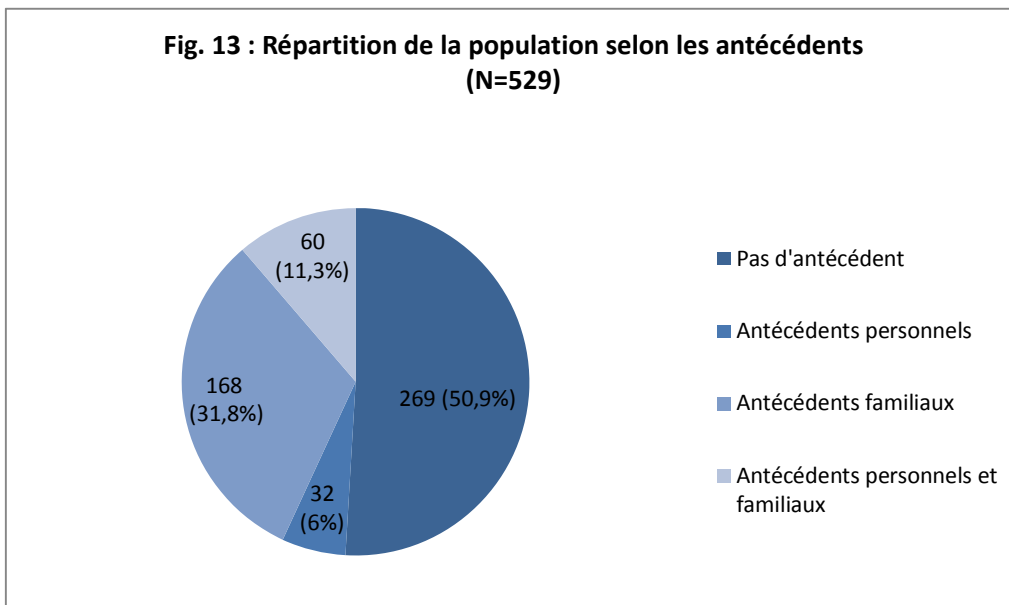
Les enquêtés qui ont une parenté avec la profession médicale se répartissent comme suit :

- 36 ont un père médecin soit 6,8% de la population étudiée.
- 6 ont une mère médecin soit 1,1% de la population étudiée.
- 10 ont deux parents médecins soit 1,9 % de la population étudiée.
- 73 ont un frère et/ou une soeur médecin soit 13,8% de la population étudiée.
- 12 ont un parent médecin en plus d'un frère et/ou une sœur, soit 2,3% de la population étudiée.
- 5 ont deux parents médecins en plus d'un frère et/ou une sœur, soit 0,9% de la population étudiée.



1.1.5. Les antécédents psychologiques/psychiatriques :

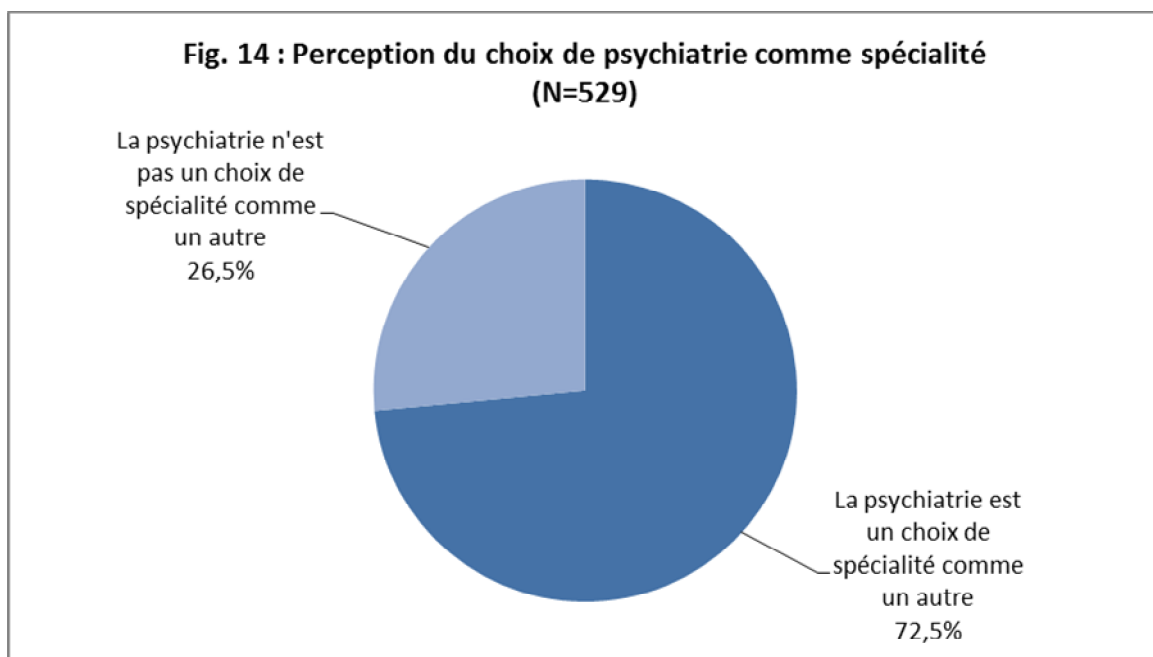
260 enquêtés affirment avoir connu des antécédents psychologiques/psychiatriques, soit 49,1% de la population étudiée. Ces antécédents sont d'ordre personnel et/ou familial.



1.2. Représentations et perceptions :

1.2.1. La psychiatrie comme choix de spécialité :

140 des 529 enquêtés ne considèrent pas la psychiatrie comme un choix de spécialité ordinaire.



1.2.2. Les critères de non-choix de la psychiatrie comme spécialité :

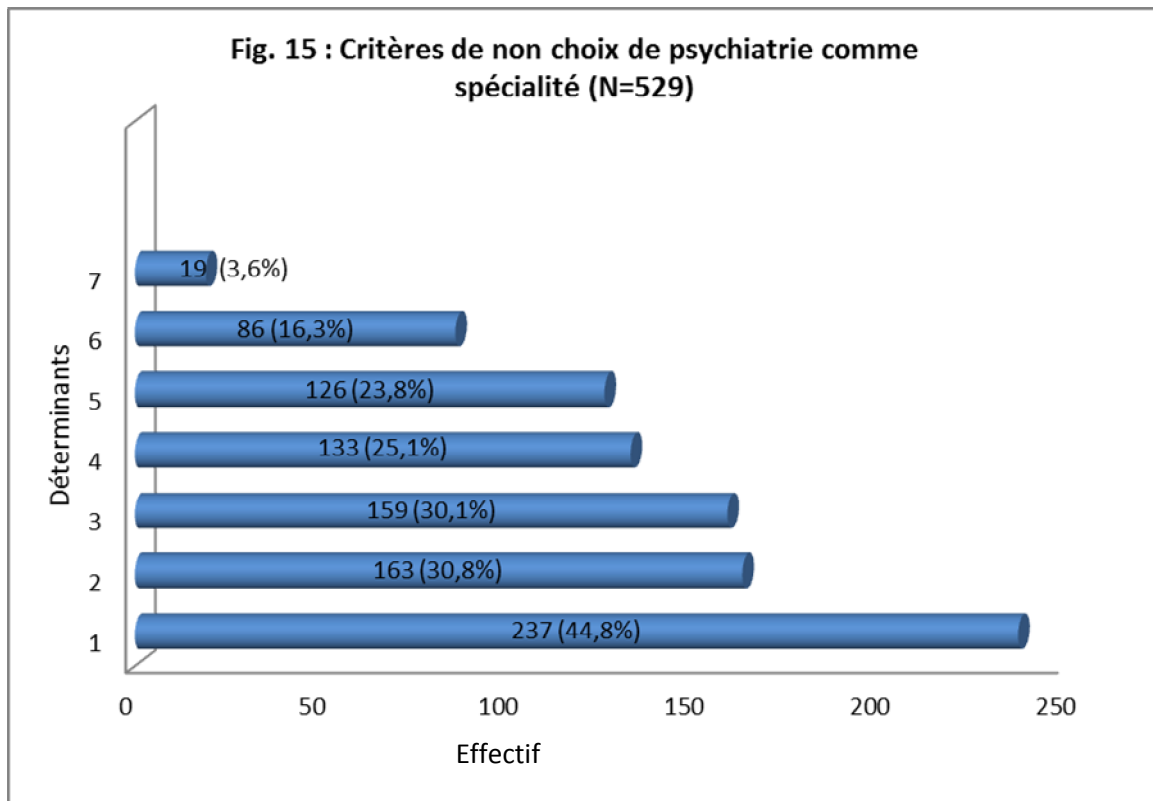
Près de 45% des enquêtés pensent que les éventuelles conséquences de la spécialité sur leur vie privée seraient une des raisons qui les empêcheraient de considérer la psychiatrie comme choix de spécialité.

Environ 30 % de la population étudiée considère que la lourde responsabilité que la psychiatrie implique et l'impression de ne rien pouvoir faire aux patients constituent une raison de non choix de la psychiatrie comme spécialité.

Les résultats révèlent également que près de 25% des enquêtés ne considèrent pas la psychiatrie comme choix de spécialité en raison de l'incompréhension des objectifs et des limites de la spécialité et de sa difficulté.

16,3% de la population étudiée renonceraient à la psychiatrie comme choix de spécialité à cause de la discrimination par l'entourage qu'elle engendrerait.

Le profil particulier que requiert la psychiatrie figure également parmi les déterminants qui empêcheraient les enquêtés d'envisager la psychiatrie comme spécialité.



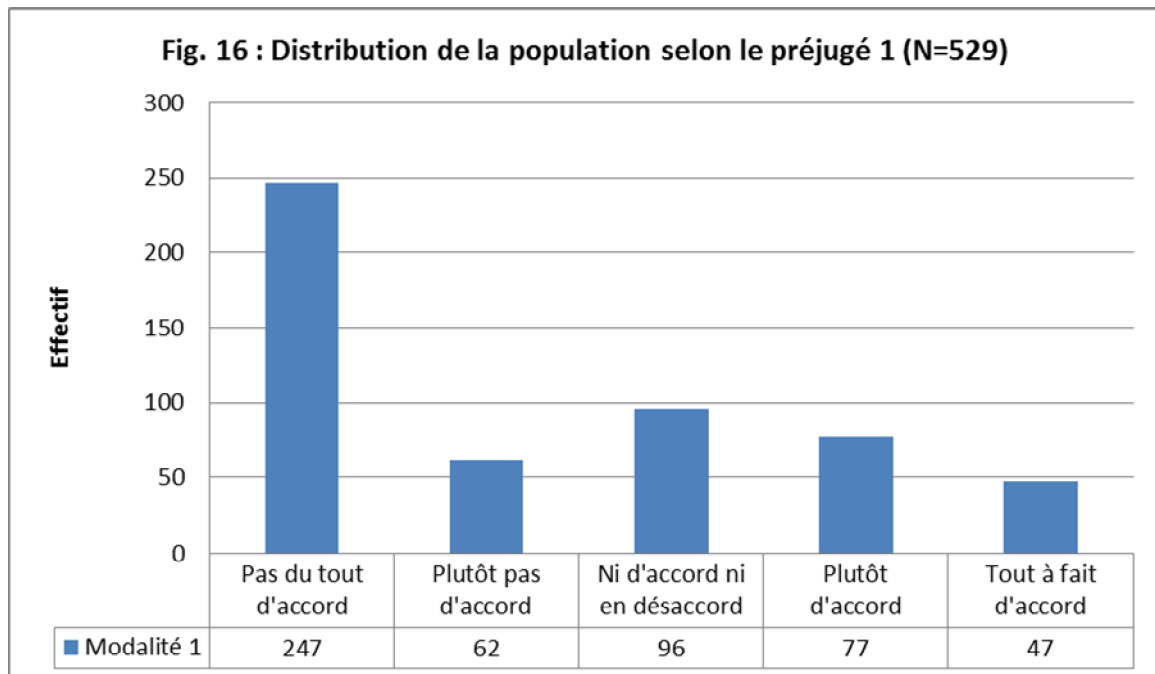
- (1) Les éventuelles conséquences de la spécialité sur la vie privée.
- (2) La lourde responsabilité que la spécialité implique.
- (3) L'impression de ne rien pouvoir faire aux patients.
- (4) L'incompréhension des objectifs et des limites de la spécialité.
- (5) La difficulté de la spécialité.
- (6) La discrimination par l'entourage que la spécialité impliquerait.
- (7) Le profil particulier que requiert la spécialité.

1.2.3. Représentations et perceptions du résident en psychiatrie :

Préjugé 1 : « Un résident en psychiatrie a raté le concours de résidanat ».

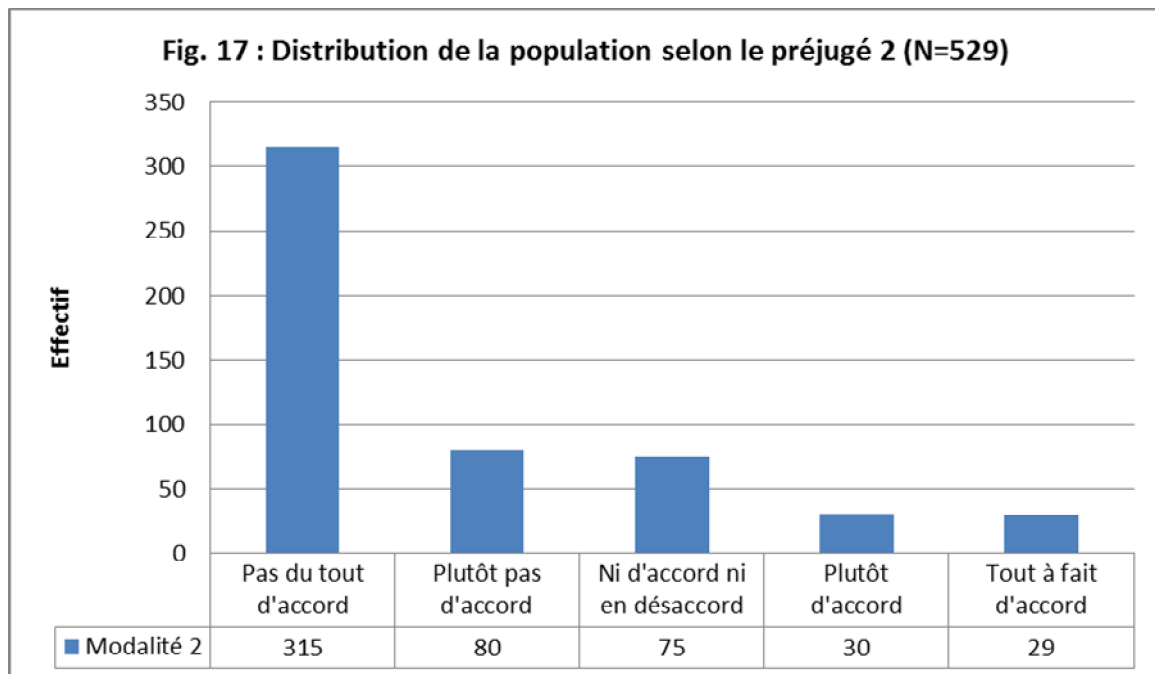
46,7 % de la population étudiée n'étaient pas du tout d'accord avec ce préjugé, tandis que 14,6% étaient plutôt d'accord avec celle-ci.

18,1% de cette population n'étaient cependant ni d'accord ni en désaccord avec ce préjugé.



Avec le préjugé 2 « Un résident en psychiatrie est sans ambition, et cherche la facilité », 59,5 % de la population étudiée étaient complètement en désaccord, contre 5,7% qui étaient plutôt d'accord.

Aussi, 14,2% des enquêtés ne pensent être ni en désaccord ni en accord avec ce préjugé.

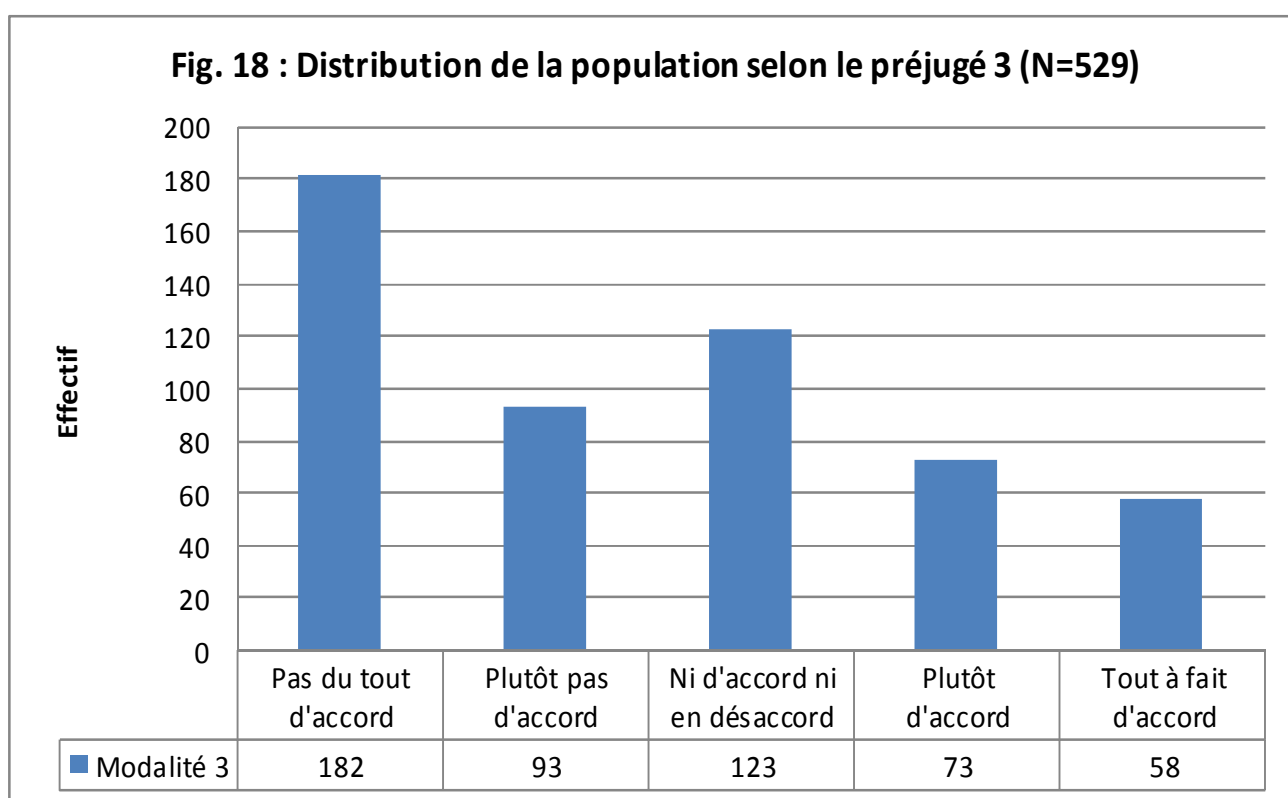


1.2.4. Représentations et perceptions du psychiatre :

11% de la population étudiée sont tout à fait d'accord avec le préjugé 3 qui stipule que « Le psychiatre ne guérit pas, il 'drogue' ses patients » et 13,8% de cette même population semblent être également d'accord avec ce préjugé.

Cependant, 34,4% et 17,6% des enquêtés sont respectivement pas du tout d'accord et plutôt pas d'accord avec ce même préjugé.

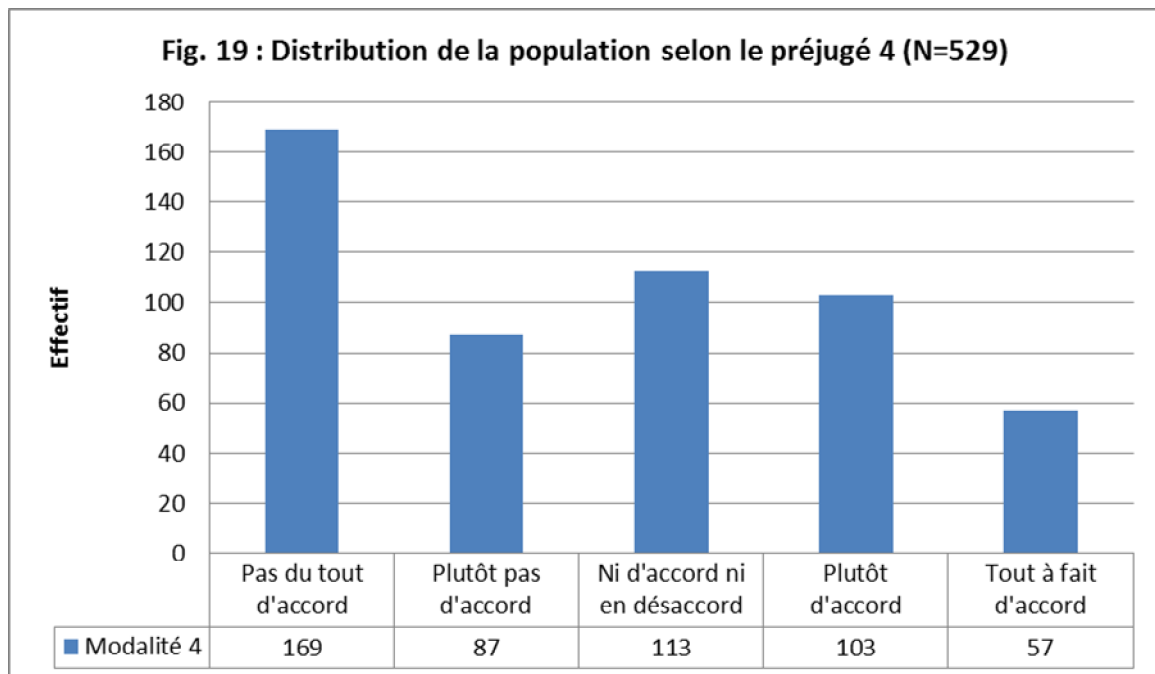
23,3% sont, quant à eux, neutre par rapport à ce préjugé.



19,5% des enquêtés pensent être plutôt d'accord avec le préjugé 4 qui affirme que « le psychiatre est souvent « bizarre » » et 10,8% semblent même être tout à fait d'accord.

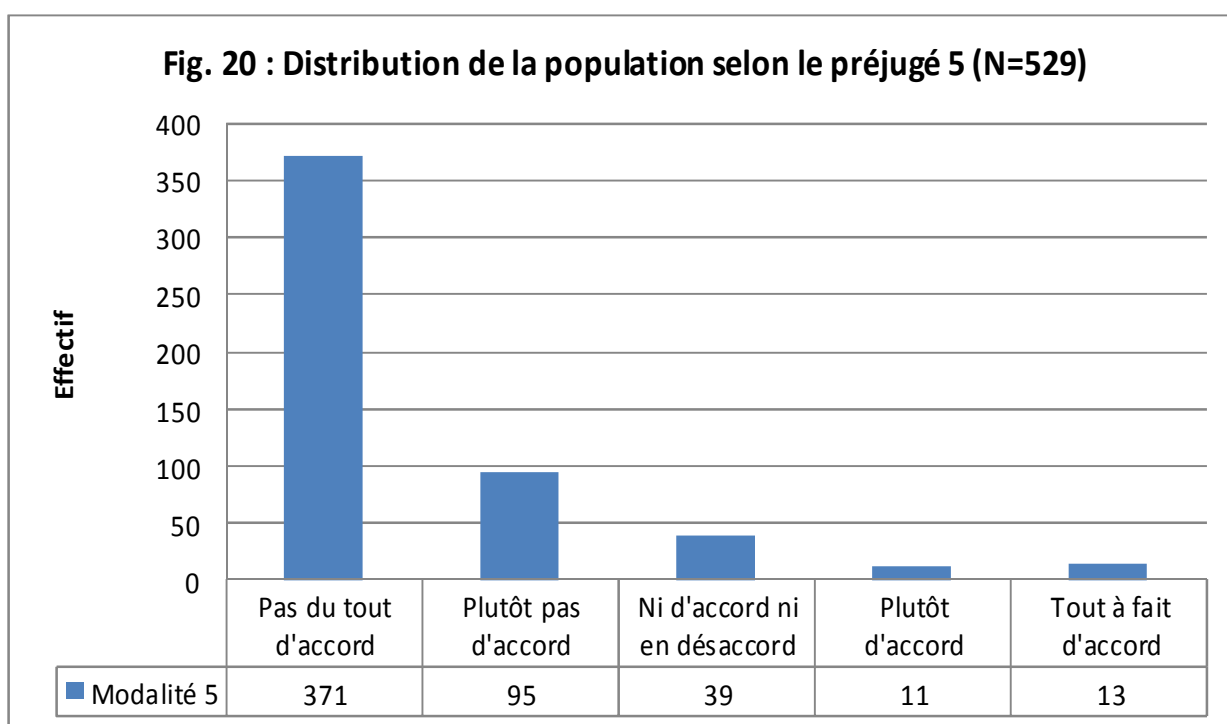
Par contre, 31,9% de la population étudiée n'est pas du tout d'accord avec ce préjugé.

21,4% ne sont ni en accord ni en désaccord.



70,1% et 18% des enquêtés ne sont respectivement pas du tout d'accord et plutôt pas d'accord avec le préjugé 5 qui stipule que « le psychiatre n'est plus médecin ».

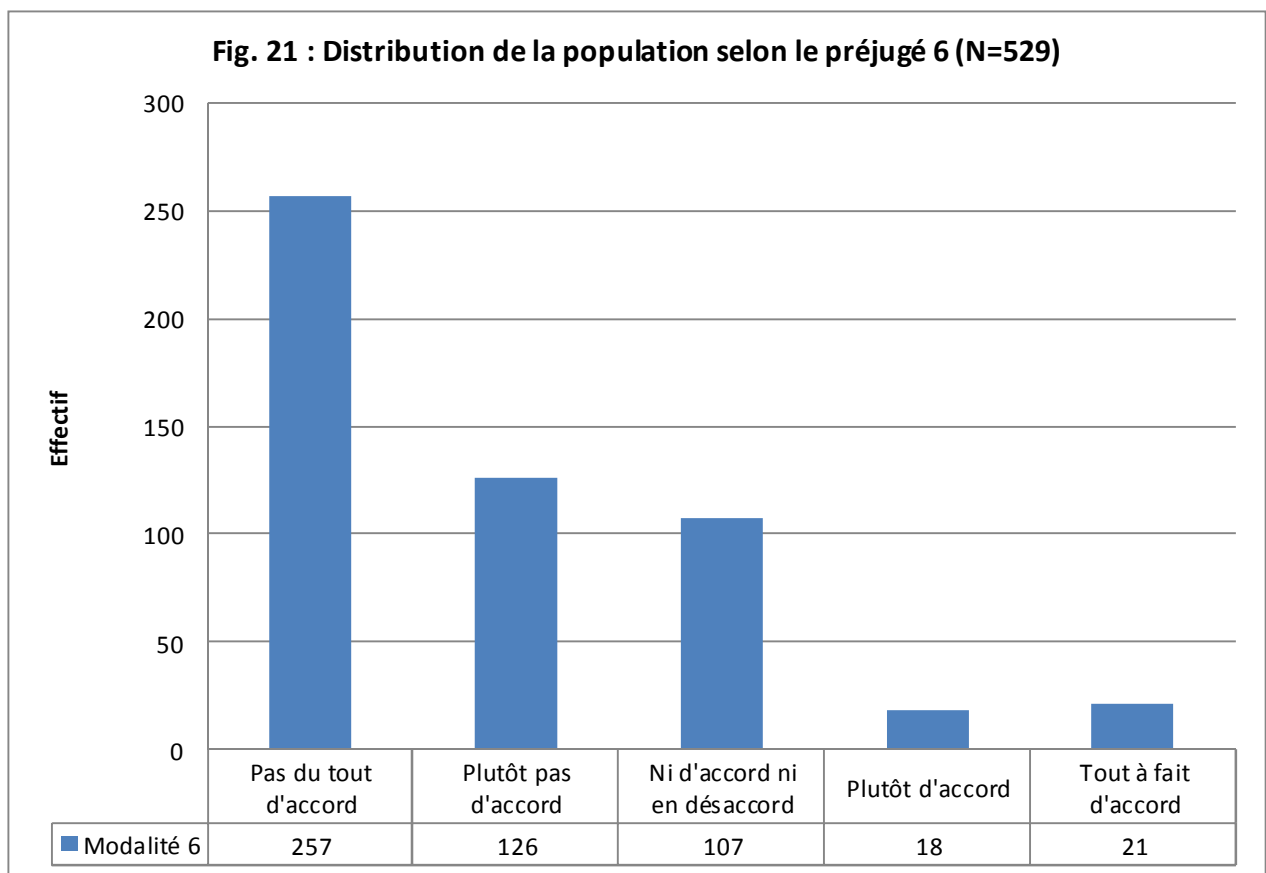
7,4% de cette même population se disent neutre par rapport à ce préjugé.



Préjugé 6 : « Le psychiatre a une aversion pour le somatique, d'où son choix de spécialité ».

48,6% des enquêtés ne semblent pas du tout d'accord avec ce préjugé, contre 4% qui le sont tout à fait.

20,2% demeurent neutre.

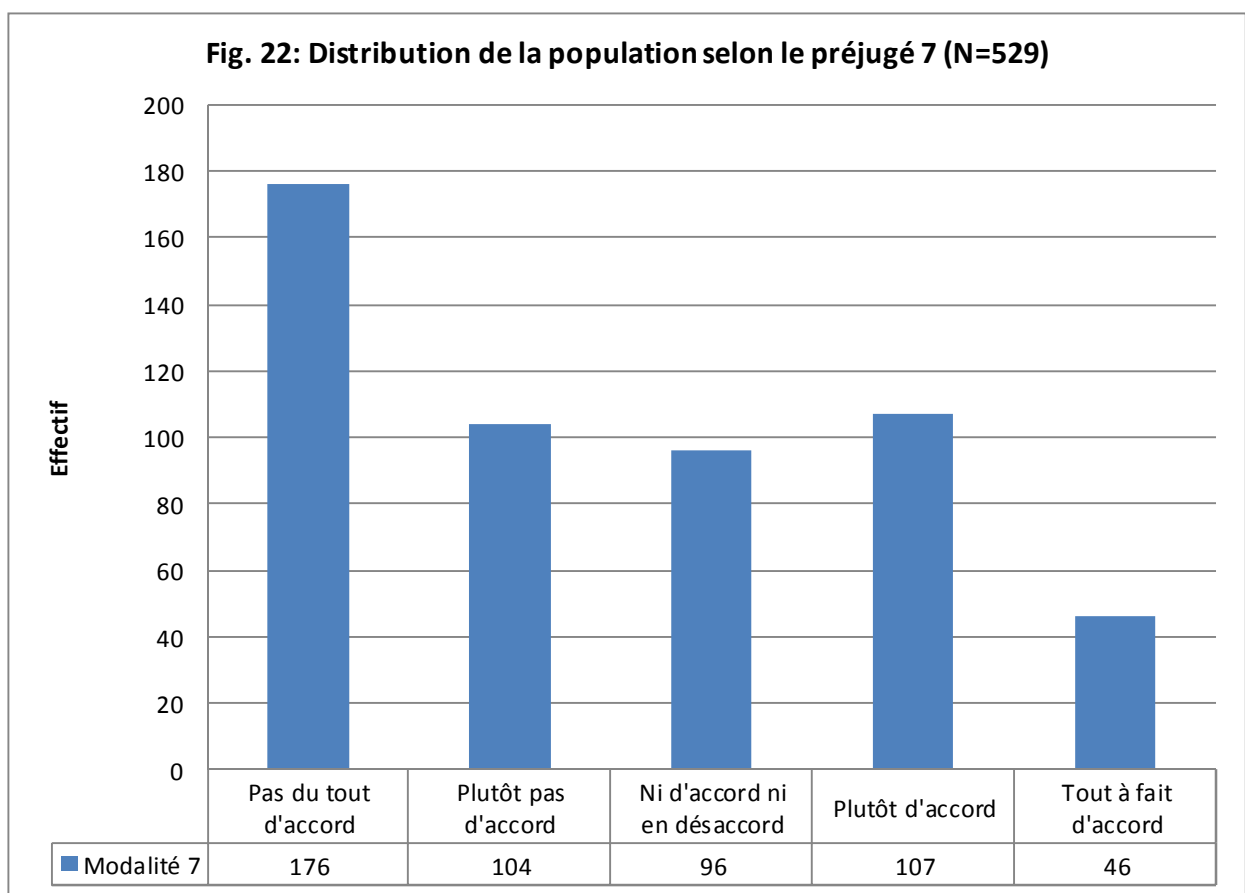


1.2.5. Représentations et perceptions de la psychiatrie :

20,2% de la population étudiée sont plutôt d'accord avec le préjugé 7 : « la psychiatrie finit par rendre malade celui qui la pratique ».

33,3% sont, quant à eux, pas du tout d'accord avec ce préjugé.

Tandis que 18,1% de la population ne son ni d'accord ni en désaccord.

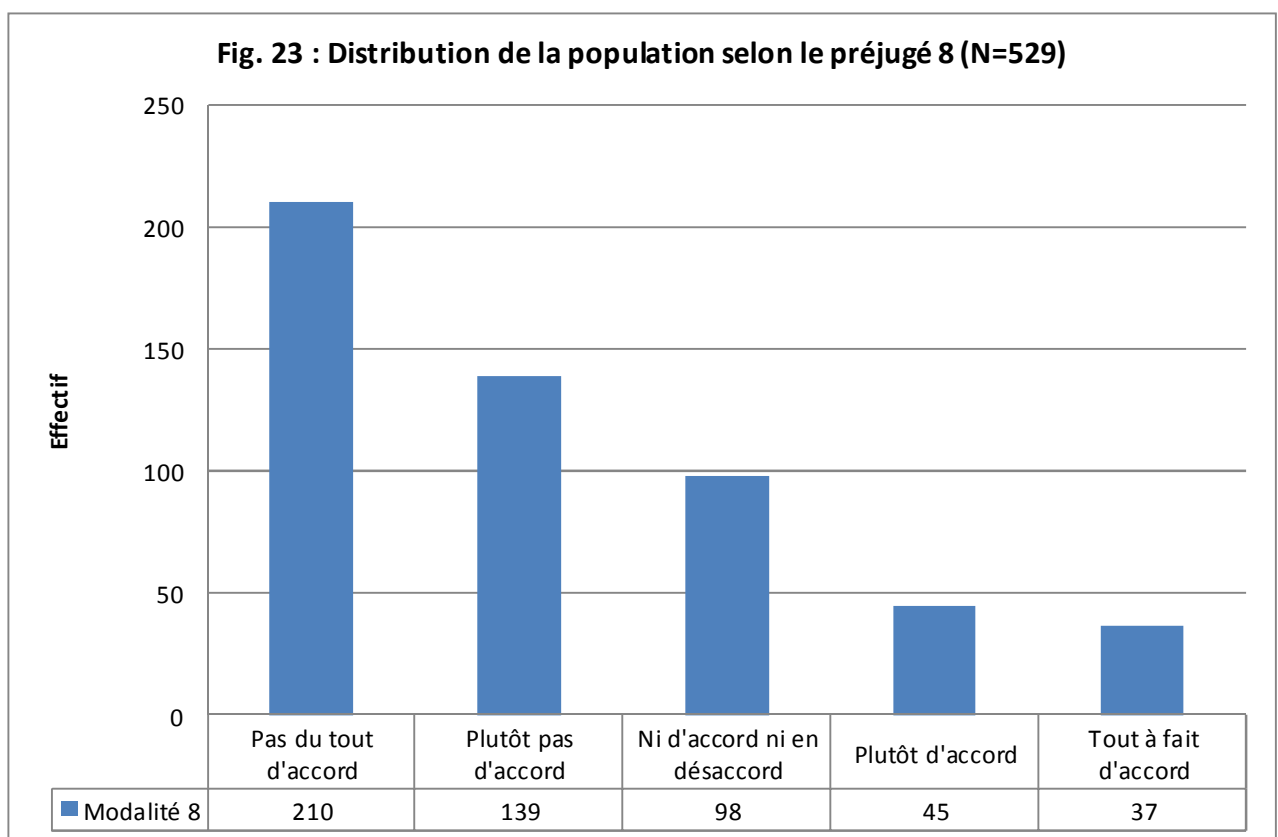


Préjugé 8 : « la psychiatrie est une discipline plus littéraire que scientifique ».

39,7% sont tout à fait en désaccord avec ce préjugé.

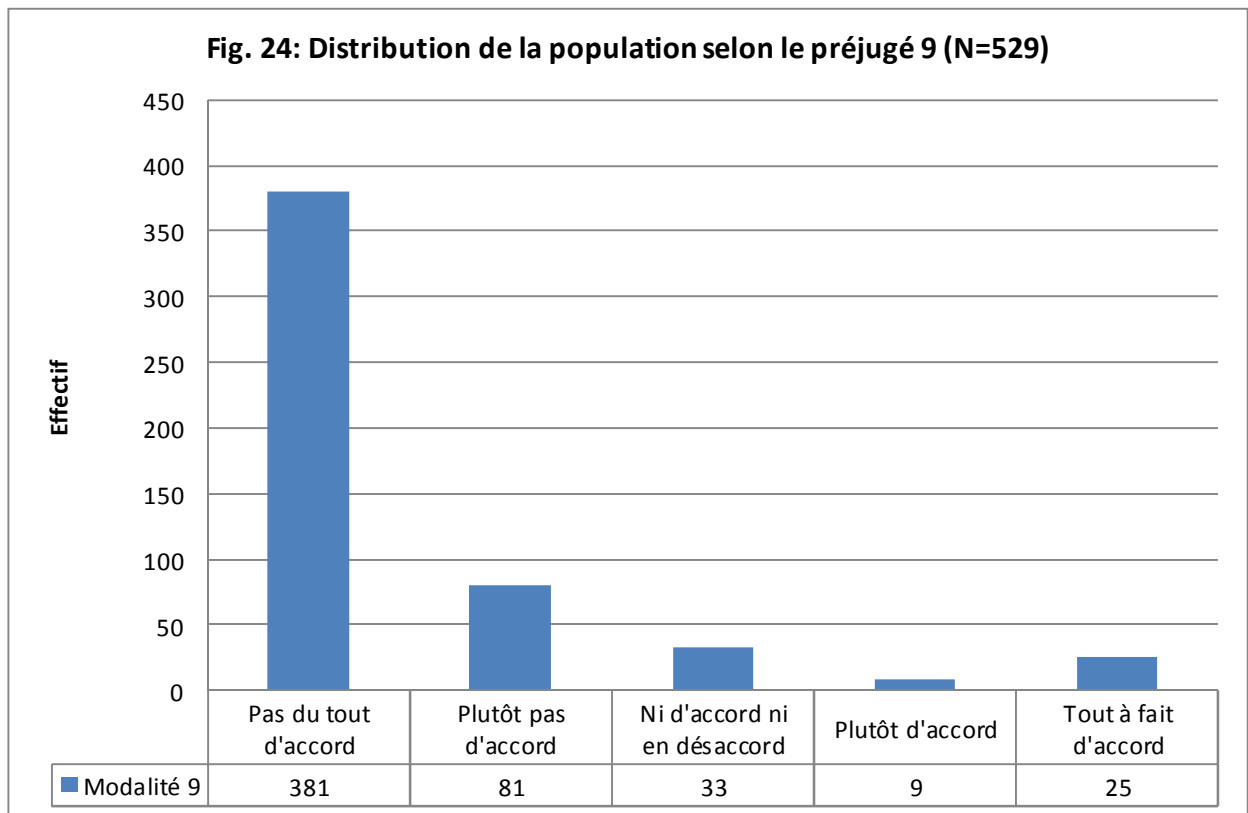
18,5% sont neutre.

8,5% sont plutôt d'accord avec ce préjugé.



Préjugé 9 : « la psychiatrie ne devrait pas être une discipline médicale ».

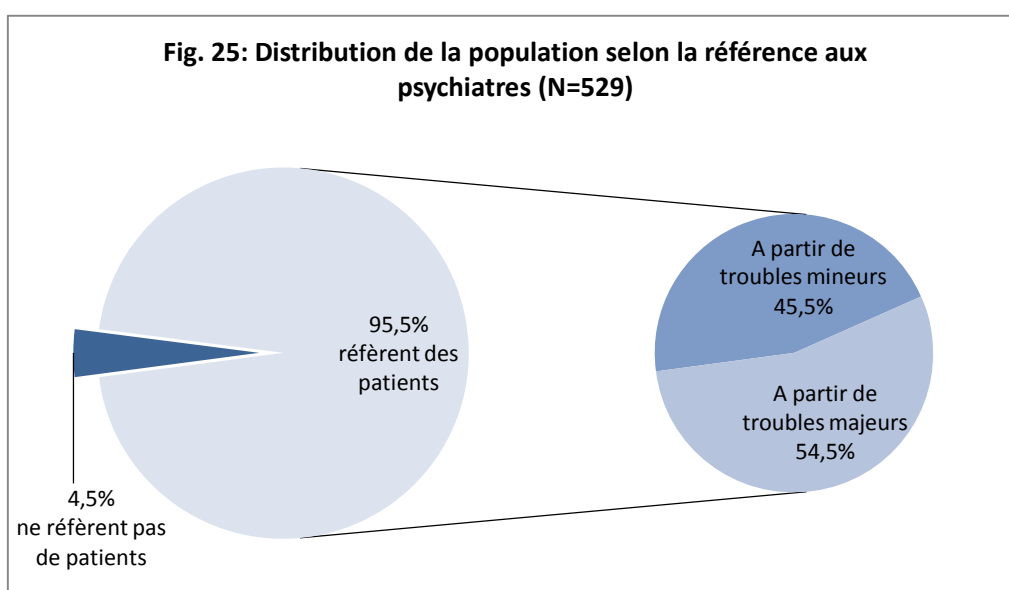
72,2% de la population ne sont pas du tout d'accord avec ce préjugé, contre 4,7% qui le sont complètement.



1.3. La référence aux psychiatres :

230 enquêtés sur 529, soit 43,5 % de la population étudiée, affirment référer leurs patients aux psychiatres lorsqu'ils perçoivent des troubles mineurs chez ceux-ci, et 275 sur 529, soit 52 % de la population étudiée, ne réfèrent leurs patients que s'ils perçoivent des troubles majeurs.

24 de nos enquêtés, soit 4,5% de la population, quant à eux, ne réfèrent pas du tout leurs patients aux psychiatres.



2. Analyse comparative :

Dans cette partie, les différentes perceptions et représentations des psychiatres et de la psychiatrie vont être comparées entre sexe féminin et sexe masculin, entre étudiants en médecine, praticiens généralistes et praticiens spécialistes, entre cliniciens et chirurgiens, entre praticiens généralistes et spécialistes exerçant dans le secteur privé et ceux exerçant dans le secteur public/universitaire, entre enquêtés qui ont une parenté à la profession médicale et ceux qui n'y sont pas apparentés, et finalement entre enquêtés ayant des antécédents psychologiques/psychiatriques et ceux qui n'en ont pas.

Dans le but de comparer ces différents groupes, nous nous intéresserons qu'aux enquêtés qui sont en accord avec les différentes perceptions et représentations énoncées.

2.1. Influence du sexe :

2.1.1. Influence du sexe sur la perception de la psychiatrie comme choix de spécialité :

	Sexe féminin N= 293	Sexe masculin N= 236	P
La psychiatrie n'est pas un choix de spécialité ordinaire.	74 (53%)	66 (47%)	0,48
C'est une spécialité dont les objectifs et les limites sont flous.	71 (53%)	62 (47%)	0,59
C'est une spécialité qui implique une lourde responsabilité.	102 (63%)	61 (37%)	0,02
C'est une spécialité difficile.	72 (57%)	54 (43%)	0,65
Elle va engendrer une discrimination par mon entourage.	58 (67%)	28 (33%)	0,01
Elle ne va pas me permettre de guérir mes patients.	88 (55%)	71 (45%)	0,99
Elle aura des conséquences sur ma vie personnelle.	136 (57%)	101 (43%)	0,40
La psychiatrie requiert un profil différent du mien.	9 (47%)	10 (53%)	0,47

Tableau 1 : Perceptions de la psychiatrie comme choix de spécialité selon le sexe.

En comparant les perceptions de la psychiatrie comme choix de spécialité entre les enquêtés de sexe féminin et les enquêtés de sexe masculin, il a été remarqué que les femmes ont plus tendance à percevoir la psychiatrie comme une spécialité impliquant une *lourde responsabilité* ainsi qu'une *discrimination de la part de l'entourage*. Cette différence est statistiquement significative ($p < 0,05$).

2.1.2. Influence du sexe sur les préjugés concernant le psychiatre et la psychiatrie :

Pour cette partie de l'enquête, les modalités « Tout à fait d'accord » et « Plutôt d'accord » ont été recodées sous le même libellé « D'accord ».

Les réponses « Plutôt pas d'accord » et « Pas du tout d'accord » ont été recodées sous le libellé « Pas d'accord ».

Et la modalité « Ni d'accord ni en désaccord » est restée telle quelle.

	Sexe féminin N= 293	Sexe masculin N= 236	P
Le résident en psychiatrie a raté le concours de résidanat.	59 (48%)	65 (52%)	0,004
Le résident en psychiatrie est sans ambition, et cherche la facilité.	27 (46%)	32 (54%)	0,001
Le psychiatre ne guérit pas, il ‘drogue’ ses patients.	62 (47%)	69 (53%)	0,08
Le psychiatre est souvent « bizarre ».	72 (45%)	88 (55%)	0,006
Le psychiatre n’est plus médecin.	11 (46%)	13 (54%)	0,52
Le psychiatre a une aversion pour le somatique, d’où son choix de spécialité.	16 (41%)	23 (59%)	0,10
La psychiatrie finit par rendre malade celui qui la pratique.	72 (47%)	81 (53%)	0,02
La psychiatrie est une discipline plus littéraire que scientifique.	39 (48%)	43 (52%)	0,30
La psychiatrie ne devrait pas être une discipline médicale.	18 (53%)	16 (47%)	0,66

Tableau 2 : Préjugés du psychiatre et de la psychiatrie selon le sexe.

Une différence statistiquement fortement significative ($p < 0,01$) a été relevée entre les deux sexes concernant les représentations du résident psychiatre comme étant *sans ambition, cherchant la facilité* et ayant *râté le concours de résidanat* ; et la représentation du psychiatre comme étant *bizarre*. Une influence du sexe a aussi été remarquée concernant la psychiatrie comme étant *contagieuse*. En effet, les hommes ont plus tendance à penser cela que les femmes.

2.2. Influence du statut :

Dans cette partie, nous allons comparer les différentes perceptions et représentations du psychiatre et de la psychiatrie entre trois groupes de notre population. Le premier est celui des « étudiants » et regroupe les étiquettes « Etudiant en 6^{ème} année de médecine », « Faisant fonction d'Interne » et « Interne ». Le deuxième est celui des « généralistes » et regroupe les étiquettes « Praticien généraliste dans le secteur public » et « Praticien généraliste dans le secteur privé ». Enfin le troisième groupe, celui des « spécialistes », regroupe les étiquettes « Résident », « Praticien spécialiste dans le secteur public/universitaire » et « Praticien spécialiste dans le secteur privé ».

2.2.1. Influence du statut sur la perception de la psychiatrie comme choix de spécialité :

	Etudiants N=173	Généralistes N=101	Spécialistes N=255	P
La psychiatrie n'est pas un choix de spécialité ordinaire.	27 (19%)	19 (14%)	94 (67%)	0,00
C'est une spécialité dont les objectifs et les limites sont flous.	29 (22%)	12 (9%)	92 (69%)	0,00
C'est une spécialité qui implique une lourde responsabilité.	48 (29%)	31 (19%)	84 (52%)	0,52
C'est une spécialité difficile.	42 (33%)	25 (20%)	59 (47%)	0,93
Elle va engendrer une discrimination par mon entourage.	13 (15%)	14 (16%)	59 (69%)	0,00
Elle ne va pas me permettre de guérir mes patients.	59 (37%)	26 (16%)	74 (47%)	0,30
Elle aura des conséquences sur ma vie personnelle.	63 (27%)	33 (14%)	141 (59%)	0,00
La psychiatrie requiert un profil différent du mien.	5 (26%)	3 (16%)	11 (58%)	0,69

Tableau 3 : Perceptions de la psychiatrie selon le statut.

L'étude de l'enquête a révélé une influence du statut sur la perception de la psychiatrie. En effet, les spécialistes ont plus tendance à être en faveur avec ces représentations : la psychiatrie est *une spécialité dont les objectifs et les limites sont flous* et *engendre une discrimination par l'entourage* et *des conséquences sur la vie privée*. Néanmoins, ils sont plus nombreux à penser que *la psychiatrie est un choix de spécialité ordinaire*.

Cette différence est fortement significative ($p < 0,01$).

2.2.2. Influence du statut sur les préjugés concernant le psychiatre et la psychiatrie:

Pour cette partie de l'enquête, les modalités « Tout à fait d'accord » et « Plutôt d'accord » ont été recodées sous le même libellé « D'accord ».

Les réponses « Plutôt pas d'accord » et « pas du tout d'accord » ont été recodées sous le libellé « Pas d'accord ».

Et la modalité « Ni en désaccord ni en accord » est restée telle quelle.

	Etudiants N=173	Généralistes N=101	Spécialistes N=255	P
Le résident en psychiatrie a raté le concours de résidanat.	28 (23%)	13 (10%)	83 (67%)	0,00
Le résident en psychiatrie est sans ambition, et cherche la facilité.	7 (12%)	2 (3%)	50 (85%)	0,00
Le psychiatre ne guérit pas, il 'drogue' ses patients.	24 (18%)	11 (8%)	96 (74%)	0,00
Le psychiatre est souvent « bizarre ».	27 (17%)	29 (18%)	104 (65%)	0,00
Le psychiatre n'est plus médecin.	7 (29%)	1 (4%)	16 (67%)	0,055
Le psychiatre a une aversion pour le somatique, d'où son choix de spécialité.	9 (23%)	3 (8%)	27 (69%)	0,033
La psychiatrie finit par rendre malade celui qui la pratique.	24 (16%)	18 (12%)	111 (72%)	0,00
La psychiatrie est une discipline plus littéraire que scientifique.	30 (37%)	10 (12%)	42 (51%)	0,52
La psychiatrie ne devrait pas être une discipline médicale.	10 (29%)	2 (6%)	22 (65%)	0,019

Tableau 4 : Préjugés du psychiatre et de la psychiatrie selon le statut.

Les praticiens spécialistes sont plus nombreux à penser que *le résident psychiatre est sans ambition, cherche la facilité et a raté de concours de résidanat*. Aussi, ils sont plus nombreux à penser que *le psychiatre est bizarre, qu'il ne guérit pas ses patients* et qu'il *a une aversion pour le somatique*, comparés aux étudiants en médecine et aux praticiens généralistes.

De même, la psychiatrie est, pour eux, « *aliénante* » et *ne devrait pas être une spécialité médicale*.

Cette différence est statistiquement significative ($p < 0,05$).

L'enquête a également révélé que les praticiens spécialistes sont plus nombreux à penser que *le psychiatre n'est plus médecin*, sauf que cette différence n'est pas statistiquement significative.

2.3. Influence du type de spécialité :

Cette partie concerne notre sous-population de praticiens spécialistes et résidents. La comparaison se fera entre « Spécialistes » médicaux, ou cliniciens, et « Spécialistes » chirurgicaux, ou chirurgiens.

2.3.1. Influence du type de spécialité sur la perception de la psychiatrie comme choix de spécialité :

	Spécialités Médicales N= 152	Spécialités Chirurgicales N= 103	P
La psychiatrie n'est pas un choix de spécialité ordinaire.	54 (57%)	40 (43%)	0,59
C'est une spécialité dont les objectifs et les limites sont flous.	57 (62%)	35 (38%)	0,56
C'est une spécialité qui implique une lourde responsabilité.	54 (64%)	30 (36%)	0,28
C'est une spécialité difficile.	41 (70%)	18 (30%)	0,07
Elle va engendrer une discrimination par mon entourage.	35 (59%)	24 (41%)	0,95
Elle ne va pas me permettre de guérir mes patients.	43 (58%)	31 (42%)	0,75
Elle aura des conséquences sur ma vie personnelle.	87 (62%)	54 (38%)	0,44
La psychiatrie requiert un profil différent du mien.	4 (36%)	7 (64%)	0,10

Tableau 5 : Perceptions de la psychiatrie selon le type de spécialité.

La comparaison entre cliniciens et chirurgiens n'a pas objectivé de différence statistiquement significative quant à la perception de la psychiatrie comme choix de spécialité.

2.3.2. Influence du type de spécialité sur les préjugés concernant le psychiatre et la psychiatrie:

Pour cette partie de l'enquête, les modalités « Tout à fait d'accord » et « Plutôt d'accord » ont été recodées sous le même libellé « D'accord ».

Les réponses « Plutôt pas d'accord » et « Pas du tout d'accord » ont été recodées sous le libellé « Pas d'accord ».

Et la modalité « Ni d'accord ni en désaccord » est restée telle quelle.

	Spécialités Médicales N= 152	Spécialités Chirurgicales N= 103	P
Le résident en psychiatrie a raté le concours de résidanat.	51 (61%)	32 (39%)	0,02
Le résident en psychiatrie est sans ambition, et cherche la facilité.	34 (68%)	16 (32%)	0,009
Le psychiatre ne guérit pas, il 'drogue' ses patients.	49 (51%)	47 (49%)	0,09
Le psychiatre est souvent « bizarre ».	58 (56%)	46 (44%)	0,38
Le psychiatre n'est plus médecin.	9 (56%)	7 (44%)	0,02
Le psychiatre a une aversion pour le somatique, d'où son choix de spécialité.	17 (63%)	10 (37%)	0,51
La psychiatrie finit par rendre malade celui qui la pratique.	62 (56%)	49 (44%)	0,49
La psychiatrie est une discipline plus littéraire que scientifique.	24 (57%)	18 (43%)	0,93
La psychiatrie ne devrait pas être une discipline médicale.	15 (68%)	7 (32%)	0,69

Tableau 6 : Préjugés du psychiatre et de la psychiatrie selon le type de spécialité.

Un plus grand nombre de cliniciens que de chirurgiens pensent que le *résident psychiatre est sans ambition, cherche la facilité et a raté le concours de résidanat*, et aussi que *le psychiatre n'est plus médecin*.

Statistiquement, cette différence entre cliniciens et chirurgiens est significative ($p < 0,05$).

2.4. Influence du secteur d'exercice :

Cette partie concerne notre sous-population de praticiens généralistes et spécialistes. La comparaison se fera entre praticiens dans le secteur public/universitaire et praticiens dans le secteur privé.

2.4.1. Influence du secteur d'exercice sur la perception de la psychiatrie comme choix de spécialité :

	Secteur Public/universitaire N= 115	Secteur Privé N= 138	P
La psychiatrie n'est pas un choix de spécialité ordinaire.	81 (47%)	93 (53%)	0,60
C'est une spécialité dont les objectifs et les limites sont flous.	40 (53%)	36 (47%)	0,13
C'est une spécialité qui implique une lourde responsabilité.	42 (54%)	36 (46%)	0,07
C'est une spécialité difficile.	30 (50%)	30 (50%)	0,41
Elle va engendrer une discrimination par mon entourage.	21 (43%)	28 (57%)	0,68
Elle ne va pas me permettre de guérir mes patients.	39 (51%)	38 (49%)	0,27
Elle aura des conséquences sur ma vie personnelle.	62 (50%)	62 (50%)	0,15
La psychiatrie requiert un profil différent du mien.	4 (36%)	7 (64%)	0,53

Tableau 7 : Perceptions de la psychiatrie selon le secteur d'exercice.

Cette comparaison n'a objectivé aucune influence statistiquement significative du type de secteur sur les perceptions de la psychiatrie comme choix de spécialité ($p > 0,05$).

2.4.2. Influence du secteur d'exercice sur les préjugés concernant le psychiatre et la psychiatrie:

Pour cette partie de l'enquête, les modalités « Tout à fait d'accord » et « Plutôt d'accord » ont été recodées sous le même libellé « D'accord ».

Les réponses « Plutôt pas d'accord » et « Pas du tout d'accord » ont été recodées sous le libellé « Pas d'accord ».

Et la modalité « Ni d'accord ni en désaccord » est restée telle quelle.

	Secteur Public/universitaire N= 115	Secteur Privé N= 138	P
Le résident en psychiatrie a raté le concours de résidanat.	38 (51%)	37 (49%)	0,51
Le résident en psychiatrie est sans ambition, et cherche la facilité.	12 (26%)	34 (74%)	0,01
Le psychiatre ne guérit pas, il 'drogue' ses patients.	44 (56%)	35 (44%)	0,08
Le psychiatre est souvent « bizarre ».	52 (51%)	49 (49%)	0,17
Le psychiatre n'est plus médecin.	2 (13%)	14 (87%)	0,01
Le psychiatre a une aversion pour le somatique, d'où son choix de spécialité.	4 (17%)	19 (83%)	0,01
La psychiatrie finit par rendre malade celui qui la pratique.	48 (49%)	49 (51%)	0,01
La psychiatrie est une discipline plus littéraire que scientifique.	12 (27%)	32 (73%)	0,01
La psychiatrie ne devrait pas être une discipline médicale.	3 (15%)	17 (85%)	0,01

Tableau 8 : Préjugés du psychiatre et de la psychiatrie selon le secteur d'exercice.

Cette comparaison a objectivé une influence statistiquement significative ($p < 0,05$). En effet, il semblerait que les praticiens du secteur privé ont plus tendance à être en faveur avec les préjugés cités ci-dessus que leurs collègues du secteur public.

2.5. Influence de la parenté à la profession médicale :

Dans cette partie, nous allons comparer les différentes perceptions et représentations du psychiatre et de la psychiatrie entre deux groupes; le groupe des enquêtés ayant une parenté à la profession médicale et le groupe des enquêtés n'en ayant pas.

Pour cet effet, nous avons rangé les libellés « Père », « Mère » et « Frère/sœur » sous un seul libellé « Avec parenté », et « Aucun » sous « Sans parenté ».

2.5.1. Influence de la parenté à la profession médicale sur la perception de la psychiatrie comme choix de spécialité :

	Avec parenté N= 142	Sans parenté N= 387	P
La psychiatrie n'est pas un choix de spécialité ordinaire.	41 (29%)	99 (71%)	0,44
C'est une spécialité dont les objectifs et les limites sont floues.	31 (23%)	102 (77%)	0,28
C'est une spécialité qui implique une lourde responsabilité.	44 (27%)	119 (73%)	0,95
C'est une spécialité difficile.	36 (29%)	90 (71%)	0,61
Elle va engendrer une discrimination par mon entourage.	23 (27%)	63 (73%)	0,98
Elle ne va pas me permettre de guérir mes patients.	47 (30%)	112 (70%)	0,35
Elle aura des conséquences sur ma vie personnelle.	64 (27%)	173 (73%)	0,94
La psychiatrie requiert un profil différent du mien.	7 (37%)	12 (63%)	0,31

Tableau 9 : Perceptions de la psychiatrie selon la parenté à la profession médicale.

Aucune influence significative n'a été objectivée entre les deux sous-groupes étudiés concernant leurs perceptions de la psychiatrie comme choix de spécialité ($p > 0,05$).

2.5.2. Influence de la parenté à la profession médicale sur les préjugés concernant le psychiatre et la psychiatrie :

Pour cette partie de l'enquête, les modalités « Tout à fait d'accord » et « Plutôt d'accord » ont été recodées sous le même libellé « D'accord ».

Les réponses « Plutôt pas d'accord » et « Pas du tout d'accord » ont été recodées sous le libellé « Pas d'accord ».

Et la modalité « Ni d'accord ni en désaccord » est restée telle quelle.

	Avec parenté N= 142	Sans parenté N= 387	P
Le résident en psychiatrie a raté le concours de résidanat.	32 (26%)	92 (74%)	0,92
Le résident en psychiatrie est sans ambition, et cherche la facilité.	19 (32%)	40 (68%)	0,61
Le psychiatre ne guérit pas, il 'drogue' ses patients.	40 (30%)	91 (70%)	0,38
Le psychiatre est souvent « bizarre ».	48 (30%)	112 (70%)	0,31
Le psychiatre n'est plus médecin.	8 (33%)	16 (67%)	0,67
Le psychiatre a une aversion pour le somatique, d'où son choix de spécialité.	8 (20%)	31 (80%)	0,59
La psychiatrie finit par rendre malade celui qui la pratique.	46 (30%)	107 (70%)	0,52
La psychiatrie est une discipline plus littéraire que scientifique.	19 (23%)	63 (77%)	0,21
La psychiatrie ne devrait pas être une discipline médicale.	9 (26%)	25 (74%)	0,99

Tableau 10 : Préjugés du psychiatre et de la psychiatrie selon la parenté à la profession médicale.

Aucune influence significative n'a été objectivée entre les deux sous-groupes étudiés concernant leurs représentations du psychiatre et de la psychiatrie ($p > 0,05$).

2.6. Influence des antécédents psychologiques/psychiatriques :

Dans cette partie, nous allons comparer les différentes perceptions et représentations du psychiatre et de la psychiatrie entre deux sous-groupes de notre population selon si les enquêtés présentent ou non des antécédents psychologiques/psychiatriques.

Les libellés « Oui, des antécédents personnels », « Oui, des antécédents familiaux » et « Oui, des antécédents personnels et familiaux » ont donc été recodées sous l'étiquette « Avec antécédents ».

2. 6.1. Influence des antécédents psychologiques/psychiatriques sur la perception de la psychiatrie comme choix de spécialité :

	Avec antécédents N= 260	Sans antécédents N= 269	P
La psychiatrie n'est pas un choix de spécialité ordinaire.	81 (58%)	59 (42%)	0,01
C'est une spécialité dont les objectifs et les limites sont flous.	74 (56%)	59 (44%)	0,08
C'est une spécialité qui implique une lourde responsabilité.	97 (59%)	66 (41%)	0,001
C'est une spécialité difficile.	67 (53%)	59 (47%)	0,30
Elle va engendrer une discrimination par mon entourage.	50 (58%)	36 (42%)	0,06
Elle ne va pas me permettre de guérir mes patients.	87 (55%)	72 (45%)	0,09
Elle aura des conséquences sur ma vie personnelle.	139 (59%)	98 (41%)	0,00
La psychiatrie requiert un profil différent du mien.	7 (37%)	12 (63%)	0,27

Tableau 11 : Perceptions de la psychiatrie selon les antécédents psychologiques/psychiatriques.

Une influence statistiquement significative ($p < 0,05$) des antécédents psychologiques/psychiatriques sur les perceptions de la psychiatrie a été mise en évidence.

En effet les enquêtés ayant affirmé avoir des antécédents ont plus tendance à penser que *la psychiatrie n'est pas un choix de spécialité ordinaire*, et qu'elle *implique une lourde responsabilité* ainsi que des *conséquences sur la vie personnelle de ses professionnels*.

2.6.2. Influence des antécédents psychologiques/psychiatriques sur les préjugés concernant le psychiatre et la psychiatrie :

Pour cette partie de l'enquête, les modalités « Tout à fait d'accord » et « Plutôt d'accord » ont été recodées sous le même libellé « D'accord ».

Les réponses « Plutôt pas d'accord » et « Pas du tout d'accord » ont été recodées sous le libellé « Pas d'accord ».

Et la modalité « Ni d'accord ni en désaccord » est restée telle quelle.

	Avec antécédents N= 260	Sans antécédents N= 269	P
Le résident en psychiatrie a raté le concours de résidanat.	73 (59%)	51 (41%)	0,01
Le résident en psychiatrie est sans ambition, et cherche la facilité.	27 (46%)	32 (54%)	0,002
Le psychiatre ne guérit pas, il ‘drogue’ ses patients.	78 (59%)	53 (41%)	0,02
Le psychiatre est souvent « bizarre ».	99 (62%)	61 (38%)	0,001
Le psychiatre n’est plus médecin.	12 (50%)	12 (50%)	0,77
Le psychiatre a une aversion pour le somatique, d’où son choix de spécialité.	15 (38%)	24 (62%)	0,38
La psychiatrie finit par rendre malade celui qui la pratique.	91 (59%)	62 (41%)	0,009
La psychiatrie est une discipline plus littéraire que scientifique.	37 (45%)	45 (55%)	0,14
La psychiatrie ne devrait pas être une discipline médicale.	15 (44%)	19 (56%)	0,34

Tableau 12 : Préjugés du psychiatre et de la psychiatrie selon les antécédents psychologiques/psychiatriques.

Dans cette comparaison également, une influence statistiquement significative ($p < 0,05$) des antécédents sur les représentations du psychiatre et de la psychiatrie a été mise en évidence. Ainsi les enquêtés qui ont des antécédents ont plus tendance à être d’accord avec ces préjugés.

III. DISCUSSION :

1. Limites et biais de l'étude :

Plusieurs limites et biais de l'étude sont à considérer pour une interprétation correcte des résultats.

Le titre et les objectifs de l'étude n'ont pas été présentés explicitement sur le questionnaire afin d'éviter de biaiser l'étude par un effet d'attente. Cependant, cette décision peut être à l'origine d'autres biais.

Pour permettre la comparaison des données, la quasi-totalité des questions était fermée et aurait pu engendrer, par son caractère restrictif, une perte d'informations.

Aussi, il est possible que la formulation des questions concernant les perceptions et représentations de la psychiatrie et des psychiatres ait pu provoquer des biais cognitifs en poussant les enquêtés à choisir des réponses valorisantes malgré l'anonymisation des réponses, ou à se contracter et se réfugier dans le libellé « Ni en accord, ni en désaccord ».

Ces mêmes questions se suivent et utilisent une même échelle de réponse, ce qui pourrait biaiser l'enquête par un effet de halo qui se présente comme une tendance à répondre de manière semblable à des questions qui se ressemblent par leur formulation et qui se suivent.

2. Discussion des résultats :

Bon nombre de travaux ont étudié les images et attitudes négatives que nourrit la population générale pour le psychiatre, cependant celles qui s'intéressent aux préjugés concernant le psychiatre véhiculés par ses collègues somaticiens ne sont que très peu nombreuses. Notre étude est donc venue pallier modestement à ce manque.

Il s'agit d'une étude descriptive transversale qui intéresse étudiants et résidents de la faculté de médecine et de pharmacie de Rabat et aussi praticiens généralistes et spécialistes des deux secteurs privé et public/universitaire exerçant à Rabat et à Kénitra. Le nombre de questionnés s'élève à 529.

Les répondants féminins représentent 55,4% de nos enquêtés. Il est probable que cette différence soit en rapport avec la féminisation montante de la profession médicale.

L'étude de l'influence du sexe sur les préjugés énoncés dans le questionnaire, a montré que celle-ci est significative (Tableau 2). Ainsi, les hommes avaient plus tendance à être d'accord avec ces préjugés. Ces résultats s'alignent avec les résultats d'une étude publiée en 2015, et pourraient être expliqués par la perception particulière, dû à leur masculinité, des troubles mentaux par les hommes, qui les considèrent comme faiblesse et vulnérabilité, d'où la stigmatisation qui en émane. [56]

L'âge moyen de la population étudiée est de 34,02 ans avec un écart type de 11,39 ans.

Nos enquêtés sont à 32,7% étudiants en médecine, à 19,1% praticiens généralistes, à 19,5% résidents et à 28,8% praticiens spécialistes.

26,8% de notre population ont une proche parenté à la profession médicale. Cependant, cette parenté ne semble pas avoir une influence significative sur les perceptions et représentations de la psychiatrie et du psychiatre (Tableaux 7 et 8). A l'inverse d'une étude publiée en 2009 où une influence négative de la famille sur la psychiatrie comme choix de carrière est révélée. [57]

Par ailleurs, près de la moitié de notre population affirme avoir des antécédents psychologiques ou psychiatriques, que ce soit d'ordre personnel et/ou familial. Ces résultats sont d'autant plus remarquables qu'il semblerait que ces antécédents exercent une influence sur les différentes perceptions et représentations étudiées (Tableaux 9 et 10). Ainsi, de manière moins attendue, les personnes ayant des antécédents semblent plus adhérer aux préjugés de notre enquête comparé à ceux qui n'ont pas d'antécédent, ce qui peut être à l'origine d'une plus grande stigmatisation des psychiatres et de leur profession.

Il convient donc de réfléchir à l'éventualité que l'image que renvoie le psychiatre lui-même pourrait elle aussi avoir une responsabilité dans la perception que ses confrères ont de lui et de sa profession.

En ce qui concerne la question de la référence de patients avec probable atteinte psychiatrique, notre étude a révélé que 4,5% de notre population ne réfèrent pas leurs malades à des psychiatres, et qu'une personne sur deux ne réfère que lorsqu'elle perçoit des troubles majeurs. Ceci laisse à croire qu'une partie non négligeable de troubles mentaux est traitée par des praticiens

généralistes et des praticiens spécialistes hors psychiatres et doit nous faire remarquer donc l'arrivée d'autres spécialités dans certains champs de compétences traditionnelles des psychiatres.

Perceptions et représentations de la psychiatrie :

Notre étude révèle un regard dépréciateur que porte notre population sur la psychiatrie, qui s'aligne avec plusieurs autres études antérieures notamment une étude faite dans le cadre des activités scientifiques de la section *Stigma and Mental Health* de la *World Psychiatric Association* en Europe et en Asie et publiée en 2015. Ce regard dépréciateur est basé sur le principe que «la psychiatrie est contagieuse», «n'est pas scientifique» et «n'est/ne devrait pas être une branche médicale».

Ainsi les résultats de notre étude montrent que près de 30% de nos enquêtés pensent que « la psychiatrie finit par rendre malade celui qui la pratique », 15% affirment que « la psychiatrie est plus une discipline littéraire que scientifique » et près de 7% pensent qu' « elle ne devrait pas être une discipline médicale ».

Des pourcentages supérieurs à ceux relevés dans l'étude précédemment citée, où 8,9 % des enquêtés pensent que « la psychiatrie n'est pas scientifique » et 8% confirment que « la psychiatrie n'est pas une véritable branche de la médecine ».

Cette dernière étude révèle également que 24,3 % de la population ne considèrent pas la psychiatrie comme une spécialité prestigieuse. [56]

De plus, l'analyse statistique de notre enquête a révélé que les spécialistes ont plus tendance à adhérer à ces représentations de la profession, comparés aux praticiens généralistes et aux étudiants. Cette différence est même statistiquement significative (Tableau 4).

Cette influence est particulièrement remarquable, car il semblerait que l'une des raisons qui dissuadent les étudiants en médecine à envisager la psychiatrie comme choix de spécialité, est l'influence que les opinions de leurs maîtres exerçaient sur eux le long de leur cursus médical. [58]

En effet, dans certaines études nord-américaines, les étudiants en médecine rapportent avoir souvent entendu de la part de leurs professeurs ou de praticiens sur leur lieu de stage, des propos négatifs qui déprécient la psychiatrie et les psychiatres. [51] [59]

En partant du principe que les étudiants en médecine proviennent d'une société qui stigmatise déjà la profession psychiatrique, les préjugés qui courent dans le milieu médical et qui ternissent l'image de la psychiatrie favorisent donc l'ancrage des préjugés pré-existants chez les étudiants en médecine et les rendent souvent résistants au changement même après un stage en psychiatrie.

La spécialité devient alors inattractive aux yeux des étudiants en médecine, et pourrait jouer un rôle dans le déclin de recrutement de psychiatres.

Dans ce sens, une étude a objectivé l'impact que les commentaires négatifs sur une spécialité peuvent avoir sur les perspectives de carrière des étudiants en médecine. [60]

Aussi, ces images négatives de la psychiatrie qui sont véhiculées par les professionnels de la santé peuvent constituer un obstacle à fournir des soins de qualité aux personnes atteintes de troubles psychiatriques.

Ainsi, selon une étude, les patients atteints de troubles psychiatriques et souffrant de comorbidités somatiques obtiennent des soins médicaux moins optimaux comparés aux patients somatiques sans troubles mentaux. [61] Il s'est avéré également que les décès prématurés chez ces patients sont non seulement dûs aux taux de suicide plus élevés, mais aussi à un traitement médical insuffisant. [62]

Dans l'étude précédemment citée, 75,4% des étudiants n'étaient pas intéressés à faire carrière dans la psychiatrie. [56]

Sous nos cieux, notre étude a démontré qu'un peu plus d'une personne sur quatre ne perçoit pas la psychiatrie comme un choix de spécialité ordinaire (Fig.13), dont 15% des étudiants enquêtés dans notre étude.

Les « conséquences sur la vie personnelle », « l'inefficacité » et « la lourde responsabilité » que la psychiatrie semblent impliquer apparaissent comme les raisons majeures qui font que ces étudiants ne l'envisagent pas comme choix de spécialité.

Ce qui rejoint en partie la littérature révisée, où les principaux facteurs qui font obstacles au choix de cette spécialité sont le manque de défis intellectuels, les doutes sur l'efficacité des traitements disponibles, la mauvaise reconnaissance par les pairs et la peur de la violence des patients. [52]

Une autre étude a montré que les étudiants en médecine voient en la psychiatrie une spécialité imprécise, inefficace, non basée sur des évidences scientifiques et constituant même une perte de connaissances de la médecine somatique qu'ils ont longuement étudiée. [50]

Perceptions et représentations du psychiatre :

Près d'une personne enquêtée sur quatre pense que « le résident en psychiatrie a raté le concours de résidanat » et un peu plus d'une personne sur dix considère le résident en psychiatrie comme « sans ambition et cherchant la facilité ».

L'analyse a fait ressortir une influence significative du type de spécialité sur ces préjugés, car il semblerait que les confrères exerçant une spécialité médicale ont plus tendance à être en faveur avec ces préjugés par rapport à leurs confrères chirurgiens, pouvant être à l'origine d'une stigmatisation plus importante (Tableau 6).

Ces résultats rejoignent ceux de l'étude menée par la World Psychiatric Association, où 16,2 % de la population pensent que « seuls les étudiants qui ne pouvaient pas intégrer d'autres spécialités se retrouvaient en psychiatrie » et 8,2% de cette même population pensent que « les résidents qui envisagent la psychiatrie sont ceux qui ont un faible niveau en médecine ». Remarquons les pourcentages légèrement inférieurs à ceux retrouvés dans notre enquête.

Plus remarquable encore dans cette étude, 28,6 % de la communauté professorale des facultés de médecine où l'étude a été faite n'encouragerait pas un brillant étudiant à faire carrière en psychiatrie. Aussi, 90,1 % pensent que la majorité des psychiatres ne se présentent pas comme des exemples à suivre pour les étudiants en médecine.

En effet, cette étude révèle qu'une personne questionnée sur dix pense que « les psychiatres ne font que très peu pour leur patients », et qu'ils « ne sont pas des penseurs logiques, clairs ». [56]

De notre côté, près d'une personne sur trois pense que « les psychiatres sont souvent bizarres », près d'une personne sur quatre pense que « le psychiatre est inefficace et ne fait que droguer ses patients », et près d'une personne sur 13 pense « le psychiatre a une aversion pour le somatique ».

Une autre étude rapporte des stigmates concernant les psychiatres comme étant « souvent bizarres et ont tendance à sur conceptualiser ». [50]

Notre étude a objectivé ici aussi une influence de la fonction sur la perception du psychiatre, qui plus est fortement significative. Les praticiens spécialistes ont en effet plus tendance à être d'accord avec les préjugés émis sur les psychiatres que leurs confrères généralistes ou étudiants en médecine.

Par ailleurs, une étude publiée en 1988, a révélé une image plutôt positive des psychiatres. En effet ceux-ci sont considérés par les enquêtés comme plus matures, plus cultivés et plus aptes à l'introspection que leurs collègues somaticiens. Ces derniers reconnaissent aussi que les psychiatres parviennent effectivement à aider leurs patients souffrant de troubles mentaux et sont dotés de connaissances pertinentes. [55]

En conclusion, les résultats de notre enquête objectivent un regard dépréciateur sur le psychiatre et sa profession de la part de ses confrères somaticiens, sur la base de préjugés véhiculés dans le milieu médical, dont une partie a été mise en évidence par notre étude. Cette dernière s'est alignée avec plusieurs autres études et a objectivé des chiffres similaires ou légèrement plus supérieurs comparés aux enquêtes revues dans la littérature.

Le sexe masculin, l'existence d'antécédents psychiatriques, le statut de spécialiste, la spécialité médicale sont des qualités qui ont objectivé, dans notre étude, une influence significative et pouvant être à l'origine d'une stigmatisation plus remarquable.

Bien que non étudiée dans notre enquête, la stigmatisation du psychiatre et de la psychiatrie dans le domaine médical cause une inattractivité et une dévalorisation de la profession à l'origine du déclin de recrutement de psychiatres contrastant avec la hausse de prévalence des troubles psychiatriques. Cette pénurie est encore plus marquée dans les pays à revenu faible ou intermédiaire. [63]

Ainsi le Maroc dispose que d'environ 400 psychiatres ($\approx 1/100000$ hab.), un chiffre loin de répondre aux normes établies par l'Organisation Mondiale de la Santé ($2,5/100000$). [64]

Les pouvoirs publics ont tenté de redresser la situation en augmentant les nombres de postes ouverts à la formation spécialisée en psychiatrie [65], mais devant le grand nombre de postes qui demeurent vacants, il est clair que le

désintérêt naissant des étudiants en médecine pour la psychiatrie comme choix de carrière en est la cause.

Cette situation semble être une tendance mondiale comme le soulignent plusieurs articles. [66][67][68]

Même les pays qui aujourd'hui répondent aux normes de l'OMS en matière de démographie médicale psychiatrique comme la Suisse, appréhendent une pénurie dans les années à venir. [69]

Notre enquête, par la mise en évidence de certains préjugés, a par ailleurs relevé une certaine confusion de la part des enquêtés en ce qui concerne les champs d'activité de la psychiatrie. Nous remarquons que leur perception du psychiatre est plus celle du psychanalyste ou du psychothérapeute plutôt que celle du spécialiste en neurosciences. Il est probable que ce soit l'une des causes du dénigrement de cette spécialité au sein de la communauté médicale.

D'ailleurs Katschnig, en tentant de dégager les défis majeurs que la profession psychiatrique doit relever, a rappelé que l'identité d'une profession, son statut au sein de la communauté médicale et le regard que la société pose sur elle sont des facteurs importants de motivation et d'intérêt. [70]

Il convient donc de réfléchir au besoin de déconstruire certains préjugés et œuvrer à revaloriser la spécialité en mettant entre autres la lumière sur la diversité, la complémentarité et l'efficacité de ses pratiques pour tenter de destigmatiser les professionnels et rendre la profession attractive.



*Recommandations
et initiatives actuelles*

L'amélioration de l'image des psychiatres et de la psychiatrie aux yeux des professionnels de la santé, des étudiants en médecine, des décideurs en matière de santé, et de la population générale représente le premier objectif du plan d'action 2008-2011 de la World Psychiatric Association. [71] Cette dernière a constitué alors un groupe de travail afin de ressortir avec des axes d'intervention.

Après recueil et examen des quelques données disponibles sur ce sujet, le groupe de travail mis en place pour cet effet est ressorti avec des recommandations afin de réduire cette stigmatisation et de réduire ses importantes répercussions. Ainsi, ce groupe de travail a souligné le rôle que les psychiatres ont à jouer dans ces actions de déstigmatisation et de l'amélioration de l'image du psychiatre et de la psychiatrie en adressant ces recommandations aux associations nationales de psychiatrie de tous les pays du monde, aux chefs de services de psychiatrie et aux psychiatres en général.

Dans son article publié en 2010 [72], Sartorius a résumé les conclusions de ce groupe de travail, parmi lesquelles nous retrouvons :

Recommandations destinées aux sociétés savantes nationales de psychiatrie :

- Les associations nationales de psychiatrie devraient étroitement collaborer avec les associations nationales d'autres spécialités, les associations de patients et de leurs familles, et avec d'autres associations impliquées dans les soins de santé mentale et le rétablissement des patients. Cette collaboration peut par exemple prendre la forme de projets communs entre les associations nationales

de spécialités (exemple : recherches sur la comorbidité des troubles mentaux et physiques) ou l'introduction de réunions régulières incluant des représentants d'associations de patients et de leurs familles et les dirigeants des programmes de santé mentale qui peuvent réduire certains conflits et offrir une opportunité de contact et de collaborations. Tout autant d'initiatives qui peuvent réduire le fossé creusé entre les différentes parties et participer à l'amélioration de l'image du psychiatre et de la psychiatrie.

- Les associations nationales de psychiatrie, en collaboration avec les institutions académiques compétentes, devraient réévaluer les programmes d'enseignement de la psychiatrie des deuxième et troisième cycles d'études médicales. En effet, la mauvaise image de la psychiatrie qu'ont les étudiants en médecine et leur désintérêt à cette profession comme choix de spécialité est d'une part dû à l'influence des enseignants d'autres disciplines médicales qui nourrissent ces préjugés et d'une autre part dû aussi à la façon dont la psychiatrie est présentée et enseignée dans les écoles de médecine. Une variété de méthodes d'enseignement qui pourrait rendre la psychiatrie plus attrayante doit être envisagée, notamment inclure dans leur formation l'étude des origines de la stigmatisation de la maladie mentale et les méthodes qui peuvent la combattre. Aussi, mettre en contact les étudiants avec des patients traités pour leur maladie psychiatrique et guéris de celle-ci pourrait améliorer l'image qu'ils se font des psychiatres et de leurs compétences. Le recours aux écoles d'été et aux programmes d'échanges pourrait également aider à redorer l'image du psychiatre et de la psychiatrie en assurant une meilleure intégration de l'enseignement de la psychiatrie avec celle des neurosciences et des sciences du comportement, et en réduisant la fausse image que les étudiants se font sur les psychiatres et leur profession.

- Les associations nationales de psychiatrie devraient chercher à établir et à maintenir des relations de travail de qualité avec les médias. Cela va sans dire que ces derniers ont une influence majeure sur le grand public et font souvent véhiculer des informations incomplètes ou obsolètes sur les psychiatres et leur profession. Pour cet effet, les associations devraient envisager différentes façons de fournir des informations à jour aux médias pour rectifier les idées reçues et mieux informer le grand public sur les activités des psychiatres et de la psychiatrie et réduire ainsi leur stigmatisation (ateliers, bulletins réguliers d'information, inclusion des psychiatres dans les médias comme experts sur les questions psychiatriques..).

Une formation aux techniques de communication aux médias destinée aux professionnels de la santé mentale est encouragée car elle pourrait améliorer leur crédibilité et l'acceptation de leur message. Une intervention spécifique qui vise à améliorer les relations entre les psychiatres et les médias est décrite par Kutner et Bresin [73]. Il s'agit d'un programme de formation à la communication aux médias qui met en place des ateliers ayant pour but d'informer à propos des médias et de leur fonctionnement tout en formant les participants aux compétences de présentation. Même si aucune évaluation formelle n'est disponible, les auteurs rapportent des expériences positives à l'issue de cette formation. De telles formations sont d'une importance considérable notamment devant tout effort visant à changer l'image du psychiatre et de la psychiatrie.

L'Association des Psychiatres du Québec a élaboré des recommandations sur la façon d'améliorer l'image des psychiatres à l'aide d'une campagne de communication. Ils encouragent également les psychiatres à réagir publiquement à la critique que la psychiatrie et ses professionnels subissent. [74]

Une meilleure visibilité est également recommandée par Felix [75] et Davidson [76], qui suggèrent que le bénévolat communautaire est une approche intéressante pour une meilleure reconnaissance publique.

Recommandations destinées aux chefs de services de psychiatrie et aux psychiatres en général :

Les psychiatres doivent être conscients que leur comportement peut contribuer à la stigmatisation de la psychiatrie en tant que discipline et d'eux-mêmes en tant que ses représentants. Ainsi le comportement des psychiatres dans leur pratique clinique est d'une grande importance pour l'image de la psychiatrie et des psychiatres. Selon la WPA, une attention particulière devrait être donnée aux points suivants :

- Veiller au développement et au maintien d'une relation respectueuse avec les patients et leurs proches quelque soit la situation.
- S'informer régulièrement des progrès de la recherche et des pratiques en psychiatrie, et veiller à leur mise en œuvre dans la pratique clinique.
- Le respect strict des principes éthiques dans la prestation des soins et de l'organisation des services.
- La collaboration avec d'autres spécialistes médicaux et autres professionnels de la santé, ainsi que d'autres professionnels impliqués dans les soins aux personnes atteintes de troubles mentaux.



Conclusion

La psychiatrie est une discipline médicale au passé peu commun. Elle puise ses origines dans l'histoire de la médecine et la philosophie de la psyché et s'est développée dans le champ des neurosciences à l'interface du médical et du social.

Ces dernières décennies, elle a connu un essor sans pareil. La psychiatrie s'est vue, en effet, améliorer ses descriptions et classifications des troubles mentaux, ses recherches scientifiques, l'efficacité et la diversité de ses traitements, en passant par l'organisation des soins et de ses structures sanitaires.

Paradoxalement, le phénomène de stigmatisation qui entoure cette discipline est étonnamment persistant. En effet, les avancées considérables qu'a connu la psychiatrie ne semble pas avoir changé l'image négative que se fait la population générale d'elle. Ce que Goffman introduit comme une « stigmatisation de courtoisie » semble en être la raison majeure.

En effet, ce phénomène social complexe s'étend des patients atteints de troubles mentaux à toutes les personnes à leur contact, en n'épargnant pas les structures et les professionnels qui leur dispensent les soins appropriés. Ainsi, le psychiatre se retrouve au centre d'une multitude de préjugés socialement construits et fidèlement véhiculés par les médias, ne reflétant souvent pas la réalité.

Les professionnels de la santé et les étudiants en médecine, issus initialement de cette société, nourrissent aussi des préjugés mis en évidence par cette enquête à l'encontre de leurs collègues psychiatres.

Les motivations des psychiatres à choisir leur spécialité sont alors souvent sous-estimées, leurs compétences somatiques sont reniées, leurs champs d'activité sont confondus et leur personne minutieusement analysée.

Notre étude, en révélant un regard dépréciateur sur les psychiatres par leurs confrères somaticiens, s'est alignée avec de nombreuses autres études antérieures. Elle a fait ressortir des préjugés déjà étudiés dans certaines enquêtes avec des pourcentages similaires ou légèrement supérieurs, et d'autres images inédites caractéristiques de notre contexte.

Ce travail, loin d'épuiser la question, aura permis, nous l'espérons, de mettre la lumière sur la nécessité d'encourager d'autres recherches dans ce sens afin de mieux appréhender le phénomène social grandissant de la stigmatisation du psychiatre et lui accorder une juste importance.

Aujourd'hui, nombreuses sont les conséquences qui découlent de cette stigmatisation tenace et leur portée est considérable. La pénurie majeure de psychiatres dans les pays en voie de développement contrastant avec la hausse de prévalence des troubles psychiatriques, et le désintérêt des étudiants en médecine pour cette spécialité font foi.

Nombreux sont les auteurs inquiets qui débattent de cette stigmatisation résistante aux changements et tentent de dégager des recommandations et des axes d'intervention qui pourraient améliorer la situation.

Tous s'accordent pour dire que les psychiatres, bien que stigmatisés, constituent des agents « clés » de leur déstigmatisation ainsi que celle de leur profession.

En effet, ils devraient communiquer clairement à leurs collègues et aux usagers à propos de leur formation, leur statut, leurs missions et leurs champs de compétences.

Aujourd'hui, le psychiatre doit s'approprier son savoir et le valoriser. Il doit se positionner comme médecin avant tout, mais aussi spécialiste des neurosciences et psychothérapeute, particulièrement concerné par la dimension sociale de son métier.



Résumés

RESUME

Titre : Stigmatisation du psychiatre dans le milieu médical: Origines, réalités et répercussions.

Auteur : Faouz MANSOURI.

Mots-clés : Stigmatisation – psychiatre – milieu médical.

Objectifs :

- Objectiver les préjugés émis par les professionnels de santé sur le psychiatre et sa profession.
- Mettre en évidence les répercussions de ces préjugés.

Matériels et méthodes :

Il s'agit d'une étude descriptive transversale, avec revue de littérature. L'enquête est réalisée au moyen d'un questionnaire anonyme diffusé par deux moyens : informatisé ou déposé directement au lieu de travail. Elle inclut étudiants et internes en médecine, résidents, et praticiens généralistes et spécialistes des deux secteurs privé et public/universitaire exerçant dans deux villes : Rabat et Kénitra. L'analyse statistique est effectuée par le logiciel SPSS et les résultats sont comparés à l'aide du test de Chi-deux.

Résultats :

529 personnes ont répondu au questionnaire. Plusieurs données sociodémographiques concernant les personnes enquêtées sont obtenues. Leurs perceptions et représentations du psychiatre et de sa profession ont objectivé une stigmatisation. L'analyse comparative des données a révélé des influences significatives sur les préjugés énoncés, telles que celle du sexe, du statut, du type de spécialité, du secteur d'exercice et des antécédents.

Discussion :

La comparaison des préjugés mis en évidence par l'enquête avec ceux retrouvés dans la littérature présente beaucoup de similitudes. D'autres n'ont pas été suffisamment étudiés. Ici et ailleurs, les psychiatres et leur profession sont sujets à une stigmatisation qui peut être à l'origine de conséquences importantes, notamment le déclin majeur de recrutement de professionnels que la psychiatrie connaît de nos jours. Aussi, les professionnels de santé, en véhiculant ces préjugés, participent à leur ancrage au sein de la population générale.

Conclusion :

Cette étude a objectivé des préjugés jusque-là non étudiés dans notre contexte, qui peuvent avoir des répercussions sur plusieurs niveaux.

ABSTRACT

Title: Stigmatization of psychiatrists in the medical field: Origins, realities and impacts.

Author: Faouz MANSOURI.

Keywords: Stigmatization – psychiatrist – medical field.

Objectives:

- To objectify prejudices on psychiatrists and psychiatry issued by health professionals.
- To highlight the impact of these prejudices.

Materials and methods:

This work is a descriptive cross-sectional study, with a literature review. The survey was developed based on an anonymous questionnaire which was spread by two ways: computer-assisted or given directly on site. It includes medical students and interns, residents, general practitioners and specialists from both private and public sectors in two cities: Rabat and Kenitra. Statistical analysis is carried out by SPSS software and results are compared using Chi-square test.

Results :

529 participants responded to the questionnaire. Several socio-demographic data were obtained. Their perceptions and representations of the psychiatrist and psychiatry have objectified a stigmatization. The comparative analysis of the data revealed statistically significant differences by gender, status, specialty type, sector of activity and psychiatric background.

Discussion :

The comparison between the surveyed prejudices and those found in the literature, showed some similarities, others require to be studied further. It shows that revealed stigmatization of psychiatrists and psychiatry has too many impacts, as a major decline of psychiatrists' recruitment. Adding to that, health professionals help spreading these prejudices, to become rooted in people's beliefs.

Conclusion :

This study has pinpointed prejudices that has never been studied in our country so far and which has impacts at different levels.

المُلخَص

العنوان: وسم الطبيب النفساني في الوسط الطبي : أصوله، حقائقه و انعكاساته.

الكاتبة: فوز المنصوري.

الكلمات المفتاح: وسم - طبيب نفساني - وسط طبي.

الأهداف: - جعل أمرا موضوعيا الآراء المسبقة للطبيب النفساني و مهنته من طرف مهني الطب.

- انعكاسات هذه الآراء المسبقة.

المواد والطرق:

هذه الدراسة وصفية مستعرضة مع مراجعة أدبية. تم التحري عن طريق استمارة (بدون التعرف على هوية المستجوبين) و وزعت بطريقتين : معلوماتيا أو وضعت مباشرة في عيادة الأطباء. و قد همت الدراسة كل من طلبة الطب، الأطباء الداخليين و المقيمين و كلا الأطباء العاميين والمتخصصين العاملين في القطاعين الخاص و العمومي في مدينتي الرباط و القنيطرة. أما التحليل الإحصائي فأُنجز اعتمادا على البرنامج SPSS بينما تم التحليل المقارن بواسطة الرائز Chi-deux.

النتائج:

رد 529 شخص على هذه الإستمارة. تم الحصول على عدة معطيات سوسيوديموغرافية تتعلق بهؤلاء الأشخاص. بينت نظراتهم و تمثيلاتهم للطبيب النفساني و مهنته وسم هذا الأخير. أظهر التحليل المقارن تأثيرات محسوسة على هذه الآراء المسبقة، تتعلق بالجنس، الوضعية، نوع التخصص، قطاع التشغيل و السوابق.

المناقشة:

انطلاقا من مقارنة الآراء المسبقة المحصل عليها وتلك التي نجدها في الكتابات الأدبية، تبين أن هناك عديد من أوجه التشابه، في حين هناك آراء مسبقة يلزم أن تُدرَس بصورة أعمق . يبقى دائما الأطباء النفسانيين و مهنتهم عرضة الوسم، والذي ينتج عنه انعكاسات مهمة كالإنخفاض الكبير في توظيف هذه الشريحة من الأطباء. و بترويج هذه الآراء المسبقة، يساهم الطاقم الطبي في تثبيتها عند العامة.

الخاتمة:

ابرزت هذه الدراسة آراء مسبقة لم تدرس من قبل في بلدنا و التي يمكن أن تحدث إنعكاسات على عدة مستويات.



QUESTIONNAIRE

Ce questionnaire anonyme a été élaboré pour étudier la perception du psychiatre dans le milieu médical, et ce dans le cadre d'une thèse en médecine.

Il concerne les étudiants en médecine de 6^{ème} année et plus, les médecins généralistes ainsi que les résidents (hors résidents en psychiatrie) et praticiens spécialistes (hors psychiatres).

Merci pour votre collaboration.

Mansouri F.

Partie I : Données socio-démographiques

1. Vous êtes : Une femme Un homme

2. Votre âge :

3. Vous êtes : - Etudiant en 6^{ème} année de médecine

- Etudiant en médecine faisant fonction d'interne

- Interne

- Médecin généraliste : Secteur public Secteur privé

- Résident en

- Praticien spécialiste en

dans le Secteur universitaire/public Secteur privé

4. Avez-vous un proche parent médecin ? Père Mère Frère/Sœur Aucun

5. Quelle(s) spécialité(s) pratique(nt)-il(s) ?

6. Avez-vous déjà connu des antécédents psychologiques ou psychiatriques ?

Oui, des antécédents personnels.

Oui, des antécédents familiaux.

Oui, des antécédents personnels et familiaux.

Non.

Partie II : Perceptions et représentations

7. Pensez-vous que la psychiatrie soit un choix de spécialité comme un autre ? Oui Non

8. Si la psychiatrie était la seule spécialité qui s'offrait à vous, quelle(s) est(sont) la(les) raison(s) qui vous empêcherait(aient) de la pratiquer? (Vous pouvez cocher plus d'une réponse à cette question)

- L'incompréhension des objectifs et des limites de la spécialité.
- La lourde responsabilité que cette spécialité implique.
- La difficulté de la spécialité.
- La discrimination par mon entourage.
- L'impression de ne rien pouvoir faire à mes patients.
- Les éventuelles conséquences que la spécialité pourraient avoir sur ma vie personnelle.
- Autre(s) :
- Aucune raison.

9. Que pensez-vous de ces 'idées' ? (Notez d'une échelle de 1 à 5)

- Un résident en psychiatrie a raté le concours de résidanat.

Pas du tout 1 2 3 4 5 Tout à fait

- Un résident en psychiatrie est sans ambition, et cherche la facilité.

Pas du tout 1 2 3 4 5 Tout à fait

- Le psychiatre ne guérit pas, il 'drogue' ses patients.

Pas du tout 1 2 3 4 5 Tout à fait

- Le psychiatre est souvent « bizarre ».

Pas du tout 1 2 3 4 5 Tout à fait

- Le psychiatre n'est plus médecin.

Pas du tout 1 2 3 4 5 Tout à fait

- Le psychiatre a une aversion pour le somatique, d'où son choix de spécialité.

Pas du tout 1 2 3 4 5 Tout à fait

- La psychiatrie finit par rendre malade celui qui la pratique.

Pas du tout 1 2 3 4 5 Tout à fait

- La psychiatrie est une discipline plus littéraire que scientifique.

Pas du tout 1 2 3 4 5 Tout à fait

- La psychiatrie ne devrait pas être une discipline médicale.

Pas du tout 1 2 3 4 5 Tout à fait

10. Est-ce que vous référez/référerez des patients avec probable atteinte psychiatrique ? Oui Non

11. Si oui, à partir de quel moment ?

Lorsque vous percevez des troubles majeurs chez ce patient.

Lorsque vous percevez des troubles mineurs chez ce patient.



Bibliographie

- [1] J. Oulès. Le psychiatre dans la société : l'évolution de son image et de sa fonction sociale. Privat, 1965.
- [2] J.Hochmann. Histoire de la psychiatrie. Chap 3. L'Hystérie au débat. PUF, 2011.
- [3] D. Jacquart dans sa contribution « La réflexion médicale médiévale et l'apport arabe » à la Nouvelle Histoire de la Psychiatrie. Privat, 1983.
- [4] N. Deuraseh and M. Abu Talib (2005), "Mental health in Islamic medical tradition", *The International Medical Journal* 4 (2), p. 76-79.
- [5] Ibrahim B. Syed, "Islamic Medicine: 1000 years ahead of its times", *Journal of the International Society for the History of Islamic Medicine*, 2002 (2): p.2-9.
- [6] A. Martin-Araguz, C. Bustamante-Martinez, V. Fernandez-Armayor, J.M. Moreno-Martinez (2002). "Neuroscience in al-Andalus and its influence on medieval scholastic medicine", *Revista de neurología* 34 (9), p. 877-892.
- [7] Safavi-Abbasi, LBC Brasiliense, RK Workman (2007), « The fate of medical knowledge and the neurosciences during the time of Genghis Khan and the Mongolian Empire », *Neurosurgical Focus* 23 (1), E13, p. 3.
- [8] D. Jacquart. Le regard d'un médecin sur son temps : Jacques Despars (1380?-1458). Bibliothèque de l'école des chartes. 1980, tome 138, livraison 1. p. 71.
- [9] T. Maus de Rolley Jean. Wier et la fabrique de l'illusion diabolique. *Revue de Sciences humaines*, n° 8, L'illusion, avril, 2005.

- [10] M. Gourevitch. Vitalité de la loi de 1838. Histoire des sciences médicales (1988).22(2).p.176.
- [11] M. BOUCHAARA. Immigrations et protections au Maroc. Imp. Royale, Rabat. 1984. Tome I. p. 184.
- [12] J-Y. Giordana. Stigmatisation en psychiatrie et en santé mentale. Masson 2010. p. 11-117.
- [13] S.Lwolff et P.Serieux. Sur quelques moyens de contrainte appliqués aux aliénés au Maroc. Revue de psychiatrie et de psychologie expérimentale. 7^e série, 15^e année, Tome XV, Mai 1911, N°5.
- [14] M. Angermeyer Préface. Giordana J-Y. Stigmatisation en psychiatrie et en santé mentale. Masson 2010. p. XIV.
- [15] M. Angermeyer, B. Schulze, S. Dietrich. Couresy Stigma--a focus group study of relatives of schizophrenia patients. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2003;38:593-602.
- [16] JL. Roelandt. De l'autostigmatisation aux origines du processus de stigmatisation. A propos de l'enquête internationale « Santé mentale en population générale : images et réalités » en France et dans 17 pays. Psychol Soc Educ. 2012;137-149.
- [17] J-L Roelandt, A Caria, L Defromont, A Vandeborre, N Daumerie. Representations of insanity, mental illness and depression in general population in France. L'Encéphale. 2010;36(3 Suppl):7-13.
- [18] C Bonsack, S Morandi, J Favrod, P Conus. Le stigmate de la «folie» : de la fatalité au rétablissement Rev Med Suisse 2013; 9 : 588-592.

- [19] E Goffman. *Stigmate: les usages sociaux des handicaps*. Paris: Editions de minuit; 1975. p.12-180.
- [20] Organisation Mondiale de la Santé. La charge « cachée et indéterminée » des problèmes de santé mentale, aide-mémoire no 218, révisé novembre 2001.
- [21] G Thornicroft. (2006). *Shunned: Discrimination against People with Mental Illness*. New York (NY): Oxford University Press.
- [22] Pierre Juillet. *Dictionnaire de psychiatrie*. CILF. 2000.
- [23] Durkeim E. *Les formes élémentaires de la vie religieuse*. Alcan; 1912.
- [24] S. Moscovici, (1961). *La Psychanalyse, son Image, son Public*, édition 2004, Presses Universitaires de France, Bibliothèque de Psychanalyse. p27-28.
- [25] W. Doise (1986), *Les représentations sociales : Définition d'un concept*. p.85.
- [26] D. Jodelet. *Représentations sociales*. Presses Universitaires de France. 1989.
- [27] J. C. Abric, (1994). *Les représentations sociales : aspects théoriques, Pratiques sociales et représentations*, sous la direction de Jean Claude Abric. Edition 2003. *Psychologie Sociale*, Presses Universitaires de France, p.13.
- [28] P. Mannoni. *Les représentations sociales*. PUF, 2012.
- [29] H. S. Becker, *Outsiders. Études de sociologie de la déviance*. Paris, 1985.

- [30] R. Dericquebourg. Stigmates, préjugés, discrimination dans une perspective psychosociale, 9, 1988-1989, p. 65-74.
- [31] I. Ville (1999). Identité, représentation sociale et handicap moteur. Disponible sur http://noemed.univ-rennes1.fr/sisrai/art/identite,_representations_sociales_et_handicap_moteur_p.30-34.html.
- [32] J-P Leyens. Sommes-nous tous des psychologues ? Approche psychosociale des théories implicites de la personnalité. Mardaga, 1983. p. 67.
- [33] J-B Légal et S. Delouée. Stéréotypes, préjugés et discrimination. Dunod. p.9-10.
- [34] Nations-Unies, Assemblée générale, commission du droit international, Examen d'ensemble du droit international en vue des travaux de codifications de ma commission du droit international. Mémoire du Secrétaire général, NY, Lake Success, 1949 n.d.
- [35] G Thornicroft, D Rose, A Kassam, N Sartorius. Stigma : Ignorance, prejudice or discrimination ? Br J Psychiatry 2007;190:192-193.
- [36] P. W. Corrigan, K. T. Mueser, G. R. Bond, R. E. Drake, P. Solomon (2008). Principles and practice of psychiatric rehabilitation: An empirical approach. Chapter 2: Stigma and Mental Illness., p. 32-49.
- [37] B.G. Link, J. C. Phelan. (2001). Conceptualizing Stigma. Annual Review of Sociology, volume 27, 363-385.
- [38] P. Massé. (2003) Éthique et santé publique, Enjeux, valeurs et normativité, Ste-Foy : Presses de l'Université Laval, avec la collaboration de Jocelyne St-Arnaud.

- [39] World Health Organization. Stop exclusion: dare to care. Geneva: WHO; 2001.
- [40] A Hatfield. Psychosocial costs of schizophrenia to the family. 1978;(23).
- [41] N Sartorius. Fighting schizophrenia and its stigma. A new World Psychiatric Association educational programme. Br J Psychiatry J Ment Sci 1997;170:297.
- [42] N Sartorius. Fighting for Mental Health: A Personal View. Cambridge: Cambridge University Press; 2002. p.186.
- [43] C. Davenne. De l'influence médiatique sur la (dé)stigmatisation en santé mentale disponible sur http://www.psychiatries.be/doc/Education%20permanente/2013/2013_Influence%20m%E9diatique.pdf.
- [44] M. Reynaud. La peur du fou, l'image de la maladie mentale et de la psychiatrie.-Psychologie médicale,1992 ; 24(4) : p 339-343.
- [45] G. Walter. The stereotype of the mad psychiatrist. Aust N Z J Psychiatry. Déc 1989;23(4):547 -554.
- [46] PJ Fink. Stigma and mental illness. The enigma of stigma and its relation to psychiatric education. 1983.
- [47] H Dichter. The stigmatization of psychiatrists who work with chronically mentally ill persons. Stigma and mental illness. 1992.
- [48] A O'Brien, GA Ashby, S White, J Crame (2015) What do general psychiatrists do? A question posed to medical students and the general population. J Mental Health 24:126–128.

- [49] CE Sharpley. Public perceptions of four mental health professions: a survey of knowledge and attitudes to psychologists, psychiatrists, social workers and counsellors. 1986.
- [50] A Buchanan, D Bhugra. Attitude of the medical profession to psychiatry. *Acta Psychiatr Scand* 1992; 85: p. 1-5.
- [51] D Holmes, LM Tumiel-Berhalter, LE Zayas, R Watkins. «Bashing» of medical specialties: students' experiences and recommendations. *Fam Med*. juin 2008;40(6):400-406.
- [52] P Tamaskar, RA McGinnis. Declining student interest in psychiatry. *JAMA J Am Med Assoc*. 10 avr 2002;287(14):1859.
- [53] TW Lambert, G Turner, S Fazel, MJ Goldacre. Reasons why some UK medical graduates who initially choose psychiatry do not pursue it as a long-term career. *Psychol Med*. mai 2006;36(5):679-684.
- [54] D Culshaw, R Clafferty, K Brown. Let's get physical! A study of general practitioner's referral letters to general adult psychiatry--are physical examination and investigation results included? *Scott Med J*. févr 2008;53(1):7-8.
- [55] MJ Dewan, BF Levy, MP Donnelly. A positive view of psychiatrists and psychiatry. *Compr Psychiatry*. oct 1988;29(5):523-531.
- [56] H. Stuart, N. Sartorius, et T. Liinamaa. Images of psychiatry and psychiatrists. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 2015, vol. 131, no 1, p. 21-28.

- [57] R Laugharne, J Appiah-Poku, J Laugharne, R Shankar. Attitudes toward psychiatry among final-year medical students in Kumasi, Ghana. *Acad Psychiatry J Am Assoc Dir Psychiatr Resid Train Assoc Acad Psychiatry*. févr 2009;33(1):71-75.
- [58] R Balon, G Franchini, P Freeman, et al. Medical students' attitudes and views of psychiatry. *Academic Psychiatry*, 1999, vol. 23, no 1, p. 30-36.
- [59] JL Cutler, KJ Harding, SA Mozian, LL Wright, AG Pica, SR Masters, et al. Discrediting the notion « working with “crazies” will make you “crazy” »: addressing stigma and enhancing empathy in medical student education. *Adv Health Sci Educ Theory Pract*. Oct 2009;14(4):487-502.
- [60] HUNT, D. Daniel, SCOTT, Craig, ZHONG, Shiping, et al. Frequency and effect of negative comments ("badmouthing") on medical students' career choices. *Academic Medicine*, 1996, vol. 71, no 6, p. 665-9.
- [61] Hert M, Dekker JM, Wood D, Kahl KG, Holt RI, Moller HJ (2009) Cardiovascular disease and diabetes in people with severe mental illness position statement from the European Psychiatric Association (EPA), supported by the European Association for the Study of Diabetes (EASD) and the European Society of Cardiology (ESC). *Eur Psychiatry* 24:412–424.
- [62] Thornicroft G (2013) Premature death among people with mental illness. *BMJ* 346:f2969.
- [63] OMS | Plan d'action pour la santé mentale 2013-2020 [Internet]. WHO. [cited 2015 Jun 6]. Available from: http://www.who.int/mental_health/action_plan_2013/fr/.

- [64] WHO | Mental Health Atlas 2011 [Internet]. WHO. [cited 2015 Jun 6]. Available from: http://www.who.int/mental_health/publications/mental_health_atlas_2011/en/
- [65] Ministère de la santé. Stratégie Sectorielle de Santé 2012-2016 [Internet]. Royaume du Maroc; 2012 [cited 2014 May 6]. Available from: <http://srvweb.sante.gov.ma/Docs/Documents/secteur%20sant%C3%A9.pdf>
- [66] Roberts LW, Ohayon M, Coverdale J, Goldsmith M, Beresin EV, Louie AK, et al. Strengthening psychiatry's numbers. *Acad Psychiatry J Am Assoc Dir Psychiatr Resid Train Assoc Acad Psychiatry*. 2013 Sep;37(5):293–6.
- [67] Mukherjee K, Maier M, Wessely S. UK crisis in recruitment into psychiatric training. *The Psychiatrist*. 2013 Jun 1;37(6):210–4.
- [68] Stampfer H. The recruitment problem in psychiatry: A critical commentary [Internet]. 2011 [cited 2015 Jun 5]. Available from: <http://search.informit.com.au/documentSummary;dn=651584614133006;res=IELHSS>
- [69] Giacometti-Bickel G, Landolt K, Bernath C, Seifritz E. Il manquera 1000 psychiatres dans 10 ans. *Bull Méd Suisses*. 2013;94(8):302–5.
- [70] Katschnig H. Are psychiatrists an endangered species? Observations on internal and external challenges to the profession. *World Psychiatry Off J World Psychiatr Assoc WPA*. févr 2010;9(1):21-28.

- [71] World Psychiatric Association. WPA Action Plan 2008-2011. Available from : http://www.wpanet.org/detail.php?section_id=25&content_id=673
- [72] Sartorius N, Gaebel W, Cleveland H-R, Stuart H, Akiyama T, Arboleda-Flórez J, et al. WPA guidance on how to combat stigmatization of psychiatry and psychiatrists. *World Psychiatry Off J World Psychiatr Assoc WPA*. oct 2010;9(3):131-144.
- [73] Kutner L, Beresin EV. Media training for psychiatry residents. *Acad Psychiatry* 1999;23:227-32.
- [74] Lamontagne Y. The public image of psychiatrists. *Can J Psychiatry* 1990;35:693-5.
- [75] Felix RH. The image of the psychiatrist: past, present and future. *Am J Psychiatry* 1964;121:318-22.
- [76] Davidson HA. The image of the psychiatrist. *Am J Psychiatry* 1964; 121:329-34.

Serment d'Hippocrate

Au moment d'être admis à devenir membre de la profession médicale, je m'engage solennellement à consacrer ma vie au service de l'humanité.

- *Je traiterai mes maîtres avec le respect et la reconnaissance qui leur sont dus.*
- *Je pratiquerai ma profession avec conscience et dignité. La santé de mes malades sera mon premier but.*
- *Je ne trahirai pas les secrets qui me seront confiés.*
- *Je maintiendrai par tous les moyens en mon pouvoir l'honneur et les nobles traditions de la profession médicale.*
- *Les médecins seront mes frères.*
- *Aucune considération de religion, de nationalité, de race, aucune considération politique et sociale ne s'interposera entre mon devoir et mon patient.*
- *Je maintiendrai le respect de la vie humaine dès la conception.*
- *Même sous la menace, je n'userai pas de mes connaissances médicales d'une façon contraire aux lois de l'humanité.*
- *Je m'y engage librement et sur mon honneur.*

قسم أبقراط

بسم الله الرحمن الرحيم

أقسم بالله العظيم

في هذه اللحظة التي يتم فيها قبولي عضواً في المهنة الطبية أتعهد علانية:

- ◀ بأن أكرس حياتي لخدمة الإنسانية .
- ◀ وأن أحترم أسانذتي وأعترف لهم بالجميل الذي يستحقونه .
- ◀ وأن أمارس مهنتي بوانع من ضميري وشر في جاعلا صحة مريض هدي في الأول .
- ◀ وأن لا أفشي الأسرار المعهودة إلي .
- ◀ وأن أحافظ بكل ما لدي من وسائل على الشرف والتقاليد النبيلة لمهنة الطب .
- ◀ وأن أعتبر سائر الأطباء إخوة لي .
- ◀ وأن أقوم بواجبي نحو مرضاي بدون أي اعتبار ديني أو وطني أو عرقي أو سياسي أو اجتماعي .
- ◀ وأن أحافظ بكل حزم على احترام الحياة الإنسانية منذ نشأتها .
- ◀ وأن لا أستعمل معلوماتي الطبية بطريق يضر بحقوق الإنسان مهما لاقيت من تهديد .
- ◀ بكل هذا أتعهد عن كامل اختياري ومقسماً بالله العظيم .

والله على ما أقول شهيد .

جامعة محمد الخامس – الرباط
كلية الطب والصيدلة بالرباط

أطروحة رقم: 326

سنة : 2016

وسم الطبيب النفساني في الوسط الطبي: أصوله، حقائقه وانعكاساته

أطروحة

قدمت ونوقشت علانية يوم :

من طرفه

الآنسة: فوز المنصوري

المزودة في: 07 نونبر 1990 بتطوان

لنيل شهادة الدكتوراه في الطب

الكلمات الأساسية: وسم – طبيب نفسي – الوسط الطبي.

تحت إشراف اللجنة المكونة من الأساتذة

رئيس

مشرف

أعضاء

السيد: جلال التوفيق

أستاذ في الطب النفساني

السيدة: فاطمة الزهراء السقاط

أستاذة في الطب النفساني

السيد: عبد الرزاق وناس

أستاذ في الطب النفساني

السيد: حسن كسرى

أستاذ في الطب النفساني

السيدة: فاطمة العمري

أستاذة في الطب النفساني