



كلية الطب
والصيدلة - مراكش
FACULTÉ DE MÉDECINE
ET DE PHARMACIE - MARRAKECH

Année 2021

Thèse N° 008

La stigmatisation du psychiatre dans le milieu médical : Enquête auprès des médecins du CHU Mohammed VI de Marrakech

THÈSE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 09/02/2021

PAR

Mlle. **Najoua YASSINE**

Née Le 27 Novembre 1994 à Marrakech

Médecin interne au CHU Mohammed VI de Marrakech

POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MÉDECINE

MOTS-CLÉS

Stigmatisation – Psychiatre – Milieu médical – Marrakech

JURY

Mr. **M. BOURROUS**

Professeur de Pédiatrie

PRÉSIDENT

Mme. **F. MANOUDI**

Professeure de Psychiatrie

RAPPORTEUR

Mme. **N. LOUHAB**

Professeure de Neurologie

Mme. **S. AIT BATAHAR**

Professeure agrégée de Pneumo-phtisiologie

} JUGES

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

{ رَبِّ أَوْزِعْنِي أَنْ أَشْكُرَ نِعْمَتَكَ
الَّتِي أَنْعَمْتَ عَلَيَّ وَعَلَى وَالِدَيَّ
وَأَنْ أَعْمَلَ صَالِحًا تَرْضَاهُ وَأَصْلِحْ
لِي فِي ذُرِّيَّتِي إِنِّي تُبْتُ إِلَيْكَ
وَإِنِّي مِنَ الْمُسْلِمِينَ }

سورة الأختاف



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 strictement le respect de la vie humaine dès sa conception.

*Même sous la menace, je n'userai pas mes connaissances médicales
d'une façon contraire aux lois de l'humanité.*

Je m'y engage librement et sur mon honneur.

Déclaration Genève, 1948





*LISTE DES
PROFESSEURS*



UNIVERSITE CADI AYYAD
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE
MARRAKECH

Doyens Honoraires

: Pr. Badie Azzaman MEHADJI
: Pr. Abdelhaq ALAOUI YAZIDI

ADMINISTRATION

Doyen

: Pr. Mohammed BOUSKRAOUI

Vice doyen à la Recherche et la Coopération

: Pr. Mohamed AMINE

Vice doyen aux Affaires Pédagogiques

: Pr. Redouane EL FEZZAZI

Secrétaire Générale

: Mr. Azzeddine EL HOUDAIGUI

Professeurs de l'enseignement supérieur

Nom et Prénom	Spécialité	Nom et Prénom	Spécialité
ABKARI Imad	Traumato- orthopédie	FADILI Wafaa	Néphrologie
ABOU EL HASSAN Taoufik	Anesthésie- réanimation	FAKHIR Bouchra	Gynécologie- obstétrique
ABOUCHADI Abdeljalil	Stomatologie et chir maxillo faciale	FOURAIJI Karima	Chirurgie pédiatrique
ABOULFALAH Abderrahim	Gynécologie- obstétrique	GHANNANE Houssine	Neurochirurgie
ABOUSSAIR Nisrine	Génétique	GHOUNDALE Omar	Urologie
ADALI Imane	Psychiatrie	HACHIMI Abdelhamid	Réanimation médicale
ADMOU Brahim	Immunologie	HAJJI Ibtissam	Ophtalmologie
AGHOUTANE El Mouhtadi	Chirurgie pédiatrique	HAROU Karam	Gynécologie- obstétrique
AISSAOUI Younes	Anesthésie - réanimation	HOCAR Ouafa	Dermatologie
AIT AMEUR Mustapha	Hématologie Biologique	JALAL Hicham	Radiologie
AIT BENALI Said	Neurochirurgie	KAMILI El Ouafi El Aouni	Chirurgie pédiatrique
AIT BENKADDOUR Yassir	Gynécologie- obstétrique	KHALLOUKI Mohammed	Anesthésie- réanimation
AIT-SAB Imane	Pédiatrie	KHATOURI Ali	Cardiologie
AMAL Said	Dermatologie	KHOUCHANI Mouna	Radiothérapie
AMINE Mohamed	Epidémiologie- clinique	KISSANI Najib	Neurologie
AMMAR Haddou	Oto-rhino- laryngologie	KRATI Khadija	Gastro- entérologie
AMRO Lamyae	Pneumo- phtisiologie	KRIET Mohamed	Ophtalmologie
ANIBA Khalid	Neurochirurgie	LAGHMARI Mehdi	Neurochirurgie
ARSALANE Lamiae	Microbiologie - Virologie	LAKMICHI Mohamed Amine	Urologie
ASMOUKI Hamid	Gynécologie- obstétrique	LAOUAD Inass	Néphrologie
ATMANE El Mehdi	Radiologie	LOUHAB Nisrine	Neurologie
BAIZRI Hicham	Endocrinologie et maladies métaboliques	LOUZI Abdelouahed	Chirurgie - générale

BASRAOUI Dounia	Radiologie	MADHAR Si Mohamed	Traumato- orthopédie
BASSIR Ahlam	Gynécologie- obstétrique	MANOUDI Fatiha	Psychiatrie
BELKHOUS Ahlam	Rhumatologie	MANSOURI Nadia	Stomatologie et chiru maxillo faciale
BEN DRISS Laila	Cardiologie	MAOULAININE Fadl mrabih rabou	Pédiatrie (Néonatalogie)
BENCHAMKHA Yassine	Chirurgie réparatrice et plastique	MATRANE Aboubakr	Médecine nucléaire
BENELKHAÏAT BENOMAR Ridouan	Chirurgie - générale	MOUAFFAK Youssef	Anesthésie - réanimation
BENHIMA Mohamed Amine	Traumatologie - orthopédie	MOUDOUNI Said Mohammed	Urologie
BENJILALI Laila	Médecine interne	MOUFID Kamal	Urologie
BENZAROUËL Dounia	Cardiologie	MOUTAJ Redouane	Parasitologie
BOUCHENTOUF Rachid	Pneumo- phtisiologie	MOUTAOUAKIL Abdeljalil	Ophtalmologie
BOUKHANNI Lahcen	Gynécologie- obstétrique	MSOUGGAR Yassine	Chirurgie thoracique
BOUKHIRA Abderrahman	Biochimie - chimie	NAJEB Youssef	Traumato- orthopédie
BOUMZEBRA Drissi	Chirurgie Cardio- vasculaire	NARJISS Youssef	Chirurgie générale
BOURRAHOÛAT Aïcha	Pédiatrie	NEJMI Hicham	Anesthésie- réanimation
BOURROUS Monir	Pédiatrie	NIAMANE Radouane	Rhumatologie
BOUSKRAOÛI Mohammed	Pédiatrie	OUALI IDRÏSSI Mariem	Radiologie
CHAFIK Rachid	Traumato- orthopédie	OULAD SAIAD Mohamed	Chirurgie pédiatrique
CHAKOUR Mohamed	Hématologie Biologique	QACIF Hassan	Médecine interne
CHELLAK Saliha	Biochimie- chimie	QAMOÛSS Youssef	Anesthésie- réanimation
CHERIF IDRÏSSI EL GANOUNI Najat	Radiologie	RABBANI Khalid	Chirurgie générale
CHOULLI Mohamed Khaled	Neuro pharmacologie	RADA Nouredine	Pédiatrie
DAHAMI Zakaria	Urologie	RAIS Hanane	Anatomie pathologique
DRAÏSS Ghizlane	Pédiatrie	RAJÏ Abdelaziz	Oto-rhino- laryngologie
EL ADIB Ahmed Rhassane	Anesthésie- réanimation	ROCHDI Youssef	Oto-rhino laryngologie
EL ANSARI Nawal	Endocrinologie et maladies métaboliques	SAMKAOÛI Mohamed Abdenasser	Anesthésie- réanimation
EL BARNÏ Rachid	Chirurgie- générale	SAMLANI Zouhour	Gastro- entérologie
EL BOUCHTI Imane	Rhumatologie	SARF Ismail	Urologie
EL BOÛÏHI Mohamed	Stomatologie et chir maxillo faciale	SORAA Nabila	Microbiologie - Virologie
EL FEZZAZÏ Redouane	Chirurgie pédiatrique	SOÛMMANI Abderraouf	Gynécologie- obstétrique

EL HAOURY Hanane	Traumato- orthopédie	TASSI Noura	Maladies infectieuses
EL HATTAOUI Mustapha	Cardiologie	TAZI Mohamed Illias	Hématologie- clinique
EL HOUDZI Jamila	Pédiatrie	YOUNOUS Said	Anesthésie- réanimation
EL IDRISSE SLITINE Nadia	Pédiatrie	ZAHLANE Kawtar	Microbiologie - virologie
EL KARIMI Saloua	Cardiologie	ZAHLANE Mouna	Médecine interne
EL KHAYARI Mina	Réanimation médicale	ZAOUI Sanaa	Pharmacologie
EL MGHARI TABIB Ghizlane	Endocrinologie et maladies métaboliques	ZIADI Amra	Anesthésie - réanimation
ELFIKRI Abdelghani	Radiologie	ZOUHAIR Said	Microbiologie
ESSAADOUNI Lamiaa	Médecine interne	ZYANI Mohammed	Médecine interne

Professeurs Agrégés

Nom et Prénom	Spécialité	Nom et Prénom	Spécialité
ABIR Badreddine	Stomatologie et Chirurgie maxillo faciale	EL MEZOUARI El Moustafa	Parasitologie Mycologie
ADARMOUCH Latifa	Médecine Communautaire (médecine préventive, santé publique et hygiène)	EL OMRANI Abdelhamid	Radiothérapie
AIT BATAHAR Salma	Pneumo- phtisiologie	FAKHRI Anass	Histologie- embryologie cytogénétique
ALJ Soumaya	Radiologie	IHBIBANE fatima	Maladies Infectieuses
ARABI Hafid	Médecine physique et réadaptation fonctionnelle	KADDOURI Said	Médecine interne
ARSALANE Adil	Chirurgie Thoracique	LAHKIM Mohammed	Chirurgie générale
BELBACHIR Anass	Anatomie- pathologique	LAKOUICHMI Mohammed	Stomatologie et Chirurgie maxillo faciale
BELBARAKA Rhizlane	Oncologie médicale	MARGAD Omar	Traumatologie - orthopédie
BELHADJ Ayoub	Anesthésie -Réanimation	MLIHA TOUATI Mohammed	Oto-rhino-laryngologie
BENALI Abdeslam	Psychiatrie	MOUHSINE Abdelilah	Radiologie
BENJELLOUN HARZIMI Amine	Pneumo- phtisiologie	NADER Youssef	Traumatologie - orthopédie
BOUZERDA Abdelmajid	Cardiologie	OUBAHA Sofia	Physiologie
BSISS Mohamed Aziz	Biophysique	SAJIAI Hafsa	Pneumo- phtisiologie
CHRAA Mohamed	Physiologie	SALAMA Tarik	Chirurgie pédiatrique
DAROUASSI Youssef	Oto-rhino - Laryngologie	SEDDIKI Rachid	Anesthésie - Réanimation
EL AMRANI Moulay Driss	Anatomie	SERGHINI Issam	Anesthésie - Réanimation
EL HAOUATI Rachid	Chirurgie Cardio- vasculaire	TOURABI Khalid	Chirurgie réparatrice et plastique

EL KAMOUNI Youssef	Microbiologie Virologie	ZARROUKI Youssef	Anesthésie – Réanimation
EL KHADER Ahmed	Chirurgie générale	ZEMRAOUI Nadir	Néphrologie

Professeurs Assistants

Nom et Prénom	Spécialité	Nom et Prénom	Spécialité
ABDELFETTAH Youness	Rééducation et Réhabilitation Fonctionnelle	ELOUARDI Youssef	Anesthésie réanimation
ABDOU Abdessamad	Chiru Cardio-vasculaire	EL-QADIRY Rabiyy	Pédiatrie
ABOULMAKARIM Siham	Biochimie	ESSADI Ismail	Oncologie Médicale
ACHKOUN Abdessalam	Anatomie	FDIL Naima	Chimie de Coordination Bio- organique
AIT ERRAMI Adil	Gastro-entérologie	FENNANE Hicham	Chirurgie Thoracique
AKKA Rachid	Gastro - entérologie	HAJHOUI Farouk	Neurochirurgie
ALAOUI Hassan	Anesthésie – Réanimation	HAJJI Fouad	Urologie
AMINE Abdellah	Cardiologie	HAMMI Salah Eddine	Médecine interne
ARROB Adil	Chirurgie réparatrice et plastique	Hammoune Nabil	Radiologie
ASSERRAJI Mohammed	Néphrologie	HAMRI Asma	Chirurgie Générale
AZIZ Zakaria	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale	JALLAL Hamid	Cardiologie
BAALLAL Hassan	Neurochirurgie	JANAH Hicham	Pneumo- phtisiologie
BABA Hicham	Chirurgie générale	LAFFINTI Mahmoud Amine	Psychiatrie
BELARBI Marouane	Néphrologie	LAHLIMI Fatima Ezzahra	Hématologie clinique
BELFQUIH Hatim	Neurochirurgie	LAHMINI Widad	Pédiatrie
BELGHMAIDI Sarah	Ophthalmologie	LALYA Issam	Radiothérapie
BELLASRI Salah	Radiologie	LAMRANI HANCH Asmae	Microbiologie-virologie
BENANTAR Lamia	Neurochirurgie	LOQMAN Souad	Microbiologie et toxicologie environnementale
BENNAOUI Fatiha	Pédiatrie	MAOUJOURD Omar	Néphrologie
BENZALIM Meriam	Radiologie	MEFTAH Azzelarab	Endocrinologie et maladies métaboliques
BOUTAKIOUTE Badr	Radiologie	MILOUDI Mohcine	Microbiologie – Virologie
CHAHBI Zakaria	Maladies infectieuses	NASSIH Houda	Pédiatrie
CHETOUI Abdelkhalek	Cardiologie	NASSIM SABAH Taoufik	Chirurgie Réparatrice et Plastique
CHETTATI Mariam	Néphrologie	OUMERZOUK Jawad	Neurologie
DAMI Abdallah	Médecine Légale	RAGGABI Amine	Neurologie
DARFAOUI Mouna	Radiothérapie	RAISSI Abderrahim	Hématologie clinique
DOUIREK Fouzia	Anesthésie- réanimation	REBAHI Houssam	Anesthésie – Réanimation
EL- AKHIRI Mohammed	Oto-rhino-laryngologie	RHARRASSI Isam	Anatomie-pathologique
EL AMIRI My Ahmed	Chimie de Coordination bio-organique	ROUKHSI Redouane	Radiologie

EL FADLI Mohammed	Oncologie médicale	SALLAHI Hicham	Traumatologie-orthopédie
EL FAKIRI Karima	Pédiatrie	SAYAGH Sanae	Hématologie
EL GAMRANI Younes	Gastro-entérologie	SBAAI Mohammed	Parasitologie-mycologie
EL HAKKOUNI Awatif	Parasitologie mycologie	SEBBANI Majda	Médecine Communautaire (médecine préventive, santé publique et hygiène)
EL HAMZAOUI Hamza	Anesthésie réanimation	SIRBOU Rachid	Médecine d'urgence et de catastrophe
EL KHASSOUI Amine	Chirurgie pédiatrique	WARDA Karima	Microbiologie
ELATIQUI Oumkeltoum	Chirurgie réparatrice et plastique	ZBITOU Mohamed Anas	Cardiologie
ELBAZ Meriem	Pédiatrie	ZOUIZRA Zahira	Chirurgie Cardio-vasculaire
ELJAMILI Mohammed	Cardiologie		

LISTE ARRETEE LE 01/02/2021



DÉDICACES

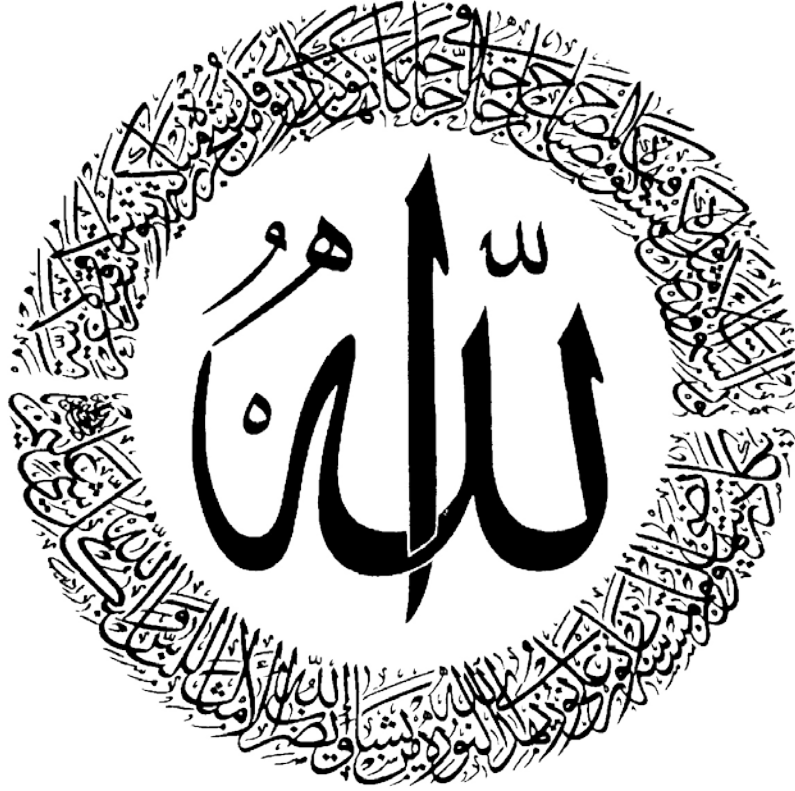


*Toutes les lettres ne sauraient trouver les mots qu'il faut...
Tous les mots ne sauraient exprimer ma gratitude,
mon amour, mon respect, et ma reconnaissance...
Aussi, c'est tout simplement que...*



Je dédie cette thèse à...

A ALLAH



A mon Dieu, le tout-puissant !

Au seigneur le tout généreux !

Au miséricordieux, le très clément !

*C'est à Dieu que je dois ce succès aujourd'hui,
à lui soit la gloire.*

إلهي لك الحمد الذي أنت أهله على نعم ما كنت قط لها أهلاً
متى ازددت تقصيراً تزدي تفضلاً
كأني بالتقصير أستوجب الفضل

A MA PLUS BELLE RAISON DE VIVRE

A MES TRÈS CHÈRES PARENTS :

A qui je dois tout, et pour qui aucune dédicace ne saurait exprimer mon profond amour, ma gratitude et mon infinie reconnaissance pour l'ampleur des sacrifices et des souffrances que vous avez su endurer pour mon avenir et mon bien-être.

À qui, baisser les bras n'était pas une option.

J'espère être toujours digne de votre estime.

Je vous remercie d'être toujours à mes côtés.

A vous, mes parents, que j'aime plus qu'hier et moins que demain.

وَقُلْ رَبِّ ارْحَمْهُمَا
كَمَا رَبَّيَانِي صَغِيرًا

A MON TRÈS CHÈRE PÈRE SALAH YASSINE

A mon magnifique père.

Ta simplicité de vivre, ton optimisme et ton grand cœur m'ont appris l'essence de la vie. De tous les pères, tu es le meilleur.

Tu as su m'entourer d'attention, m'inculquer les valeurs nobles de la vie et m'apprendre le sens du travail, de l'honnêteté et de la responsabilité.

Tu t'es tant sacrifié pour nous et rien de ce que l'on fera ne te rendra justice.

Merci d'avoir été toujours là pour moi, un grand soutien tout au long de mes études.

Tu as été et tu seras toujours un exemple à suivre pour tes qualités humaines, ta persévérance et ton perfectionnisme.

Ces mots ne pourront jamais exprimer la profondeur de mon respect, ma considération, ma reconnaissance et mon amour éternel.

Ce travail est ton œuvre, toi qui m'as donné tant de choses et qui continues à le faire...En ce jour, j'espère réaliser l'un de tes rêves.

Puisse Dieu te préserver des malheurs de la vie afin que tu demeures le flambeau illuminant mon chemin...

Je t'aime papa...

A MA TRÈS CHÈRE MÈRE MOUNISSA NOURI

A LA PLUS DOUCE ET LA PLUS MERVEILLEUSE MAMAN

À toi maman, source inépuisable de tendresse, de patience et de sacrifice.

Tu m'as donné la vie et la joie de vivre, les plus précieux de tous les cadeaux.

Tes prières et ta bénédiction m'ont été d'un grand secours tout au long de ma vie.

Quoique je puisse dire et écrire, je ne pourrais exprimer ma grande affection et ma profonde reconnaissance.

Depuis mon enfance, tu as toujours été mon idole ; ta force et ton courage étaient et seront toujours ma plus grande inspiration.

Tu étais toujours là à mes côtés pour me reconforter, essuyer mes larmes, soulager mes peines et partager mes joies.

Sans toi, je ne suis rien, mais grâce à toi je deviens médecin aujourd'hui.

Tu mérites ce diplôme plus que moi.

Je te dédie ce travail, à toi, l'être le plus cher, envers lequel j'ai la fierté d'être la fille.

Puisse Dieu tout-puissant te préserver de tout mal, te combler de santé, de bonheur et t'accorder une longue et heureuse vie afin que je puisse te rendre un minimum de ce que je te dois.

Tu es et resteras à jamais, le soleil qui illumine ma vie.

Que Dieu te garde pour moi et pour toute la famille.

Je t'aime maman...

A MON TRÈS CHER FRÈRE

ILYAS YASSINE

*Le meilleur frère qu'on puisse avoir, le seul que j'ai envie d'avoir.
À tous les moments agréables passés ensemble, à tous nos éclats de rire,
nos disputes et nos bêtises.*

*Je te dédie ce travail en témoignage de tout ce que je ressens pour toi,
qu'aucun mot ne le saurait exprimer.*

*Je te remercie pour ta générosité et ton caractère serviable.
Merci pour le soutien moral, émotionnel et financier, j'en suis très
reconnaissante.*

*Puissions-nous rester unis dans la tendresse et fidèles à l'éducation que
nous avons reçue.*

*J'implore Dieu qu'il t'apporte tout le bonheur et toute la réussite et t'aide
à réaliser tous tes rêves.*

*Je t'exprime à travers ce travail mes sentiments de fraternité
et d'amour.*

Je t'adore...

A MES TRÈS CHÈRES SŒURS

SANA ET RYM

La distance qui nous sépare ne saurait pas entamer les liens qui nous unissent.

Je vous remercie pour tout ce que vous êtes.

Merci pour l'affection, la tendresse et l'amour dont vous m'avez toujours entouré.

Merci pour l'encouragement sans limites que vous ne cessez de manifester. Aucun mot et aucune phrase ne peuvent exprimer mes sentiments profonds d'amour, de respect et de reconnaissance.

Vous étiez, depuis mon enfance, comme une deuxième maman constamment présente pour me prendre sous son aile et pour me rendre heureuse. Vous étiez toujours un modèle à suivre et je me suis toujours inspirée de vos bonnes habitudes, persévérance et sérieux.

Merci pour le soutien moral, émotionnel et financier, j'en suis très reconnaissante.

Je vous souhaite beaucoup de bonheur, de santé et de réussite.

Que Dieu nous unisse pour toujours.

Je vous aime.

A MA DEUXIEME RAISON DE VIVRE

A MA SŒUR JUMELLE LAYLA

« Je n'aurai besoin de rien dans ce monde tant que tu seras là

Mais jamais je ne pourrai m'imaginer vivre sans toi

Un regard échangé est une pensée partagée

Car pour se comprendre, on n'a pas besoin de se parler

Les gens, en vérité, ne sont que des moitiés

Et toi, tu es la seule qui puisses me compléter

Deux sœurs jumelles unies par un amour éternel

Avez-vous déjà entendu une histoire aussi belle ?

Si tu perdais la vie, alors je perdrais la mienne

Jamais mon âme ne pourra survivre sans la tienne

“ Par-delà la mort, deux âmes unifiées

Qui jamais ne pourront être séparées ”

Le temps n'aura pas raison de nous

Je suis sûre qu'on surmontera tout

Ensemble, on vivra

Ensemble, on mourra

Voilà comment je le conçois »

A TOUS MES ONCLES ET TANTES

A ma chère tante Hajja et son aimable époux Aami si Mohamed

A mon cher oncle Mustapha et son aimable épouse tata Malika

A mon cher oncle Bachir et son aimable épouse tata Fatiha

A mon cher oncle Moslih et son aimable épouse tata Fadma

Je vous dédie ce travail en témoignage du soutien que vous m'aviez accordé et en reconnaissance des encouragements durant toutes ces années. Veuillez trouver dans ce travail l'expression de mon respect le plus profond et mon affection la plus sincère.

A LA MEMOIRE DE MA COUSINE FATIMA ZAHRA

*Que Dieu, le tout-puissant t'accorde son infinie miséricorde et t'accueille
dans son éternel paradis.*

A MES CHÈRES COUSINS ET COUSINES

*Nadia, Rachid, Zakaria, Ilham, Sara, Mohammed Amine, Zineb, Aya, Si
Mohamed, Soukaina et Nouha*

*Sachez que des mots simples ne sauraient à eux seuls prouver le grand
amour et l'immense affection que je porte pour vous.*

J'espère pour vous une longue vie pleine de bonheur et de réussite.

A TOUTE LA FAMILLE YASSINE ET NOURI

Vous m'avez soutenu et comblé tout au long de mon parcours.

*Que ce travail soit le témoignage de mes sentiments les plus sincères et les
plus affectueux.*

Puisse Dieu vous procurez bonheur et prospérité.

A LA FAMILLE DOUMA

A Aami Douma et son aimable épouse Mme Fatima

A Hajar, Hicham et Simo DOUMA

Vous êtes pour moi une seconde famille.

*Je vous dédie ce modeste travail en témoignage de ma considération la
plus profonde et mon affection la plus sincère.*

*En implorant Dieu le tout-puissant de vous accorder une longue vie
pleine de santé, de bonheur, de prospérité et de réussite que vous méritez.*

*AU PLUS BEAU CADEAU QUE LA MEDECINE M'A OFFERT : MES
DEUX MEILLEURES AMIES ZINEB ALGOUTI ET IKRAM ZAYTOUNE*

Ou plutôt à mes sœurs !

*Le lien que nous avons réussi à forger tout au long de ces années n'est
guère ordinaire, c'est le fruit de toutes nos aventures, mésaventures
et surtout notre sincère amitié.*

*Vous êtes l'incarnation des meilleures amies que tout le monde rêve
d'avoir.*

Aucun mot ne saurait décrire à quel point, je suis fière de vous.

*Je vous remercie infiniment de m'avoir tant soutenue et encouragée
et d'avoir contribué dans ce long parcours des études médicales et dans
ma réussite mentale, physique et intellectuelle.*

*Nos fous-rires et notre bonne humeur ont su faire face à toutes les
épreuves imposées par notre chemin et pour cela, merci.*

*Avec vous, j'ai eu mes plus longues discussions, vous avez su partager mes
intérêts, mes soucis et toutes mes réflexions.*

Je vous souhaite le meilleur dans la vie.

*Que Dieu vous procure bonheur, santé et réussite et que cette amitié dure
le temps d'une vie, pour le meilleur et pour le pire.*

A MES TRÈS CHÈRES AMIES

*Rim Zerhoudi, Jihane Ait Si Abdessadeq (notre lune), Sophia Abdellilah,
Nassima Kadri et Soumia Allaoui*

*Notre rencontre au tout début de notre internat, a été le meilleur cadeau
que je n'ai jamais reçu.*

*Avec votre douceur, votre sincérité et votre honnêteté, vous avez pu
entrer dans mon petit monde et y occuper une place particulière, une
place que personne d'autre ne pourra atteindre facilement.*

*En reconnaissance de notre sincère et profonde amitié et des moments
agréables que nous avons passés ensemble, je vous dédie ce travail.*

*Je suis honorée de vous avoir dans ma vie et je vous souhaite tout le
bonheur et le succès que vous méritez.*

Je remercie Dieu de vous avoir mis sur mon chemin.

Je vous aime.

A MES BELLES ET FORTES COPINES

*Najwa Imad, Fatim Ezzahra Bennani, Meryem Moro, Rim Lemtouni,
Salma Soussi, Kawtar Bighoumdan, Soukayna Touri et Asmae Lahouaoui*

A tous les moments qu'on a passés ensemble, à tous nos souvenirs !

Votre amitié m'est précieuse.

Chacune d'entre vous m'est très chère.

Vous êtes les rencontres qui marquent toute une vie.

Je vous souhaite une longue vie pleine de bonheur et de prospérité.

*Je vous dédie ce travail en témoignage de mon amour et de ma
reconnaissance.*

A mes chers frères et sœurs du groupe ش.ع :

*Laïla, Ibtissam, Halima, Imad, Abdelkrim, Hicham, Marouane, Sophia,
Z. Rim, D. Hajar, M. Hajar, Houda, A.S Jihane, M. Jihane, Basma,
Omayma, Ikram, Ihsane, Khaoula, Oumaima, Salma, K. Rim, Nassima,
Naïma, Mona, Meryem, Malak et Kaoutar*

*Merci pour tous ces petits moments qui sont devenus inoubliables grâce à
vous. Ce sont souvent des petits moments qui paraissent banals qui créent
les meilleurs souvenirs.*

*Je n'imagine en aucun moment mon parcours d'internat sans vous, vous
étiez bel et bien ma source de joie et de bonheur.*

*Je vous dédie ce travail en témoignage de ma reconnaissance et de mon
amour sincère et fidèle.*

Que notre amitié dure pour longtemps.

A MES TRÈS CHÈRES AMIS D'ENFANCE

Mohamed Khalifi, Moncef Mourouth, Imane Salim et Abdelilah Abayane

Seules les fausses amitiés souffrent de la distance.

*Nos rencontres, même rares et courtes, m'éprouvent toujours un
sentiment de joie, de sérénité et de bonne énergie.*

*En souvenir des moments merveilleux que nous avons passé ensemble et
aux liens solides qui nous unissent, je vous dédie ce travail.*

*Avec toute mon affection et estime, je vous souhaite beaucoup de réussite
et de bonheur, autant dans votre vie professionnelle que privée.*

Que notre amitié et fraternité soient éternelles.

A TOUS MES AMIS SANS EXCEPTION ET SURTOUT :
Sanaa Zarrouk, Sanae Zaghou, Hind Yaqine, Amine Touilite
et Simohamed Zamalik

En souvenir des moments agréables passés ensemble, veuillez trouver dans ce travail l'expression de ma tendre affection et mes sentiments les plus respectueux avec mes vœux de succès, de bonheur et de bonne santé.

AUX COMBATTANTS DE LA 18ème PROMOTION DES INTERNES
A TOUS LES AMIMIENS

Je ne peux trouver les mots corrects et sincères pour vous exprimer mon affection et mes pensées, vous êtes pour moi des frères, des sœurs et des amis sur lesquels je peux compter.

Vous êtes ma deuxième famille, qui ne cesse de grandir et dont je suis fier d'y appartenir.

Merci chers amis pour ce joli parcours que nous avons réalisé ensemble, vous étiez ma famille aux moments où je ne pouvais pas être avec mes proches.

Je vous souhaite une vie pleine de santé, de bonheur et de réussite.

*A TOUTE L'EQUIPE (ANCIENNE ET ACTUELLE) DE CCI,
DE NEUROLOGIE, DE GASTRO-ENTEROLOGIE ET DE CHIRURGIE
VISCERALE*

A Mes chers maîtres

A Pr. El Khassouí et Pr. Aballa

*A Dr Issoufou, Dr Touré, Dr El Mouloua, Dr Oumnía, Dr Salma,
Dr Stevy, Dr Naoufal, Dr Meryem, Dr Driss et Saadia*

*A Dr Assma, Dr Hasna, Dr Naji, Dr Aballa, Dr Moro, Dr Balili, Dr
Blmkadam et Dr Zakaria*

*A Dr Bicane, Dr Maaroufi, Dr Tarik, Dr Tamour, Dr Boukhfaoui
et Amina*

A Dr Haraki et Dr Elyazal

A Tous les infirmiers et infirmières

Et à tous ceux que j'ai omis de citer

*Vous avez marqué mes passages d'externat, de 6ème année et d'internat.
Un immense merci à vous tous de m'avoir permis de révéler et de tenter
de développer mes compétences professionnelles.*

*Je vous remercie énormément un par un pour tout le savoir que j'ai
acquis auprès de vous, pour tous les moments qu'on a partagés, pour
votre soutien, votre accueil et votre serviabilité tout au long de nos
passages ensemble.*

Je vous souhaite tout le bonheur.

A TOUS NOS MAÎTRES

Vous avez guidé nos pas et illuminé notre chemin vers le savoir.

Vous nous avez prodigué avec patience et indulgence infinie, vos précieux conseils.

Vous étiez toujours disponibles et soucieux de nous donner la meilleure formation qui puisse être.

Nous espérons être à la hauteur de la confiance que vous avez bien voulu placer en nous.

Qu'il nous soit permis de vous rendre un grand hommage et de vous formuler notre profonde gratitude.

Nous vous resterons, chers maîtres, à jamais reconnaissants, sincèrement respectueux et toujours dévoués.

A TOUS LES MEDECINS AU SEIN DU CHU MOHAMMED VI DE MARRAKECH

Merci à vous tous pour le soutien et l'aide que vous nous avez apportés pour la réalisation de ce travail.

Veillez accepter nos plus respectueuses salutations.

***A DOCTEUR SAMIA MOUACHI
RESIDENTE EN PEDOPSYCHIATRIE***

Nous vous remercions infiniment pour votre soutien, vos conseils judicieux et votre aide précieuse que vous nous avez réservés à chaque moment que nous en avons besoin, pour mener à bien cette thèse.

Merci infiniment.

A tous ceux qui nous ont aidés, de près ou de loin, à l'élaboration de ce travail.

A tous mes enseignants tout au long de mes études
A tous mes collègues de classe et de stage hospitalier
A tous les médecins dignes de ce nom
A tous les patients, puisse Dieu tout-puissant vous accorder un prompt
rétablissement et soulager vos souffrances
A tous ceux qui m'aiment et que j'aime
A tous ceux à qui ma réussite tient à cœur
A tous ceux ou celles qui me sont chers et que j'ai omis involontairement
de citer
A tous ceux dont l'oubli de la plume n'est pas celui du cœur
A tous ceux qui ont contribué, de près ou de loin à l'élaboration de ce
travail
Que cette thèse, qui vous est dédiée, soit le gage de mes profonds
sentiments de respect, de remerciements et l'expression de mes sincères
souhaits de bonheur.



REMERCIEMENTS



A NOTRE MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR MOUNIR BOURROUS

Professeur de l'Enseignement Supérieur de Pédiatrie à la Faculté de

Médecine et de Pharmacie de Marrakech

et Chef de Service des Urgences Pédiatriques

au CHU MOHAMMED VI de Marrakech

Nous sommes très honorés de vous avoir comme président

du jury de notre thèse.

Nous vous remercions pour la gentillesse et la spontanéité avec lesquelles

vous avez bien voulu diriger ce travail.

Votre compétence professionnelle incontestable ainsi que votre sens du
devoir et vos qualités humaines vous valent l'admiration et le respect de

tous.

Nous vous remercions pour le temps que vous passez au service des

étudiants, pour leur apporter une formation de qualité et leur

transmettre comment la médecine est une discipline noble et

passionnante.

Veillez, cher Maître, trouver dans ce modeste travail l'expression de
notre haute considération, de notre sincère reconnaissance et de notre

profond respect.

A NOTRE MAÎTRE ET RAPPORTEUR DE THÈSE

MADAME FATIHA MANOUDI

*Professeure de l'enseignement supérieur de Psychiatrie
à la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Marrakech*

Chef de Service de Psychiatrie à l'hôpital Ibn Nafis

et Directrice de l'hôpital Ibn Nafis

du CHU MOHAMMED VI de Marrakech

*Nous avons eu le plus grand plaisir et le privilège de travailler sous votre
direction.*

*Nous vous remercions pour votre disponibilité, vos conseils précieux
et votre soutien pendant la réalisation de cette thèse.*

*Nous avons trouvé auprès de vous le conseiller et le guide qui nous a reçu
en toute circonstance avec sympathie, sourire et bienveillance.*

*Votre gentillesse extrême, votre compétence pratique, votre dévouement
et amour pour ce métier, vos qualités humaines et professionnelles ainsi
que votre modestie, nous inspirent une grande admiration et nous
servent d'exemple.*

*Nous espérons, chère Maître, de trouver ici, le témoignage de notre
sincère reconnaissance et profonde gratitude.*

A NOTRE MAÎTRE ET JUGE DE THÈSE

MADAME NISSRINE LOUHAB

*Professeure de l'enseignement supérieur de Neurologie
à la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Marrakech*

et au service de Neurologie

au CHU MOHAMMED VI de Marrakech

*Nous sommes particulièrement touchés par la gentillesse avec laquelle
vous avez bien voulu accepter de juger ce travail.*

*Votre parcours professionnel, votre charisme et vos qualités humaines
et professionnelles nous inspirent une grande admiration.*

*Que ce travail soit pour nous l'occasion de vous exprimer notre profond
respect ainsi que notre sincère gratitude.*

*Veillez accepter, cher maître, l'assurance de notre reconnaissance et
notre très haute considération.*

A NOTRE MAÎTRE ET JUGE DE THÈSE

MADAME SALMA AIT BATAHAR

*Professeure agrégée de Pneumo-Phtisiologie
à la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Marrakech*

et au service de Pneumo-Phtisiologie

au CHU MOHAMMED VI de Marrakech

*Nous vous remercions vivement pour l'honneur que vous nous faites en
acceptant de juger ce travail.*

*Nous sommes très sensibles à votre gentillesse et à votre accueil très
aimable.*

*Nous avons toujours admiré vos qualités humaines et professionnelles
ainsi que votre modestie qui demeurent exemplaires.*

*Veillez trouver, chère Maître, le témoignage de notre grande
reconnaissance et de notre profond respect.*



ABRÉVIATIONS



Liste des abréviations

CHU	: Centre hospitalier universitaire
ATCD	: Antécédent
Av JC	: Avant Jésus-Christ
APAP	: Association Américaine de Psychiatrie
CIM	: Classification Internationale des Maladies
SPMG	: «Santé Mentale en Population Générale : images et réalité»
DSM	: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
WPA	: World Psychiatric Association
Hab	: Habitant
APP	: Apprentissage par problèmes



PLAN



INTRODUCTION	1
MATÉRIELS ET MÉTHODES	4
I. Type d'étude	5
II. Population cible et échantillonnage	5
1. Critères d'inclusion.....	5
2. Critères d'exclusion	6
III. Instrument et procédure d'enquête	6
IV. Collecte et saisie des données	7
V. Analyse statistique	7
VI. Considérations éthiques	8
RÉSULTATS	9
I. Analyse descriptive.....	10
1. Caractéristiques générales de la population étudiée	10
2. Représentations et perceptions	20
II. Analyse bi-variée	27
1. Influence du sexe	27
2. Influence de l'âge	29
3. Influence du statut professionnel	31
4. Influence de l'ancienneté professionnelle	35
5. Influence du type de spécialité	37
6. Influence de la parenté à la profession médicale	40
7. Influence du passage en service de psychiatrie	43
8. Influence des antécédents psychologiques/psychiatriques	45
DISCUSSION	48
I. La stigmatisation de la psychiatrie et du psychiatre	49
1. Approche psychosociale de la stigmatisation	49
2. La folie et ses représentations d'Hier à Aujourd'hui	63
3. Le psychiatre et ses représentations	85
II. Discussion des résultats	91
1. Caractéristiques générales de la population étudiée	92
2. Représentations et perceptions	97
III. Discussion des corrélations	106
1. Corrélation entre le sexe et la perception du psychiatre et du résident en psychiatrie	107
2. Corrélation entre l'âge et la perception de la psychiatrie et du psychiatre	108
3. Corrélation entre le statut professionnel et la perception de la psychiatrie et du psychiatre	109
4. Corrélation entre le type de spécialité et la perception de la psychiatrie et du psychiatre	113
5. Corrélation entre la parenté à la profession médicale et la perception de la psychiatrie et du psychiatre.....	114
6. Corrélation entre le passage en service de psychiatrie et la perception du psychiatre et du résident en psychiatrie	115

7. Corrélation entre les antécédents psychologiques/psychiatriques et la perception de la psychiatrie et du psychiatre	117
IV. Limites et biais de l'étude	119
DECONSTRUCTION DES MYTHES : RECOMMANDATIONS & INITIATIVES	121
CONCLUSION	128
ANNEXES	131
RÉSUMÉS	141
BIBLIOGRAPHIE	148



INTRODUCTION



Tout au long des siècles, les psychiatres ont été les pionniers dans la prise en charge de « la folie ». Comme celle-ci avait un caractère magique voire parfois surnaturel, la psychiatrie a elle aussi été auréolée d'un halo parfois d'admiration, mais surtout de mystère. En effet, depuis la naissance de la psychiatrie, bien qu'elle soit encore jeune, le psychiatre a toujours été l'objet des préjugés et des clichés. Ces idées reçues se sont régulièrement adaptées aux contextes historique et social, et semblent s'être solidement transmises à travers les siècles, tel un « passage de témoin ».

En 1965 déjà, Jean Oules en étudiant l'évolution de l'image du psychiatre et de sa fonction sociale, dégageait les préjugés de l'époque : « le psychiatre est lui-même fou pour accepter de travailler avec les fous », ou il devrait le devenir car, « la psychiatrie est contagieuse... », ou alors il a la réputation de pouvoir « lire dans la tête des gens... », aussi en sa présence « taisons-nous, il va nous analyser et deviner nos secrets ».

Il expose aussi les représentations du psychiatre à travers la littérature, le cinéma et les médias comme « immoral, tortionnaire et souvent mentalement dérangé » (1).

Les préjugés à l'encontre du psychiatre trouvent, en grande partie, leur origine des stigmates des personnes atteintes de troubles mentaux et existants depuis l'Antiquité. Mais, ils proviennent également de la méconnaissance de la société du rôle du psychiatre. En effet, nombreux sont les gens cultivés qui ne font pas la distinction entre le rôle d'un psychiatre, d'un psychologue, d'un psychothérapeute et d'un psychanalyste.

Ces dernières décennies, la psychiatrie a beaucoup évolué grâce à l'avènement des nouvelles technologies et des découvertes en pharmacologie, psychothérapie, neurobiologie, neuro-imagerie et en génétique. Malgré le progrès que cette discipline a connu, le psychiatre et sa profession font toujours l'objet d'un regard dépréciateur de la part du grand public y compris les professionnels de santé. Ces derniers, qui 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 aboutissant à une stigmatisation de la psychiatrie et des psychiatres.

Si les études des images négatives et attitudes que nourrit la population générale pour le psychiatre ne manquent pas, celles qui s'intéressent aux préjugés concernant le psychiatre véhiculés par les professionnels de santé ne sont que très peu nombreuses (2).

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

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

Pour cela, nous nous sommes assigné les objectifs suivants :

- ✚ Mettre en évidence les préjugés et les clichés émis sur le psychiatre par ses confrères.
- ✚ Objectiver les répercussions de ces clichés sur les psychiatres.
- ✚ Déterminer les axes d'intervention pour les détruire.



*MATÉRIELS
ET MÉTHODES*



I. Type d'étude :

Il s'agit d'une étude observationnelle descriptive transversale réalisée au moyen d'un questionnaire anonyme et conduite auprès des médecins du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) Mohammed VI de Marrakech.

Cette étude s'est déroulée pendant 6 mois (Juillet 2020 – Décembre 2020).

II. Population cible et échantillonnage :

La population cible est représentée par les médecins exerçant au sein du CHU Mohammed VI de Marrakech.

Nous avons inclus dans notre échantillon 289 médecins répondants à nos critères d'inclusion et abordés sur la base d'une participation volontaire par suite d'information sur les objectifs de l'étude. L'inclusion des médecins a été faite en utilisant le sondage par quotas comme méthode d'échantillonnage.

1. Critères d'inclusion:

Pour être inclus à cette étude, il fallait être soit :

- Médecin interne au sein du CHU Mohammed VI.
- Médecin résident au sein du CHU Mohammed VI.
- Médecin attaché au sein du CHU Mohammed VI.
- Professeur de l'enseignement supérieur.
- Professeur agrégé.
- Professeur assistant.

2. Critères d'exclusion :

N'étaient pas inclus à cette étude:

- Toute personne abordée et informée ne désirant pas participer à l'étude.
- Les résidents en psychiatrie, ainsi que les professeurs de psychiatrie au sein du CHU Mohammed VI.

III. 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.

Le questionnaire a été rédigé en français, utilisant un vocabulaire simple et compréhensible (Annexe 1). Il contient 25 questions à choix multiples principalement et il est divisé en deux parties portant respectivement sur les caractéristiques générales de la population étudiée et sur les différentes perceptions et représentations.

La première partie a pour objectif le recueil de données concernant les caractéristiques personnelles et professionnelles des enquêtés à savoir essentiellement : le sexe, l'âge, le statut matrimonial, le statut professionnel, l'ancienneté professionnelle, le type de spécialité exercée, la parenté à la profession médicale, le passage en service de psychiatrie et les antécédents psychologiques/psychiatriques.

La deuxième partie a pour but d'évaluer la perception de la psychiatrie et du psychiatre par ses confrères et de mettre en évidence les éventuels préjugés concernant le psychiatre.

Le questionnaire pouvant être rempli en 3 à 5 minutes, a été testé auprès de 4 médecins avant d'aboutir à sa version finale.

Il a ensuite été diffusé à la population étudiée par deux moyens : déposé directement auprès des médecins du CHU Mohammed VI, et informatisé par Google Forms et mis en ligne sur les réseaux sociaux (le groupe privé Facebook ALMOQUIM qui est un espace virtuel regroupant

les médecins résidents du CHU Mohammed VI de Marrakech et le groupe privé Facebook FOYER DES INTERNES DE L'AMIMA CHU MARRAKECH qui rassemble tous les médecins internes et les médecins résidents anciens internes du CHU Mohammed VI de Marrakech).

Les enquêtés étaient invités à solliciter l'enquêteur pour des éclaircissements devant toute ambiguïté ou souci de compréhension d'une question. De nombreuses relances ont été faites afin d'obtenir le meilleur taux de participation possible.

IV. Collecte et saisie des données :

Les enquêtés ont procédé à la consignation des réponses sur le support papier qu'on leur a remis. Une fois les questionnaires récupérés, on a procédé sur place à leur vérification.

Un retour chez nos répondants, pour éventuellement combler les lacunes, était exclu, du fait du caractère anonyme de l'enquête.

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.

Sur la totalité des 289 médecins sollicités pour participer à l'enquête, 250 ont répondu à notre questionnaire: soit un taux de participation de 86,5 %.

03 des questionnaires distribués n'étaient pas exploitables, car ils contenaient un nombre important de données manquantes.

Au total, nous avons obtenu 247 questionnaires exploitables.

V. Analyse statistique :

Les données ont été initialement saisies sur le logiciel Microsoft Office Excel 2016, puis l'étude statistique a été réalisée avec le logiciel SPSS version 25.0. Les premiers résultats ont été reportés puis décrits sous Microsoft Word 2016.

En analyse bivariée, la comparaison des variables qualitatives a fait appel au test statistique de Chi². Le seuil de signification choisi correspond à une valeur de $p < 0.05$.

VI. Considérations éthiques :

Les participants ont été informés des objectifs de l'enquête et leur consentement a été obtenu avant l'administration du questionnaire. Tout au long de l'étude, l'anonymat et le respect de la confidentialité des données ont été assurés.



RÉSULTATS



I. Analyse descriptive:

1. Caractéristiques générales de la population étudiée :

1.1. Le sexe :

Sur les 247 enquêtés, 154 étaient de sexe féminin et 93 étaient de sexe masculin, soit respectivement 62,35 % et 37,65 % des médecins (Figure 2).

Le sex-ratio était de 0,62.

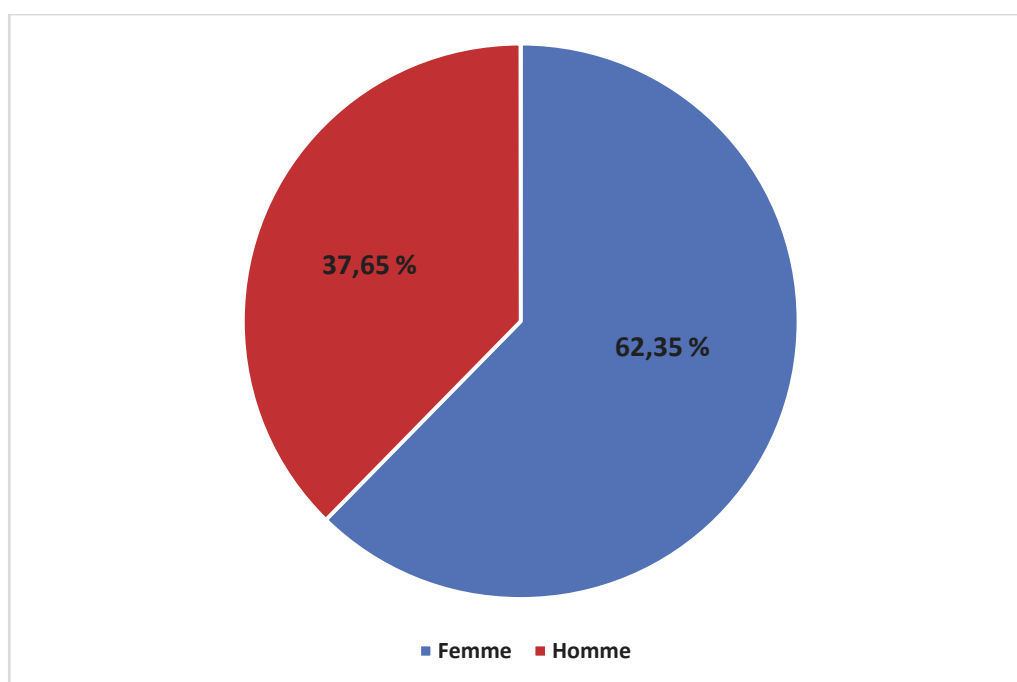


Figure 2 : Répartition des médecins selon le sexe.

1.2. L'âge :

La tranche d'âge la plus représentative était celle des 25-35 ans, soit 66,4 % des participants (Figure 3).

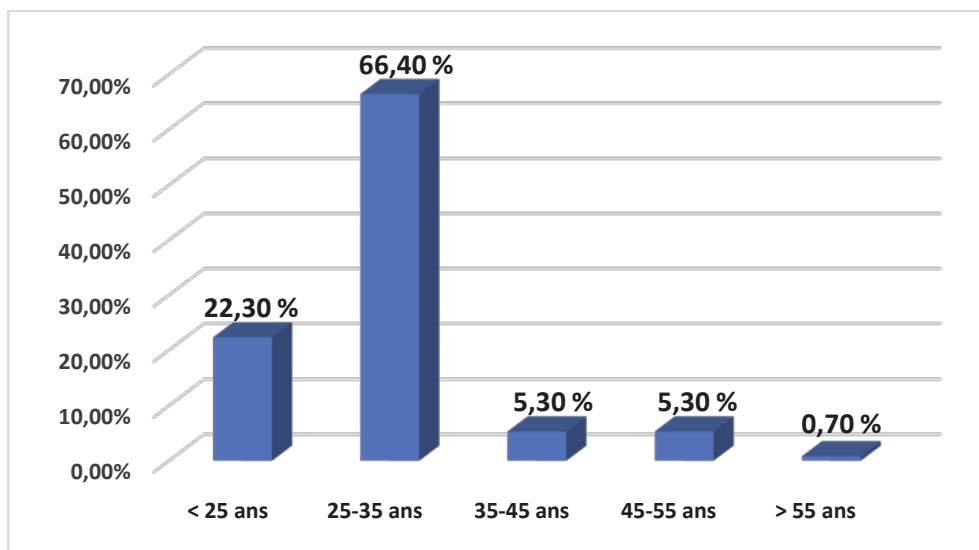


Figure 3 : Répartition des médecins selon l'âge.

1.3. Le statut matrimonial :

Dans notre étude, la majorité des médecins était célibataire (70,9 %) (Figure 4).

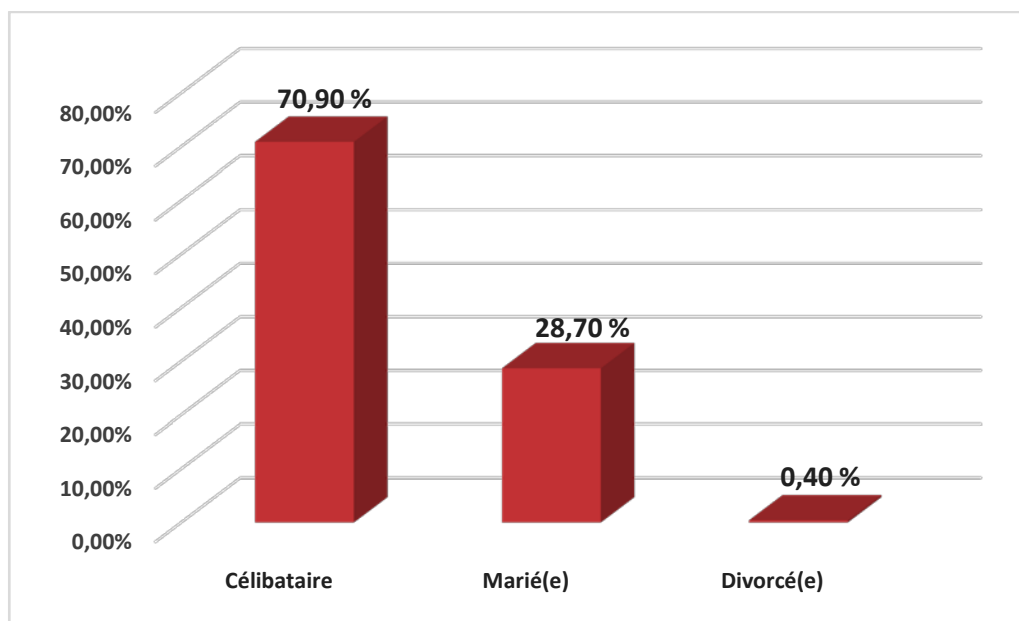


Figure 4 : Répartition des médecins selon le statut matrimonial.

1.4. Le statut professionnel :

Sur les 247 enquêtés, la majorité des médecins était composée de résidents, soit 170 (68,8 %) (Figure 5).

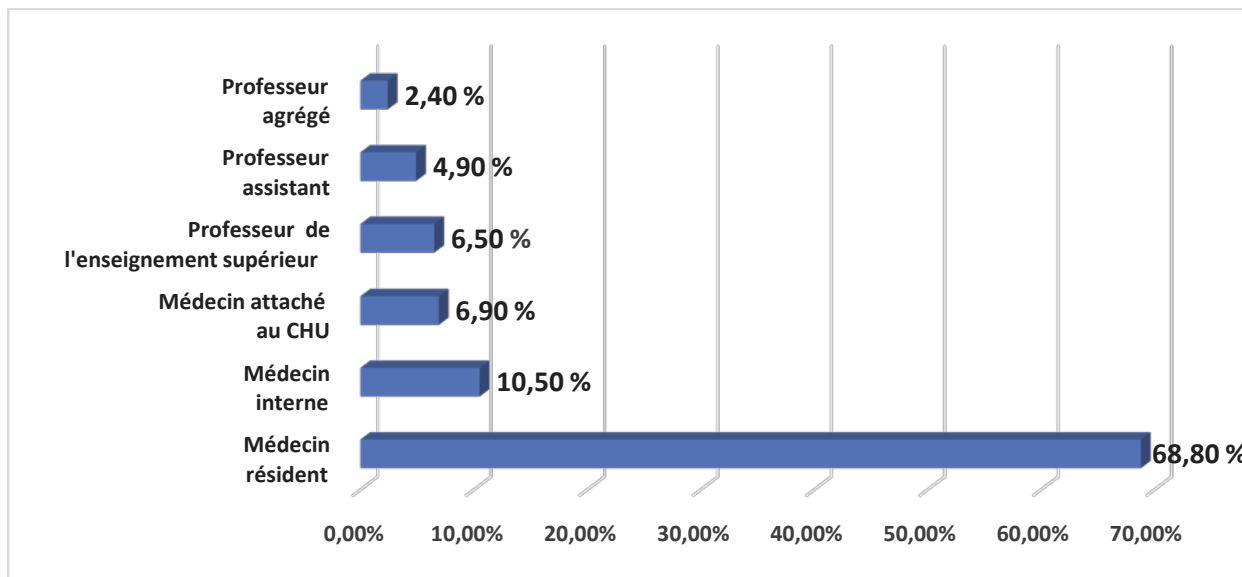


Figure 5 : Répartition des médecins selon le statut professionnel.

1.5. L'ancienneté professionnelle :

a. Les médecins résidents : (Nombre d'années d'exercice en tant que médecin résident)

Presque la moitié des médecins résidents ayant rempli le questionnaire était composée de résidents en 1^{ère} année de formation, soit 41,18 % (Figure 6).

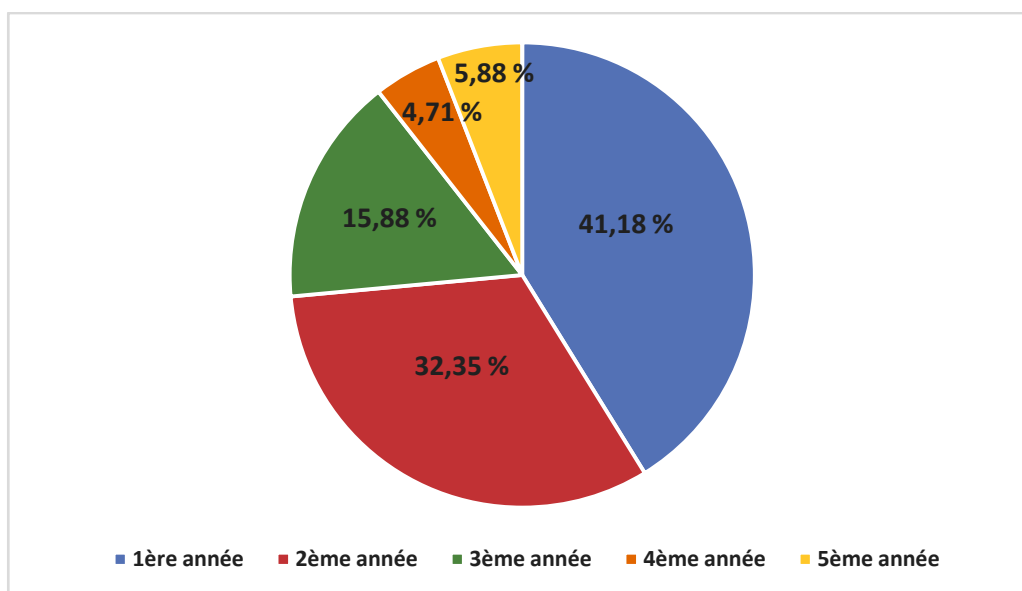


Figure 6 : Répartition des médecins résidents selon l'ancienneté professionnelle.
(Année de résidanat)

b. Les médecins internes : (Nombre d'années d'exercice en tant que médecin interne)

Plus de la moitié des médecins internes étaient des internes en 1^{ère} année de formation dans notre échantillon, soit 65,38 % (Figure 7).

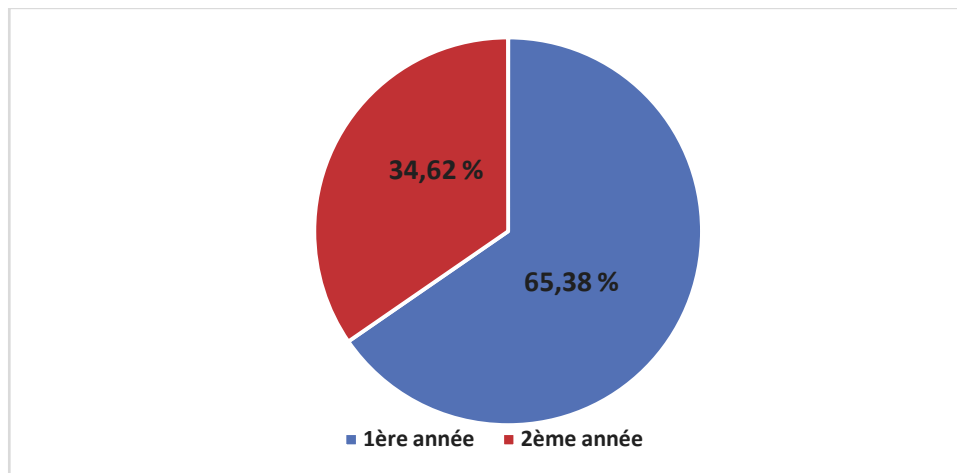


Figure 7 : Répartition des médecins internes selon l'ancienneté professionnelle. (Année d'internat)

c. Les médecins attachés au CHU et les professeurs :

(Nombre d'années d'exercice en tant que médecin attaché ou professeur)

Presque la moitié des médecins attachés et des professeurs avait une ancienneté de moins de 5 ans (45,10 %) et un tiers d'entre eux (33,33 %) avaient plus de 10 ans d'ancienneté (Figure 8).

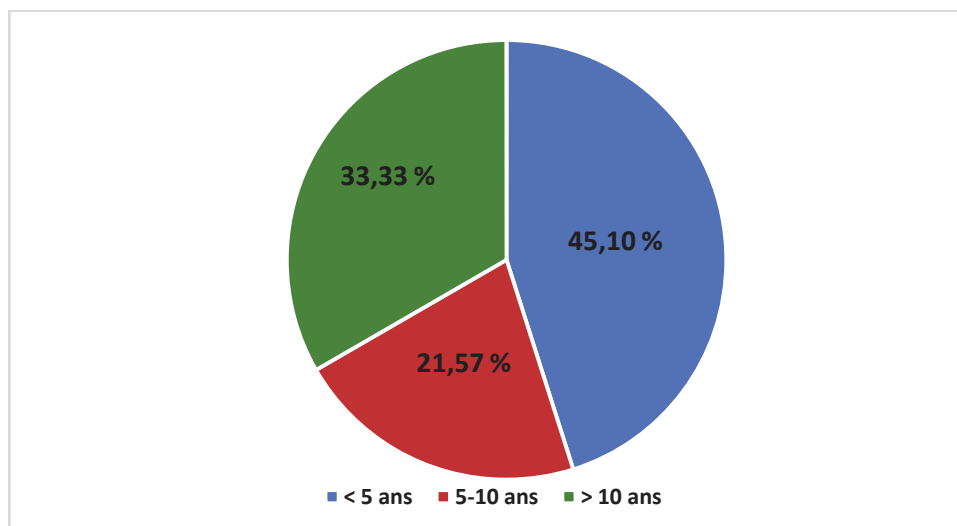


Figure 8 : Répartition des médecins attachés au CHU et des professeurs selon l'ancienneté professionnelle.

1.6. Le type de spécialité :

En ce qui concerne le type de spécialité, les 247 médecins ayant rempli le questionnaire se répartissaient entre 3 groupes : spécialités médicales, spécialités chirurgicales et biologie. Les effectifs de ces groupes étaient respectivement 160 (64,78 %), 70 (28,34 %) et 17 (6,88 %) (Figure 9).

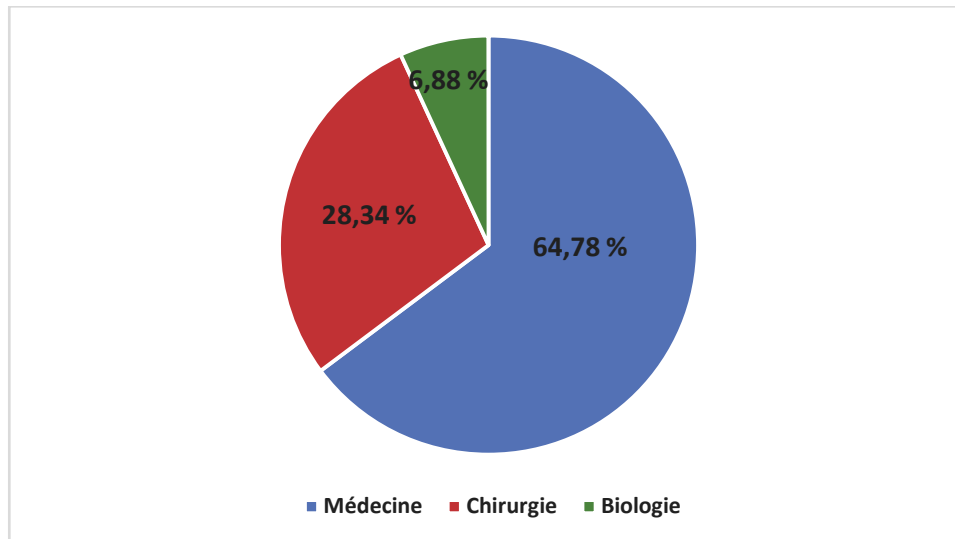


Figure 9 : Répartition des médecins selon le type de spécialité.

1.7. La parenté à la profession médicale :

A la question « Y a-t-il des médecins dans votre famille ? », 139 des 247 enquêtés avaient répondu « Oui » soit 56,28 % (Figure 10).

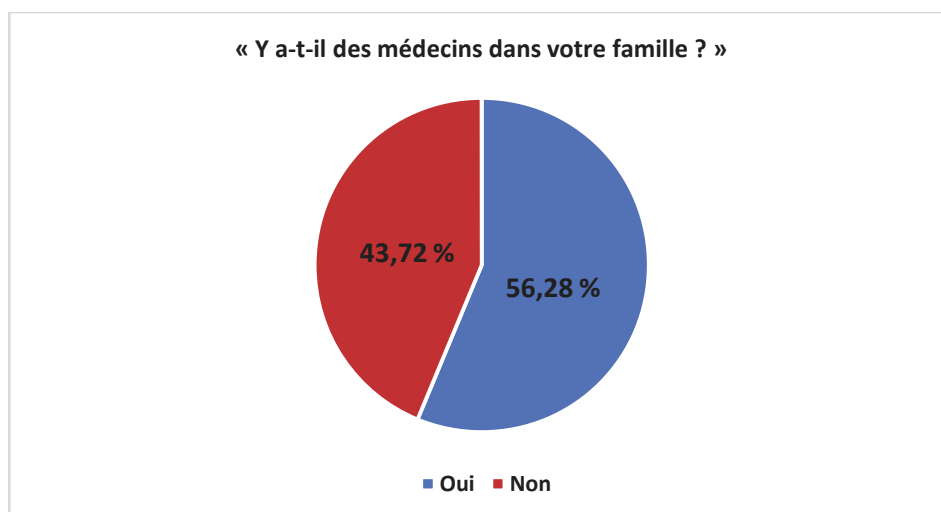


Figure 10 : Répartition des médecins selon la parenté à la profession médicale.

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

- Plus de la moitié des médecins (54 %) avaient un ou des membres de la famille médecins au 2^{ème} degré (grands-parents(s), cousin(e)s, oncle(s), tante(s)).
- Le pourcentage des médecins ayant un ou des membres de la famille médecins au 1^{er} degré (fratrie, parent(s)) est 21,6 % (Figure 11).
- Le pourcentage des médecins ayant un ou des membres de la famille médecins au 3^{ème} ou 4^{ème} degré (Autre) est 12,9 % (Figure 11).
- Le pourcentage des médecins ayant un ou des membres de la famille médecins au 1^{er} degré et au 2^{ème} degré est 7,2 % (Figure 11).

Concernant la spécialité de la population apparentée à la profession médicale, la majorité de celle-ci (67,68 %) exerçait une spécialité médicale (Figure 12).

Parmi les participants qui ont une parenté à la profession médicale, seulement 5 médecins avaient un membre de leur famille psychiatre, soit 3,60 % de l'échantillon (Figure 13).

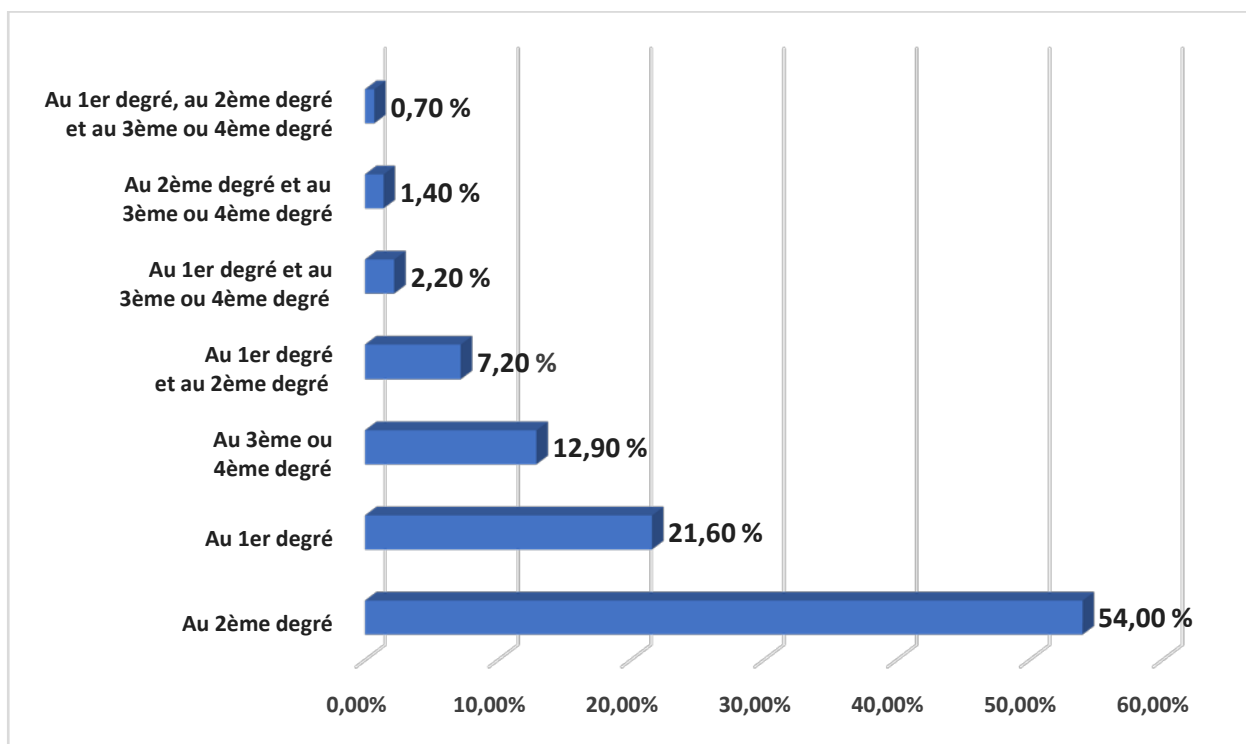


Figure 11 : Répartition de la population apparentée à la profession médicale selon le lien de parenté.

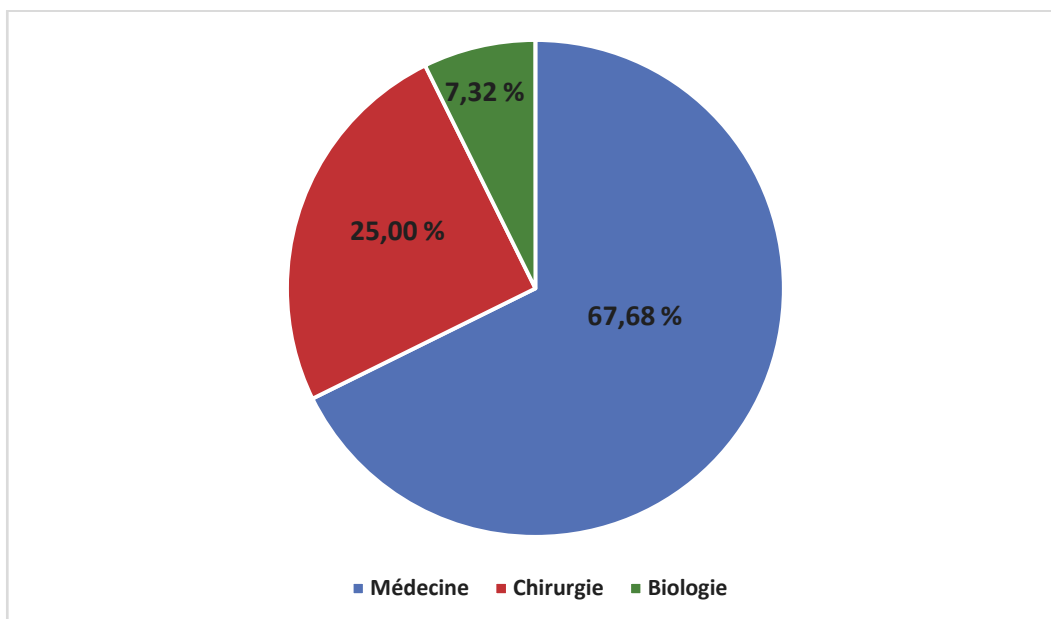


Figure 12 : Répartition de la population apparentée à la profession médicale selon le type de spécialité.

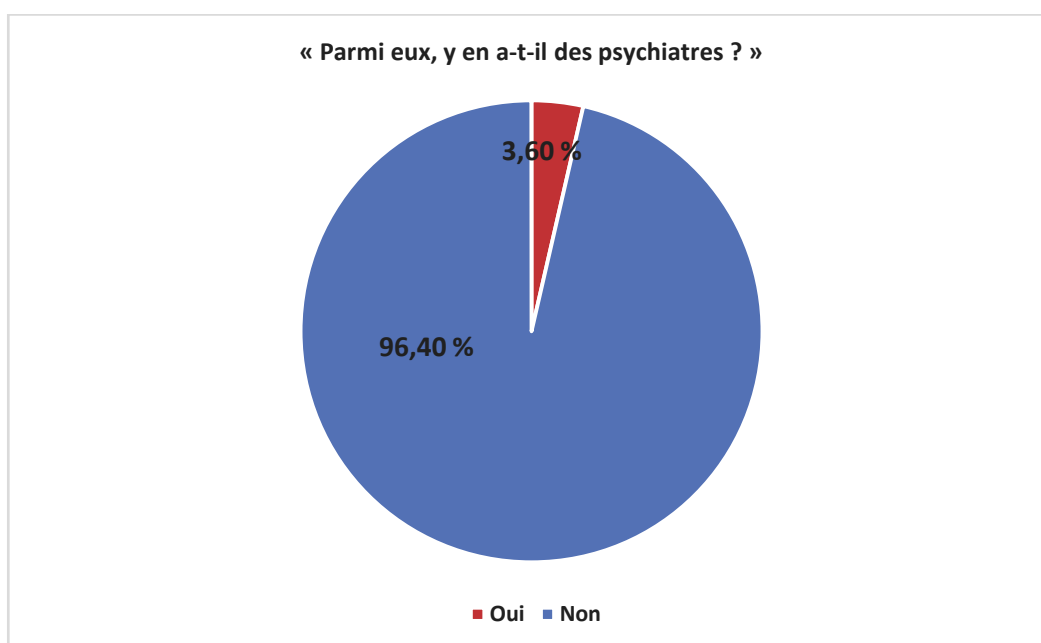


Figure 13 : Présence de médecins psychiatres dans la population apparentée à la profession médicale.

1.8. Le passage en service de psychiatrie :

La majorité des médecins interrogés (95,14 %) avait bénéficié une seule fois d'un stage au service de psychiatrie au cours de leur cursus universitaire (Figure 14).

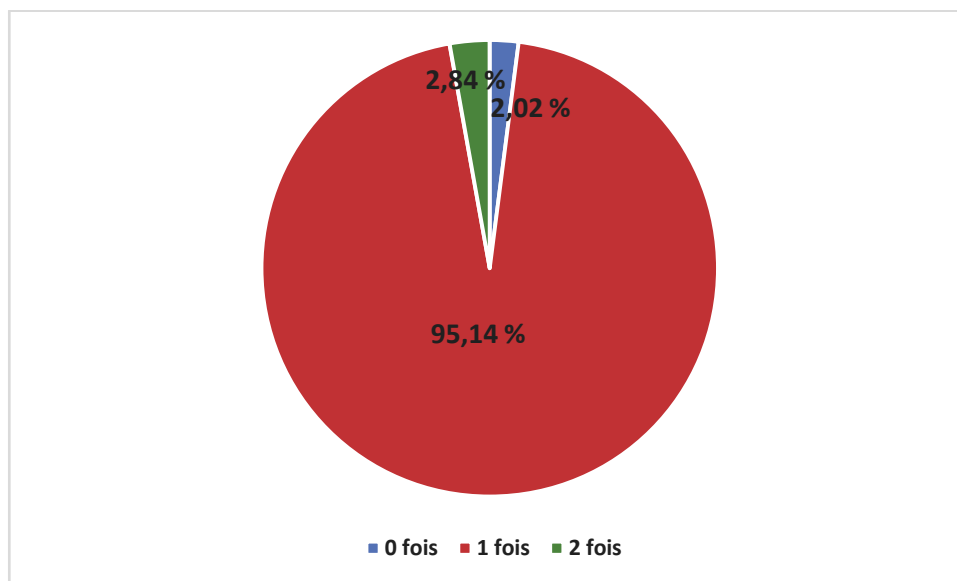


Figure 14 : Répartition des médecins selon le nombre de passages en service de psychiatrie.

1.9. Les antécédents psychologiques/psychiatriques :

Plus de la moitié des enquêtés (60,3 %) affirmaient avoir connu des antécédents psychologiques/psychiatriques. Ces antécédents sont d'ordre personnel et/ou familial (Figure 15).

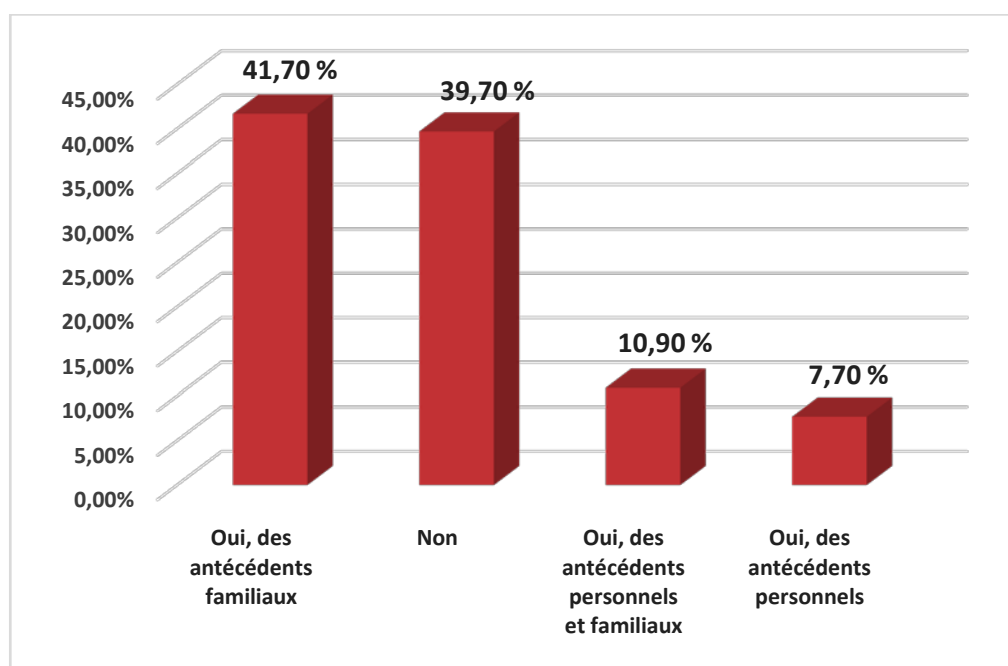


Figure 15 : Répartition des médecins selon les antécédents psychologiques/psychiatriques.

Tableau I : Récapitulation des caractéristiques générales de la population étudiée.

Caractéristiques générales	Effectif	Pourcentage
Sexe :		
Femme	154	62,35 %
Homme	93	37,65 %
Age :		
< 25 ans	55	22,3 %
25-35 ans	164	66,4 %
35-45 ans	13	5,3 %
45-55 ans	13	5,3 %
> 55 ans	2	0,7 %
Statut matrimonial :		
Célibataire	175	70,9 %
Marié(e)	71	28,7%
Divorcé(e)	1	0,4 %
Statut professionnel :		
Médecin interne	26	10,5 %
Médecin résident	170	68,8 %
Médecin attaché au CHU	17	6,9 %
Professeur assistant	12	4,9 %
Professeur agrégé	6	2,4 %
Professeur de l'enseignement Supérieur	16	6,5 %
Ancienneté professionnelle :		
<i>Médecins internes :</i>		
1 ^{ère} année	17	65,38 %
2 ^{ème} année	9	34,62 %
<i>Médecins résidents :</i>		
1 ^{ère} année	70	41,18 %
2 ^{ème} année	55	32,35 %
3 ^{ème} année	27	15,88 %
4 ^{ème} année	8	4,71 %
5 ^{ème} année	10	5,88 %
<i>Médecins attachés et professeurs :</i>		
< 5 ans	23	45,10 %
5-10 ans	11	21,57 %
> 10 ans	17	33,33 %

Tableau I : Récapitulation des caractéristiques générales de la population étudiée. « Suite »

Caractéristiques générales	Effectif	Pourcentage
Type de spécialité :		
Médecine	160	64,78 %
Chirurgie	70	28,34 %
Biologie (y compris Anatomie– pathologique et Génétique)	17	6,88 %
La parenté à la profession médicale :		
Oui	139	56,28 %
Non	108	43,72 %
Lien de parenté :		
1 ^{er} degré	30	21,6 %
2 ^{ème} degré	75	54 %
3 ^{ème} ou 4 ^{ème} degré	18	12,9 %
1 ^{er} et 2 ^{ème} degré	10	7,2 %
1 ^{er} et 3 ^{ème} ou 4 ^{ème} degré	3	2,2 %
2 ^{ème} et 3 ^{ème} ou 4 ^{ème} degré	2	1,4 %
1 ^{er} , au 2 ^{ème} et au 3 ^{ème} ou 4 ^{ème} degré	1	0,7 %
Spécialité de la population apparentée :		
Médecine		
Chirurgie	111	67,68 %
Biologie (y compris Anatomie– pathologique et Génétique)	41	25 %
	12	7,32 %
Présence de médecins psychiatres dans la population apparentée :		
Oui	5	3,60 %
Non	134	96,40 %
Le passage en service de psychiatrie :		
0 fois	5	2,02 %
1 fois	235	95,14 %
2 fois	7	2,84 %
Les antécédents psychologiques/psychiatriques :		
Oui, des antécédents personnels	19	7,7 %
Oui, des antécédents familiaux	103	41,7 %
Oui, des antécédents personnels et familiaux	27	10,9 %
Non	98	39,7 %

2. Représentations et perceptions :

2.1. La psychiatrie comme choix de spécialité :

Concernant la perception de la psychiatrie comme un choix de spécialité ordinaire, 42 des 247 enquêtés, soit 17 % de notre échantillon n'approuvaient pas cette idée (Figure 16).

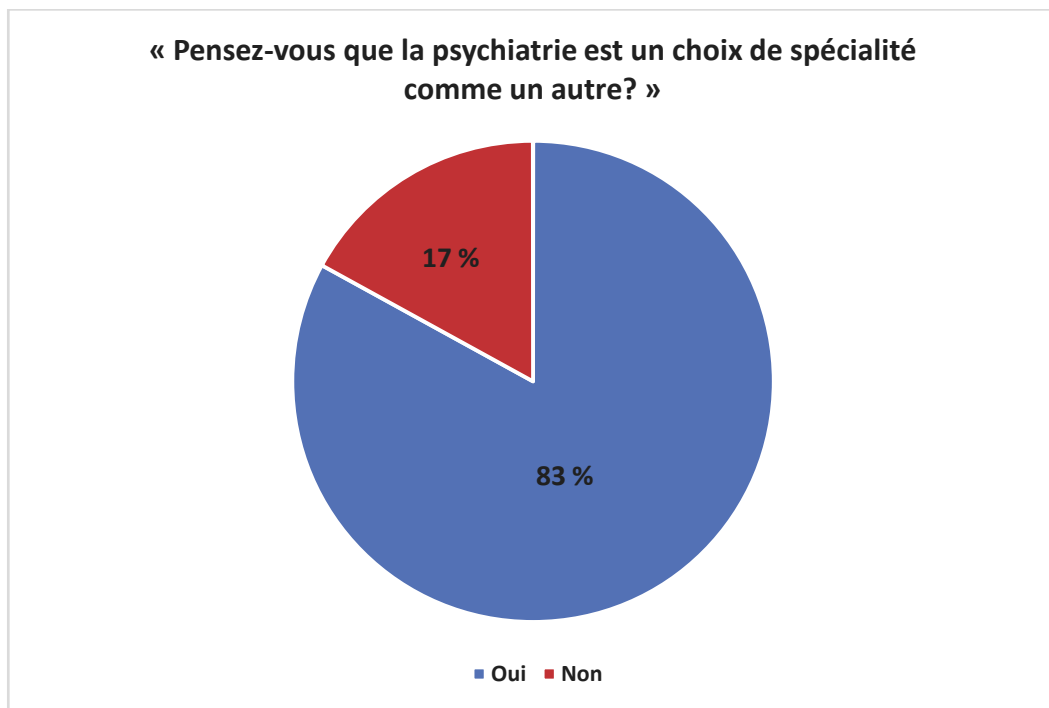


Figure 16 : Perception du choix de psychiatrie comme spécialité.

2.2. La pratique de la psychiatrie comme spécialité :

Plus de la moitié des médecins (61,1 %) pensaient que s'ils étaient contraints de choisir la psychiatrie en spécialité, ils auraient hésité au début, tandis que 30,4 % des enquêtés auraient préféré changer de spécialité (Figure 17).

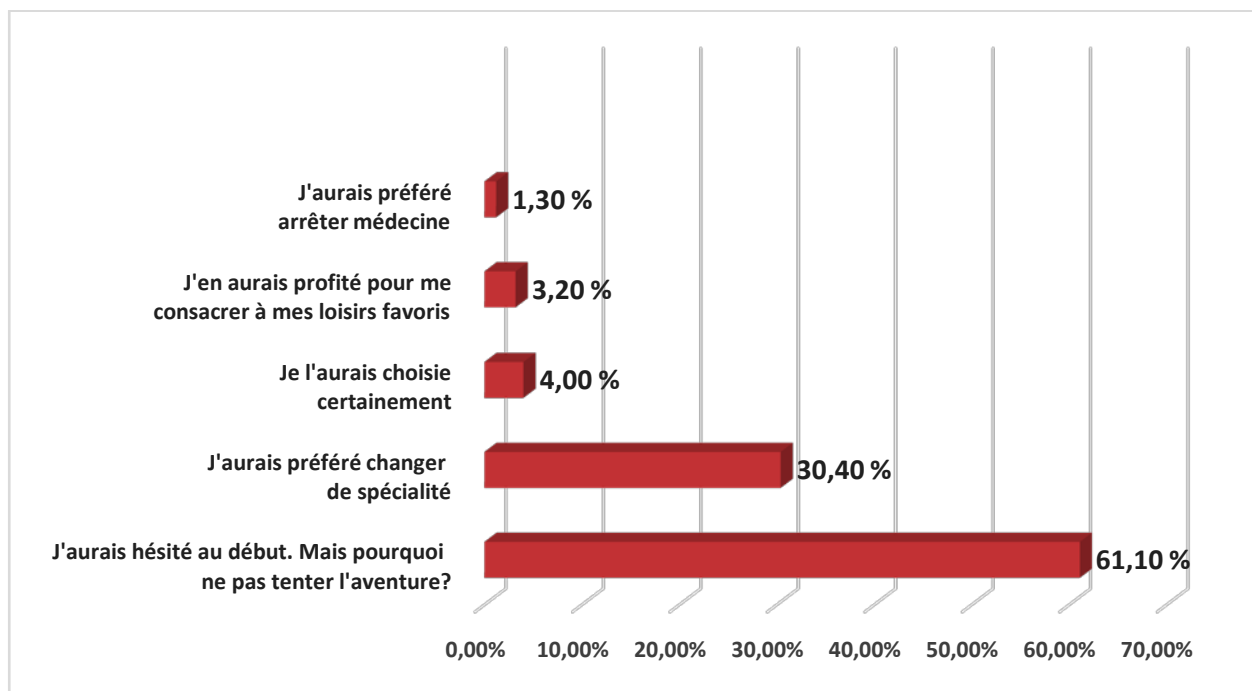


Figure 17 : Perception de la pratique de la psychiatrie comme spécialité.

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

Dans notre étude, 33,8 % des enquêtés pensaient que la difficulté de la spécialité sur le plan pratique serait une des raisons qui les empêcheraient de considérer la psychiatrie comme choix de spécialité et 22,5 % de notre échantillon considéraient que les éventuelles conséquences que la spécialité pourrait avoir sur leur santé psychique constituent une raison de non-choix de la psychiatrie comme spécialité.

Les résultats révèlent également que près de 14,6 % des enquêtés ne considéraient pas la psychiatrie comme choix de spécialité en raison de la lourde responsabilité que cette spécialité implique sur le plan juridique et 9,1 % des enquêtés renonceraient à la psychiatrie comme choix de spécialité à cause de l'incompréhension des objectifs et des limites de la spécialité.

Le faible niveau de satisfaction professionnelle et l'impression de ne rien pouvoir faire à leurs patients était la raison de non-choix de la psychiatrie chez 8,9 % des enquêtés (Figure 18).

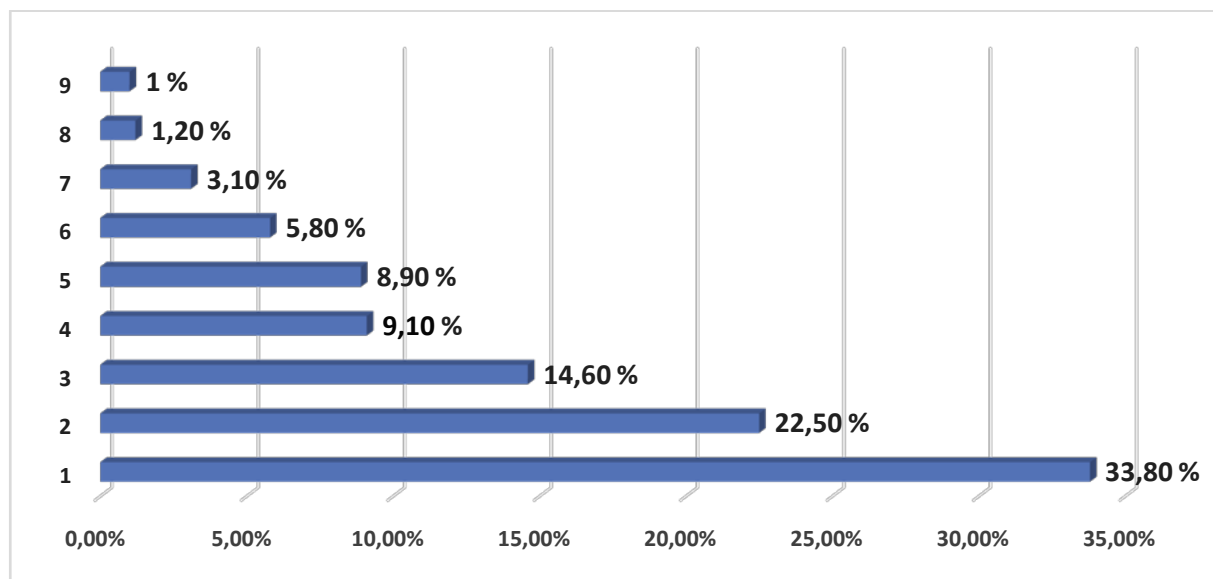


Figure 18 : Critères de non-choix de la psychiatrie comme spécialité.

- (1) La difficulté de la spécialité sur le plan pratique
- (2) Les éventuelles conséquences que la spécialité pourrait avoir sur ma santé psychique
- (3) La lourde responsabilité que cette spécialité implique sur le plan juridique
- (4) L'incompréhension des objectifs et des limites de la spécialité
- (5) Le faible niveau de satisfaction professionnelle et l'impression de ne rien pouvoir faire à mes patients
- (6) L'absence d'une base scientifique solide
- (7) Le faible prestige du métier et la discrimination par mon entourage
- (8) La psychiatrie n'est pas une discipline intellectuellement stimulante
- (9) Le profil particulier que requiert la spécialité

2.4. Représentations et perceptions du résident en psychiatrie :

En ce qui concerne la perception du résident en psychiatrie, 15,4 % de notre population pensaient que celui-ci cherche généralement le repos et la facilité, 14,5 % pensaient qu'un résident en psychiatrie a très probablement choisi cette spécialité par défaut à la suite de son mauvais classement au concours de résidanat et 4,7 % des enquêtés pensaient que le résident en psychiatrie a fait le choix de cette spécialité à cause de ses ATCDS psychiatriques familiaux (Figure 19).

2.5. Représentations et perceptions du psychiatre :

Concernant la perception du psychiatre, nos résultats révèlent que parmi les 247 médecins interrogés, 11,5 % pensaient que le psychiatre devient souvent « bizarre » et peut développer des troubles psychiatriques au cours de son cursus, 2,7 % pensaient que le psychiatre ne guérit pas et qu'il « drogue » ses patients et 0,6 % pensaient que le psychiatre n'est plus médecin.

Les résultats révèlent également que 43,5 % de notre population étudiée n'approuvaient aucun de ces préjugés à l'encontre du psychiatre ou du résident en psychiatrie précédemment cités (Figure 19).

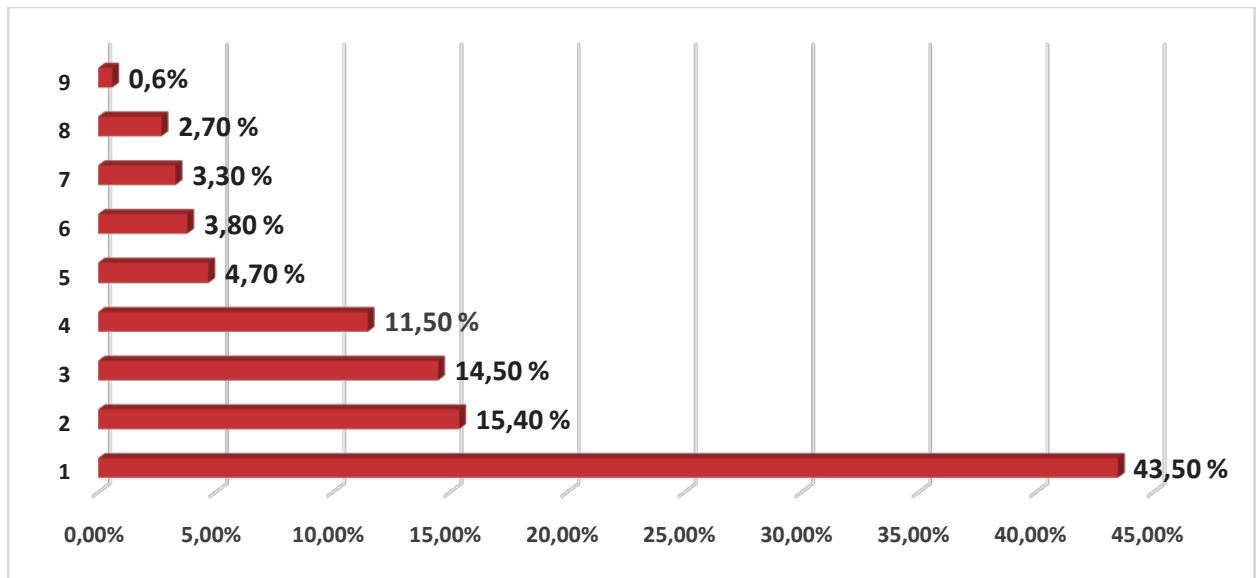


Figure 19: Représentations et perceptions du psychiatre et du résident en psychiatrie par leurs confrères.

- (1) Je ne partage aucune de ces idées
- (2) Un résident en psychiatrie cherche généralement le repos et la facilité
- (3) Un résident en psychiatrie a très probablement choisi cette spécialité par défaut à la suite de son mauvais classement au concours de résidanat
- (4) Le psychiatre devient souvent « bizarre » et peut développer des troubles psychiatriques au cours de son cursus
- (5) Le résident en psychiatrie a fait le choix de cette spécialité à cause de ses ATCDS psychiatriques familiaux
- (6) Le résident en psychiatrie a fait le choix de cette spécialité à cause de ses ATCDS psychiatriques personnels
- (7) Un résident en psychiatrie n'a pas beaucoup d'ambition
- (8) Le psychiatre ne guérit pas, il « drogue » ses patients
- (9) Le psychiatre n'est plus médecin

2.6. La demande antérieure d'avis psychiatrique :

La majorité des médecins (83 %) avait sollicité un avis psychiatrique pour leurs patients hospitalisés (Figure 20).

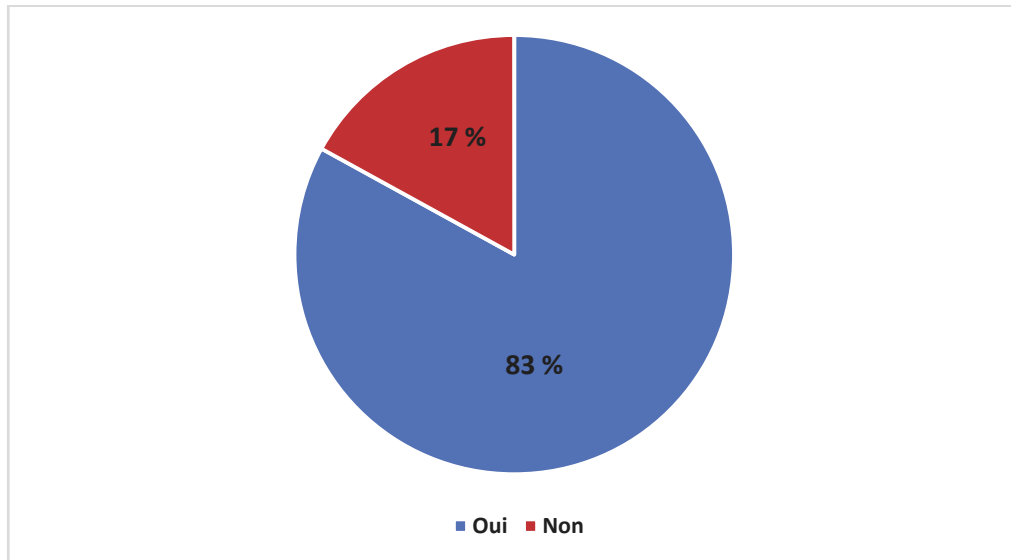


Figure 20 : Répartition des médecins du CHU Mohammed VI selon la demande d'avis psychiatrique.

Les 17% restants des médecins n'avaient pas demandé d'avis en raison de :

- La préférence de référer le malade à un psychiatre après sa sortie (42,9 %).
- La situation ne nécessitait pas l'avis d'un psychiatre (28,6 %).
- La non-disponibilité du psychiatre (19,6 %).
- Le trouble psychiatrique n'est pas une priorité dans la prise en charge des patients hospitalisés (3,6 %).
- Le manque de temps (3,6 %).
- Des mauvaises expériences avec l'équipe de psychiatrie (pas de contact ou de retour satisfaisant...) (1,7 %).

Concernant le nombre de demandes d'avis, plus de la moitié des médecins (58 %) demandaient parfois (1 à 10 fois) un avis psychiatrique au cours de leurs deux dernières années d'exercice pour leurs patients hospitalisés et 29,3 % des médecins demandaient souvent (>10 fois) un avis psychiatrique (Figure 21).

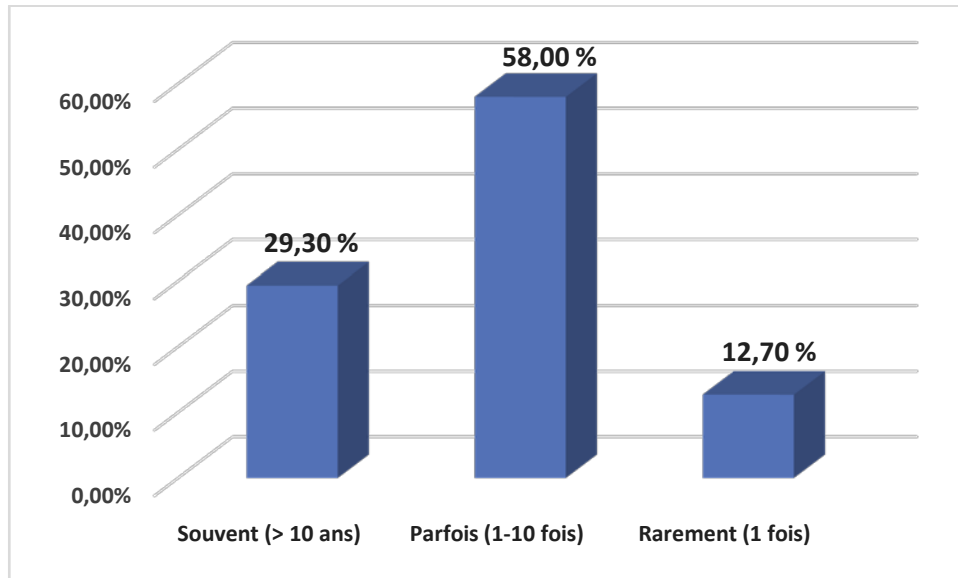


Figure 21 : Le nombre de demandes d'avis psychiatrique par les médecins.

Dans notre série, 89,47 % des médecins affirmaient que ça leur intéresse d'être présent au moment de l'avis psychiatrique (Figure 22).

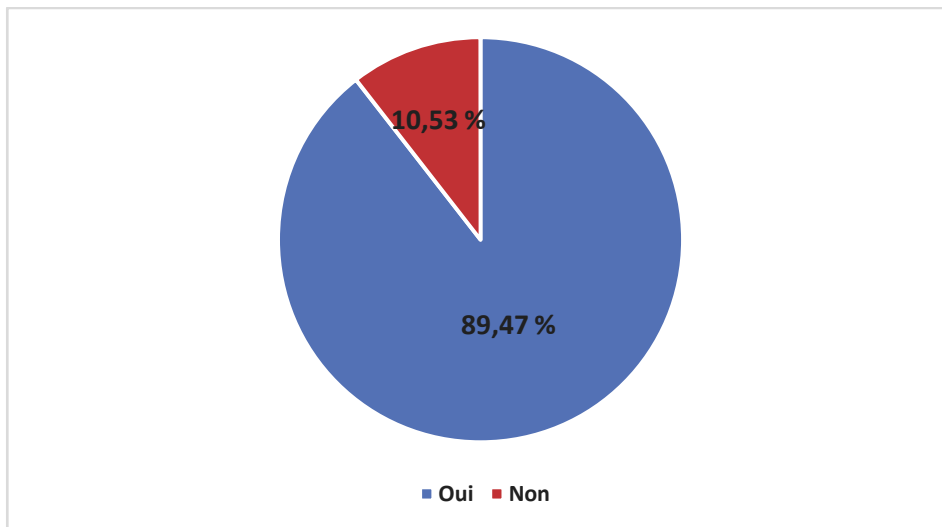


Figure 22 : Présence des médecins au moment de l'avis psychiatrique pour les patients hospitalisés au CHU Mohammed VI.

Les 10,53 % restants des médecins renonçaient à cette attitude principalement à cause de :

- Absence d'intérêt envers la spécialité (61,5 %).
- Défaut de temps (15,4 %).

- Nécessité du respect de l'intimité du malade et du secret médical (11,6 %).
- Inutilité de la présence du médecin traitant pour faire avancer la prise en charge du malade sur le plan psychiatrique (11,5 %).

Concernant la demande d'un compte rendu détaillé, 198 médecins (soit 80,16 %) demandaient un compte rendu détaillé de l'équipe de psychiatrie (Figure 23).

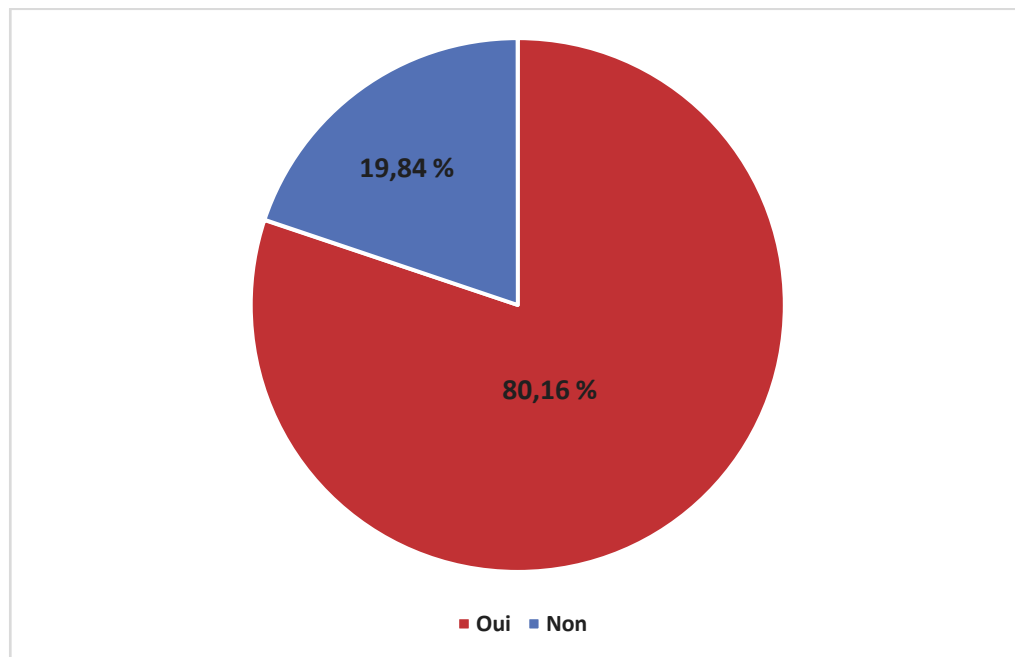


Figure 23 : Demande de compte rendu détaillé de l'équipe psychiatrique.

Les 19,84 % restants des médecins qui n'avaient pas demandé de compte rendu, c'était surtout dû soit à :

- Absence d'intérêt d'un compte rendu détaillé, un avis simple avec le diagnostic le plus probable et la conduite thérapeutique est suffisant (57,1 %).
- Absence de communication directe avec l'équipe psychiatrique (16,3 %).
- Difficultés liées à la compréhension du vocabulaire psychiatrique (10,2 %).
- Manque de temps (8,2 %).
- Secret médical (8,2 %).

II. Analyse bi-variée :

Cette analyse a pour but d'étudier la corrélation entre les caractéristiques générales de notre population et les différentes perceptions et représentations de la psychiatrie et des psychiatres.

1. Influence du sexe :

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

Dans notre série, nous notons que 20,10 % des femmes ne percevaient pas la psychiatrie comme choix de spécialité ordinaire contre 11,8 % des hommes. Il n'y a pas de différence statistiquement significative ($p=0.092$) (Figure 24).

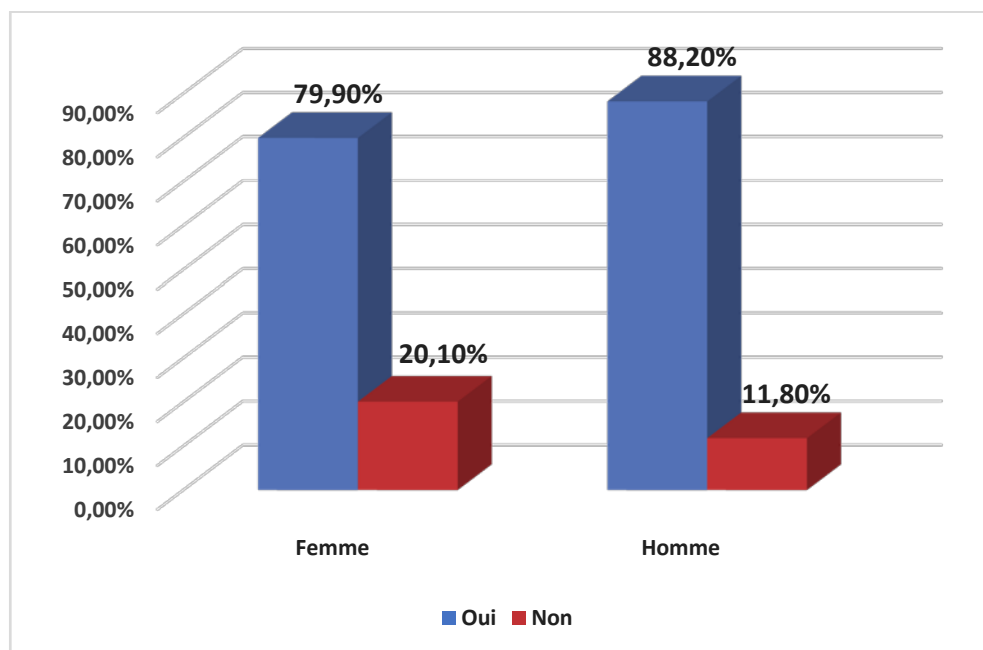


Figure 24 : Perception de la psychiatrie comme choix de spécialité ordinaire selon le sexe.

1.2. Influence du sexe sur la pratique de la psychiatrie comme spécialité :

Les médecins de sexe féminin (61,70 %) étaient plus nombreux à penser qu'elles auraient hésité à pratiquer la psychiatrie au début si elles étaient contraintes de la choisir comme

spécialité, tandis que les médecins de sexe masculin opteraient plus vers l'éventualité de changer de spécialité (33,30 %) voire arrêter la médecine (2 %) que de pratiquer la psychiatrie. Mais ce résultat est statistiquement non significatif ($p=0.2$) (Figure 25).

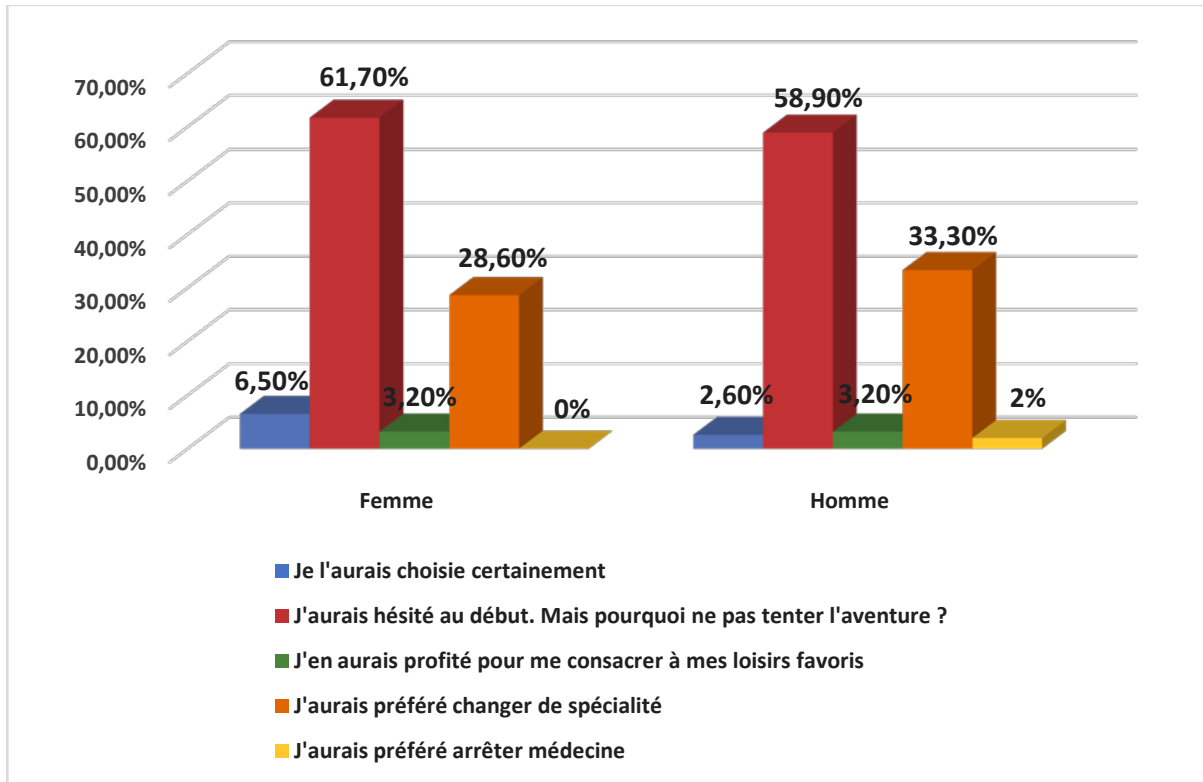


Figure 25 : Perception de la pratique de la psychiatrie comme spécialité selon le sexe.

1.3. Influence du sexe sur les préjugés concernant le résident en psychiatrie et le psychiatre :

Une différence statistiquement significative a été relevée entre les deux sexes concernant les représentations du résident en psychiatrie comme ayant choisi cette spécialité par défaut à la suite de son mauvais classement au concours de résidanat, cherchant généralement le repos et la facilité et ayant fait le choix de cette spécialité à cause de ses ATCDS psychiatriques familiaux. Une influence du sexe a aussi été remarquée concernant le psychiatre comme étant un médecin qui ne guérit pas, mais plutôt qui « drogue » ses patients. En effet, les hommes avaient plus tendance à penser cela que les femmes (Tableau II).

Tableau II : Préjugés du résident en psychiatrie et du psychiatre selon le sexe.

Préjugés	Sexe féminin	Sexe masculin	P
Un résident en psychiatrie a très probablement choisi cette spécialité par défaut à la suite de son mauvais classement au concours de résidanat	37,1 %	62,9 %	0.003
Un résident en psychiatrie cherche généralement le repos et la facilité	42 %	58 %	0.008
Un résident en psychiatrie n'a pas beaucoup d'ambition	49,4 %	50,6 %	0.58
Le résident en psychiatrie a fait le choix de cette spécialité à cause de ses ATCDS psychiatriques personnels	43,2 %	56,8 %	0.09
Le résident en psychiatrie a fait le choix de cette spécialité à cause de ses ATCDS psychiatriques familiaux	48 %	52 %	0.04
Le psychiatre n'est plus médecin	53,5 %	46,5 %	0.10
Le psychiatre ne guérit pas, il « drogue » ses patients	46,6 %	53,4 %	0.042
Le psychiatre devient souvent « bizarre » et peut développer des troubles psychiatriques au cours de son cursus	62,7 %	37,3 %	0.23

2. Influence de l'âge :

2.1. Influence de l'âge sur la perception de la psychiatrie comme choix de spécialité :

Les médecins ayant un âge moins de 25 ans avaient plus tendance à ne pas percevoir la psychiatrie comme un choix de spécialité ordinaire. Ce résultat est statistiquement significatif ($p=0.04$) (Figure 26).

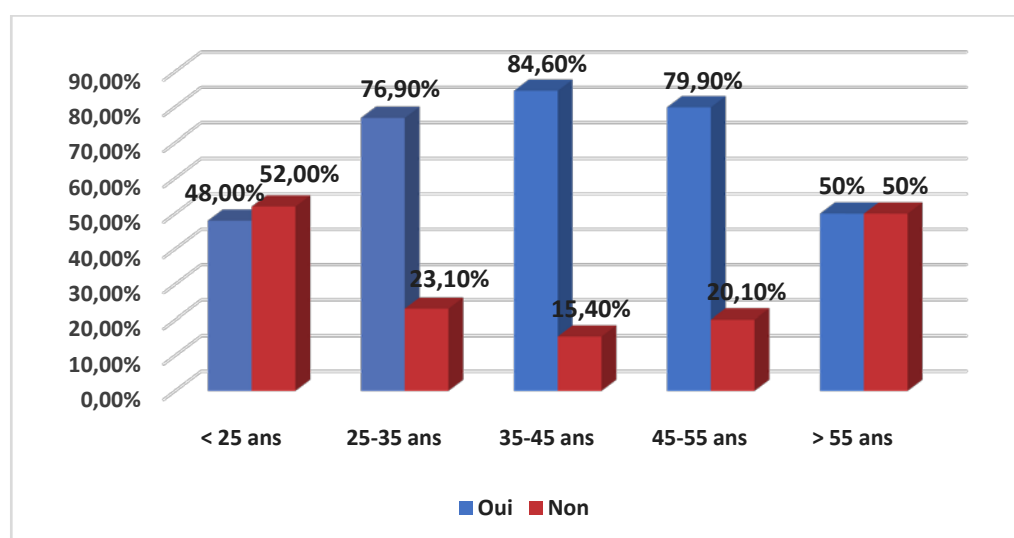


Figure 26 : Perception de la psychiatrie comme choix de spécialité ordinaire selon l'âge.

2.2. Influence de l'âge sur la pratique de la psychiatrie comme spécialité :

Aucune influence significative n'a été objectivée entre les différents sous-groupes étudiés concernant leurs perceptions de la pratique de la psychiatrie comme spécialité ($p=0.88$) (Figure 27).

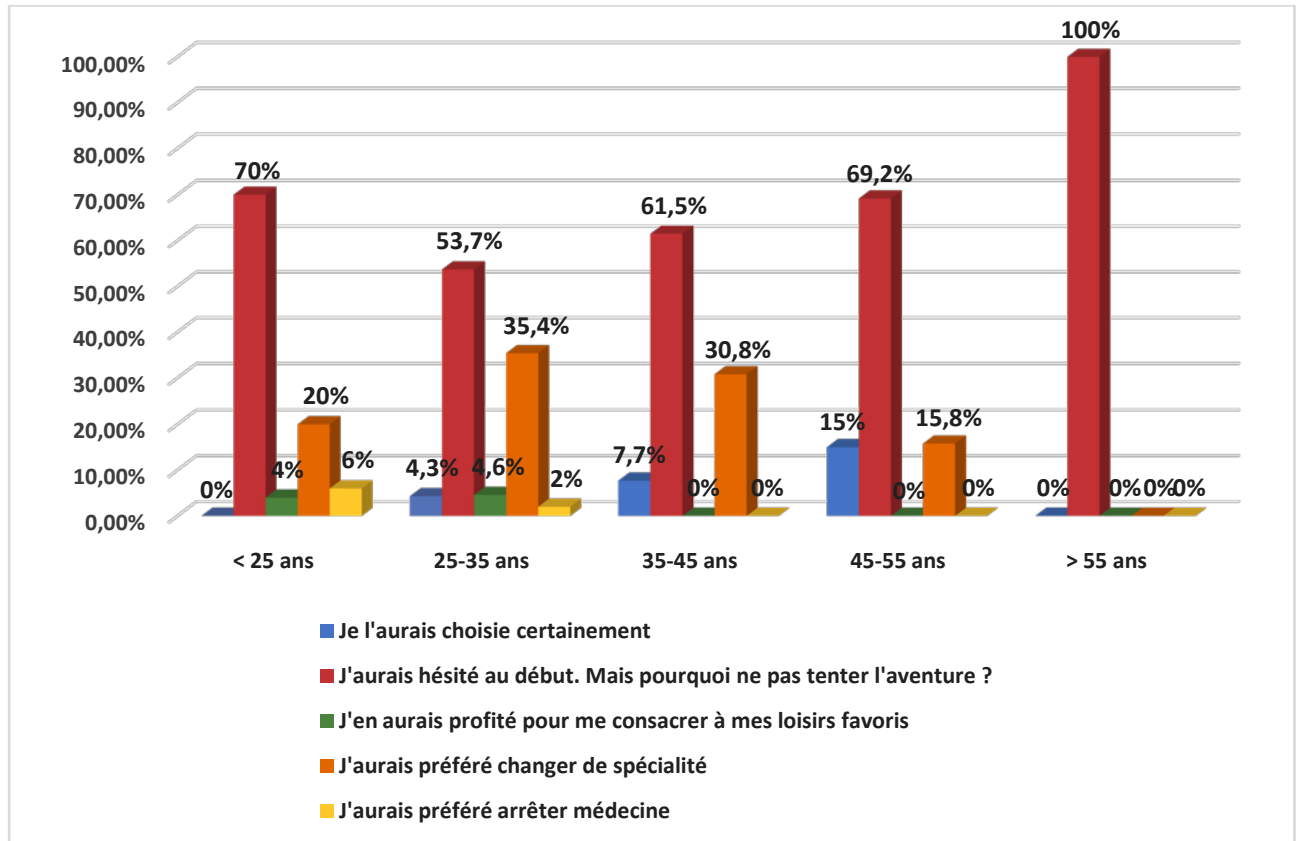


Figure 27 : Perception de la pratique de la psychiatrie comme spécialité selon l'âge.

2.3. Influence de l'âge sur les préjugés concernant le résident en psychiatrie et le psychiatre :

Dans cette comparaison, une influence statistiquement significative ($p < 0.05$) de l'âge sur les représentations du résident en psychiatrie et du psychiatre a été mise en évidence (Tableau III). Ainsi les enquêtés qui sont âgés de < 35 ans avaient plus tendance à être d'accord avec ces préjugés :

- *Un résident en psychiatrie a très probablement choisi cette spécialité par défaut à la suite de son mauvais classement au concours de résidanat.*
- *Un résident en psychiatrie cherche généralement le repos et la facilité.*
- *Le psychiatre ne guérit pas, il « drogue » ses patients.*

Tableau III : Préjugés du résident en psychiatrie et du psychiatre selon l'âge.

Préjugés	< 25 ans	25 – 35 ans	35 – 45 ans	45 – 55 ans	> 55 ans	P
Un résident en psychiatrie a très probablement choisi cette spécialité par défaut à la suite de son mauvais classement au concours de résidanat	44,5 %	44 %	8 %	3,5 %	0 %	0.018
Un résident en psychiatrie cherche généralement le repos et la facilité	42 %	43,2 %	9,8 %	5 %	0 %	0.01
Un résident en psychiatrie n'a pas beaucoup d'ambition	32 %	60 %	6 %	2 %	0 %	0.58
Le résident en psychiatrie a fait le choix de cette spécialité à cause de ses ATCDS psychiatriques personnels	70 %	20,1 %	7,9 %	2 %	0 %	0.09
Le résident en psychiatrie a fait le choix de cette spécialité à cause de ses ATCDS psychiatriques familiaux	61 %	32 %	3,5 %	3,5 %	0 %	0.04
Le psychiatre n'est plus médecin	54,5 %	40,3 %	3,2 %	2 %	0 %	0.10
Le psychiatre ne guérit pas, il « drogue » ses patients	45,7 %	41 %	7 %	6,3 %	0 %	0.01
Le psychiatre devient souvent « bizarre » et peut développer des troubles psychiatriques au cours de son cursus	42,7 %	32 %	22,3 %	3 %	0 %	0.23

3. Influence du statut professionnel :

3.1 Influence du statut professionnel sur la perception de la psychiatrie comme choix de spécialité :

L'étude de l'enquête a révélé une influence du statut professionnel sur la perception de la psychiatrie comme choix de spécialité. En effet, les médecins internes étaient plus nombreux à penser que la psychiatrie n'est pas un choix de spécialité ordinaire. Cette différence est fortement significative ($p < 0.01$) (Figure 28).

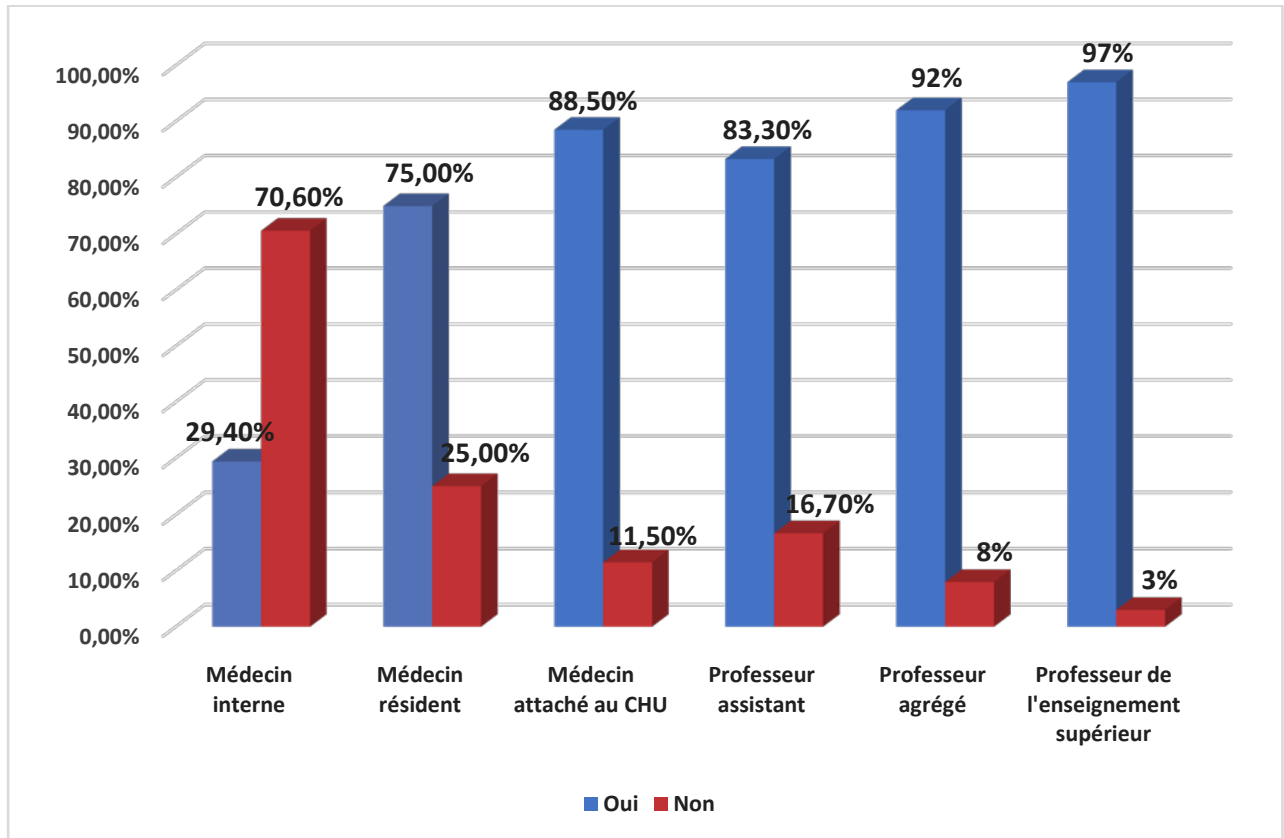


Figure 28 : Perception de la psychiatrie comme choix de spécialité ordinaire selon le statut professionnel.

3.2 Influence du statut professionnel sur la pratique de la psychiatrie comme spécialité :

Cette comparaison a objectivé une influence statistiquement significative ($p=0.003$) du statut professionnel sur la perception de la pratique de la psychiatrie comme spécialité. En effet, il semble que les médecins internes (52 %) avaient plus tendance à penser à changer de spécialité s'ils étaient contraints de choisir la psychiatrie comme discipline à pratiquer (Figure 29).

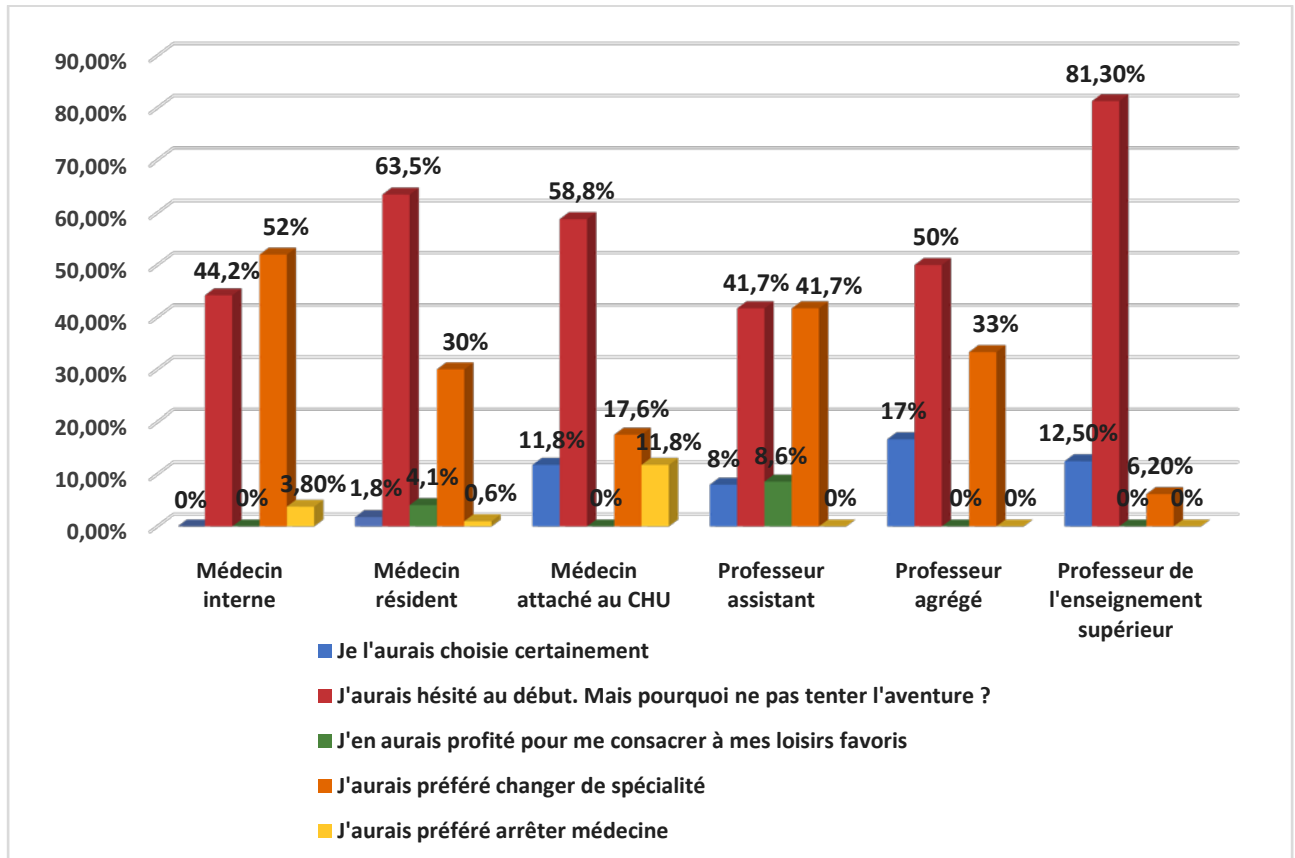


Figure 29 : Perception de la pratique de la psychiatrie comme spécialité selon le statut professionnel.

3.3 Influence du statut professionnel sur les préjugés concernant le résident en psychiatrie et le psychiatre:

Les médecins résidents étaient plus nombreux à penser que le résident en psychiatrie a très probablement choisi cette spécialité par défaut, cherche généralement le repos et la facilité et est sans ambition. Aussi, ils étaient plus nombreux à penser que le résident en psychiatrie a fait le choix de cette spécialité à cause de ses ATCDS psychiatriques familiaux et qu'il ne guérit pas, mais qu'il « drogue » ses patients. De même, le psychiatre pour eux devient souvent « bizarre » et peut développer des troubles psychiatriques au cours de son cursus.

La deuxième catégorie de médecins à avoir des préjugés sur les psychiatres est représentée par les médecins internes avec des pourcentages moins élevés.

Cette différence est statistiquement significative ($p < 0.05$) (Tableau IV).

Tableau IV : Préjugés du résident en psychiatrie et du psychiatre selon le statut professionnel.

Préjugés	Médecin interne	Médecin résident	Médecin attaché au CHU	Professeur assistant	Professeur agrégé	Professeur de l'enseignement supérieur	P
Un résident en psychiatrie a très probablement choisi cette spécialité par défaut à la suite de son mauvais classement au concours de résidanat	23,5 %	62 %	7 %	2 %	4 %	1,5 %	0.01
Un résident en psychiatrie cherche généralement le repos et la facilité	12 %	80 %	5,2 %	2 %	0,4 %	0,4 %	0.00
Un résident en psychiatrie n'a pas beaucoup d'ambition	28 %	67 %	4 %	0,6 %	0,4 %	0 %	0.04
Le résident en psychiatrie a fait le choix de cette spécialité à cause de ses ATCDS psychiatriques personnels	44,6 %	52,4 %	1 %	1,5 %	0,5 %	0 %	0.64
Le résident en psychiatrie a fait le choix de cette spécialité à cause de ses ATCDS psychiatriques familiaux	22,2 %	56,8 %	12,1 %	5,4 %	2,5 %	1 %	0.00
Le psychiatre n'est plus médecin	14 %	78 %	8 %	0 %	0 %	0 %	0.18
Le psychiatre ne guérit pas, il «drogue» ses patients	16,2 %	75 %	8 %	0,8 %	0 %	0 %	0.01
Le psychiatre devient souvent «bizarre» et peut développer des troubles psychiatriques au cours de son cursus	27 %	66,4 %	5,6 %	1 %	0 %	0 %	0.036

4. Influence de l'ancienneté professionnelle :

4.1. Influence de l'ancienneté professionnelle sur la perception de la psychiatrie comme choix de spécialité :

Aucune influence significative n'a été objectivée entre les différents sous-groupes étudiés concernant leurs perceptions de la psychiatrie comme choix de spécialité ($p > 0.05$) (Figure 30).

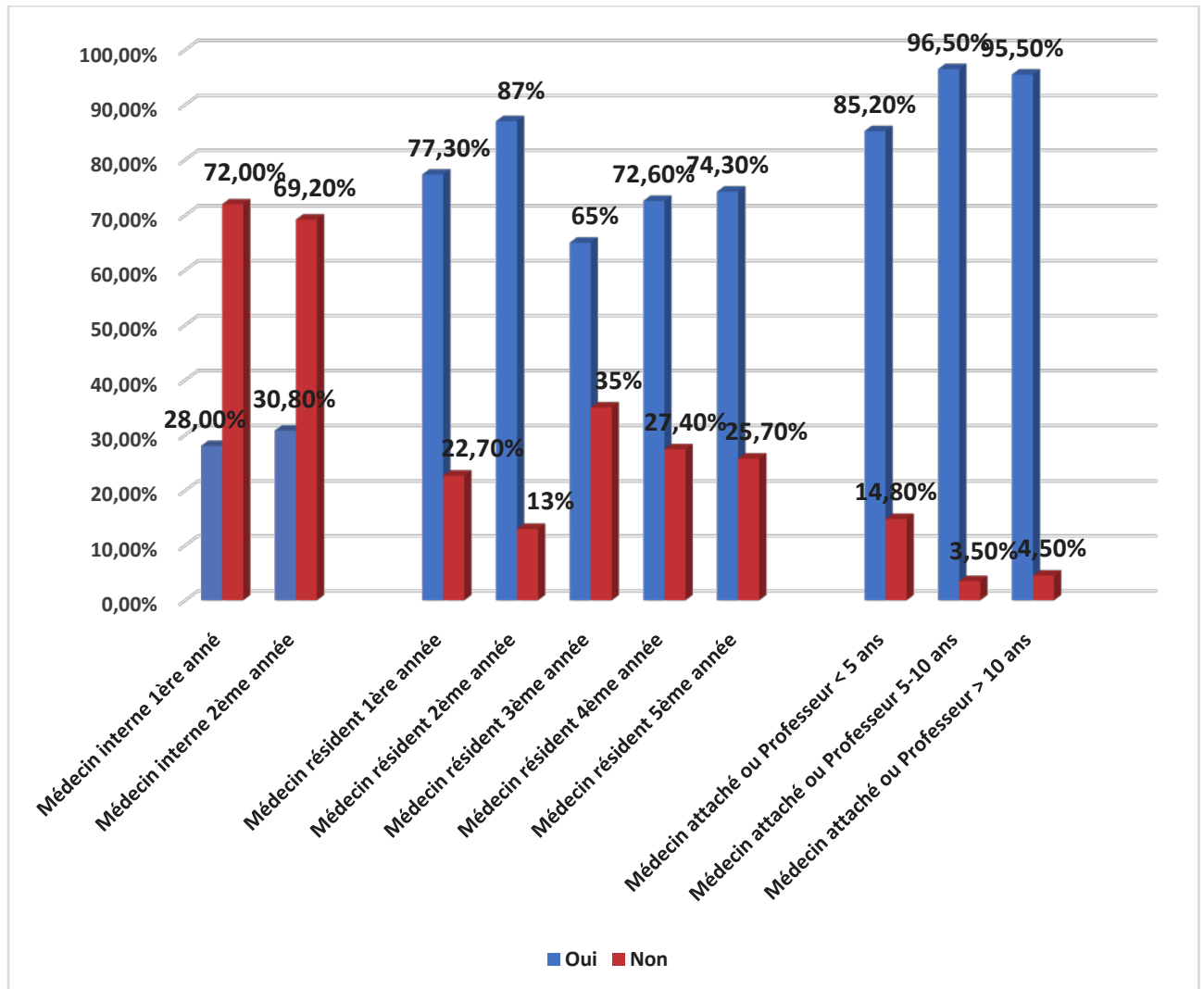


Figure 30 : Perception de la psychiatrie comme choix de spécialité ordinaire selon l'ancienneté professionnelle.

4.2. Influence de l'ancienneté professionnelle sur la pratique de la psychiatrie comme spécialité :

Dans notre étude, aucune influence significative de l'ancienneté professionnelle sur la perception de la pratique de la psychiatrie comme spécialité n'a été objectivée entre les différents sous-groupes étudiés ($p > 0.05$).

Pour simplifier la représentation graphique, nous avons rangé les libellés : Médecin interne en « 1^{ère} année », médecin interne en « 2^{ème} année », médecin résident en « 1^{ère} année », médecin résident en « 2^{ème} année », médecin résident en « 3^{ème} année », médecin résident en « 4^{ème} année », médecin résident en « 5^{ème} année » et médecin attaché/professeur avec « < 5 ans » d'ancienneté professionnelle sous un seul libellé « < 5 ans d'ancienneté », et médecin attaché/professeur avec « 5-10 ans » d'ancienneté et ceux avec « > 5 ans » d'ancienneté sous « > 5 ans d'ancienneté » (Figure 31).

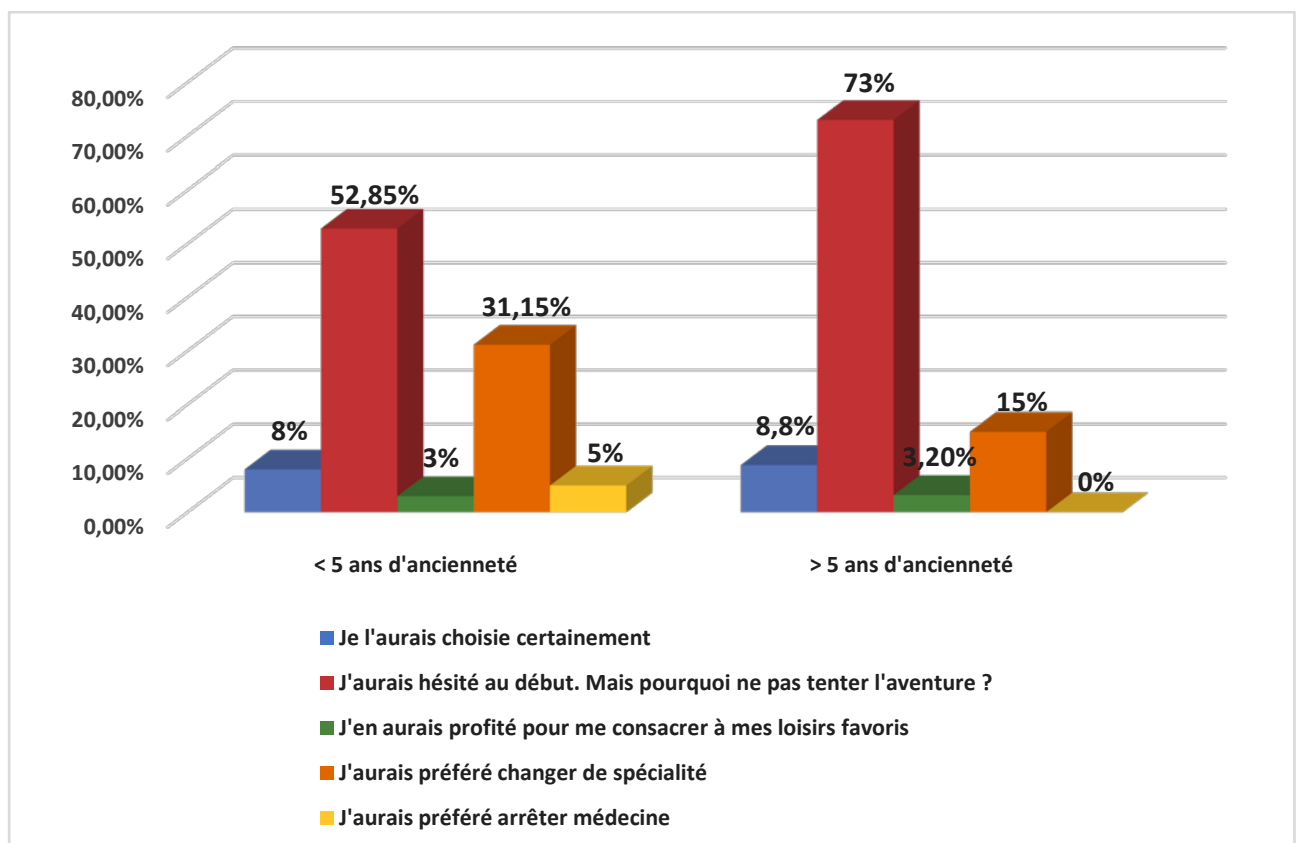


Figure 31 : Perception de la pratique de la psychiatrie comme spécialité selon l'ancienneté professionnelle.

4.3. Influence de l'ancienneté professionnelle sur les préjugés concernant le résident en psychiatrie et le psychiatre :

Pour cette partie également, les différents libellés des sous-groupes étudiés ont été recodées sous deux étiquettes « < 5 ans d'ancienneté » et « > 5 ans d'ancienneté ».

Dans cette comparaison, aucune influence statistiquement significative de l'ancienneté n'a été mise en évidence concernant les représentations du psychiatre ($p > 0.05$) (Tableau V).

Tableau V : Préjugés du résident en psychiatrie et du psychiatre selon l'ancienneté professionnelle.

Préjugés	< 5 ans d'ancienneté	> 5 ans d'ancienneté	P
Un résident en psychiatrie a très probablement choisi cette spécialité par défaut à la suite de son mauvais classement au concours de résidanat	51,9 %	48,1 %	0.68
Un résident en psychiatrie cherche généralement le repos et la facilité	67 %	33 %	0.75
Un résident en psychiatrie n'a pas beaucoup d'ambition	86,4 %	13,6 %	0.42
Le résident en psychiatrie a fait le choix de cette spécialité à cause de ses ATCDS psychiatriques personnels	66,2 %	33,8 %	0.24
Le résident en psychiatrie a fait le choix de cette spécialité à cause de ses ATCDS psychiatriques familiaux	52 %	48 %	0.08
Le psychiatre n'est plus médecin	69 %	31 %	0.12
Le psychiatre ne guérit pas, il « drogue » ses patients	75,3 %	24,7 %	0.09
Le psychiatre devient souvent « bizarre » et peut développer des troubles psychiatriques au cours de son cursus	68,1 %	31,9 %	0.8

5. Influence du type de spécialité :

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

Dans notre étude, nous notons qu'il y a une influence du type de spécialité sur la perception de la psychiatrie comme choix ordinaire. En effet, les chirurgiens étaient plus nombreux (59 %) à désapprouver cette idée. Ce résultat est statistiquement significatif ($p = 0.043$) (Figure 32).

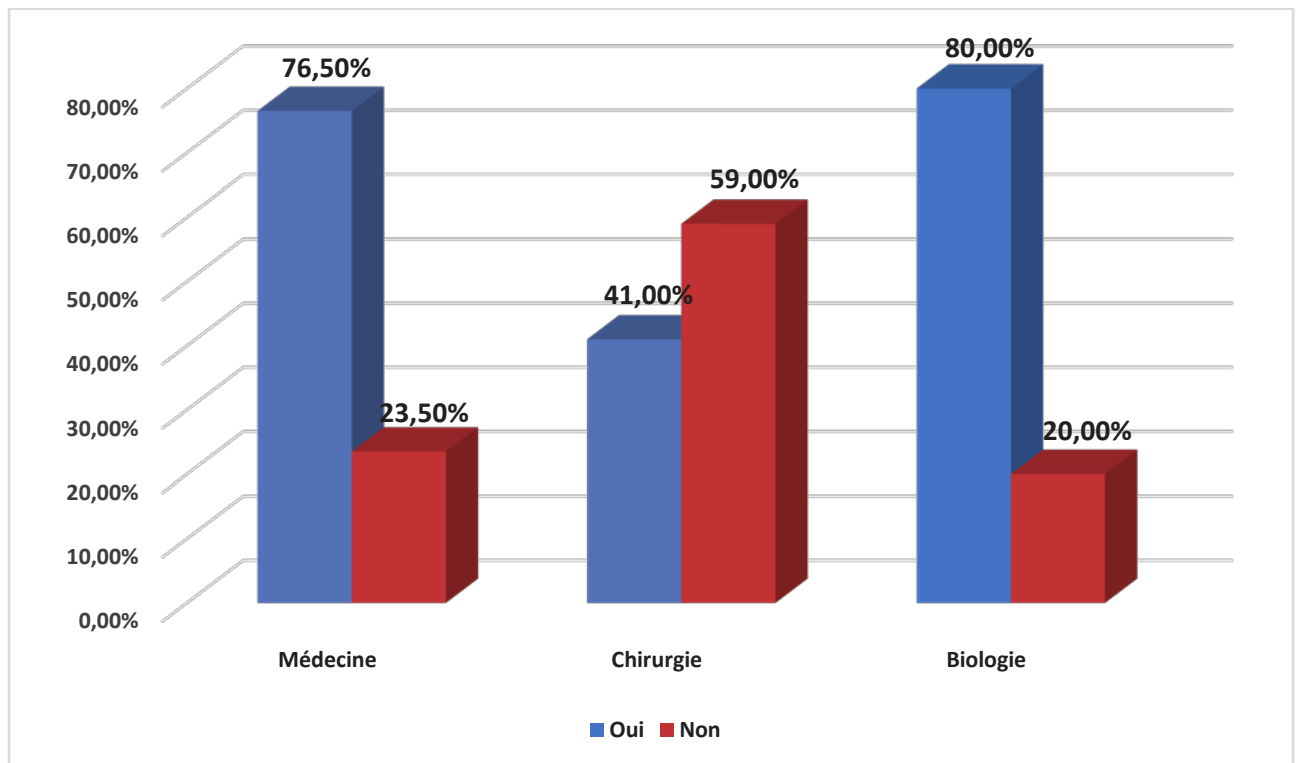


Figure 32 : Perception de la psychiatrie comme choix de spécialité ordinaire selon le type de spécialité.

5.2. Influence du type de spécialité sur la pratique de la psychiatrie comme spécialité :

Les chirurgiens (35,7 %) avaient plus tendance à penser à changer de spécialité s'ils étaient contraints de choisir la psychiatrie comme discipline à pratiquer (Figure 33).

Mais ce résultat est statistiquement non significatif ($p=0.72$).

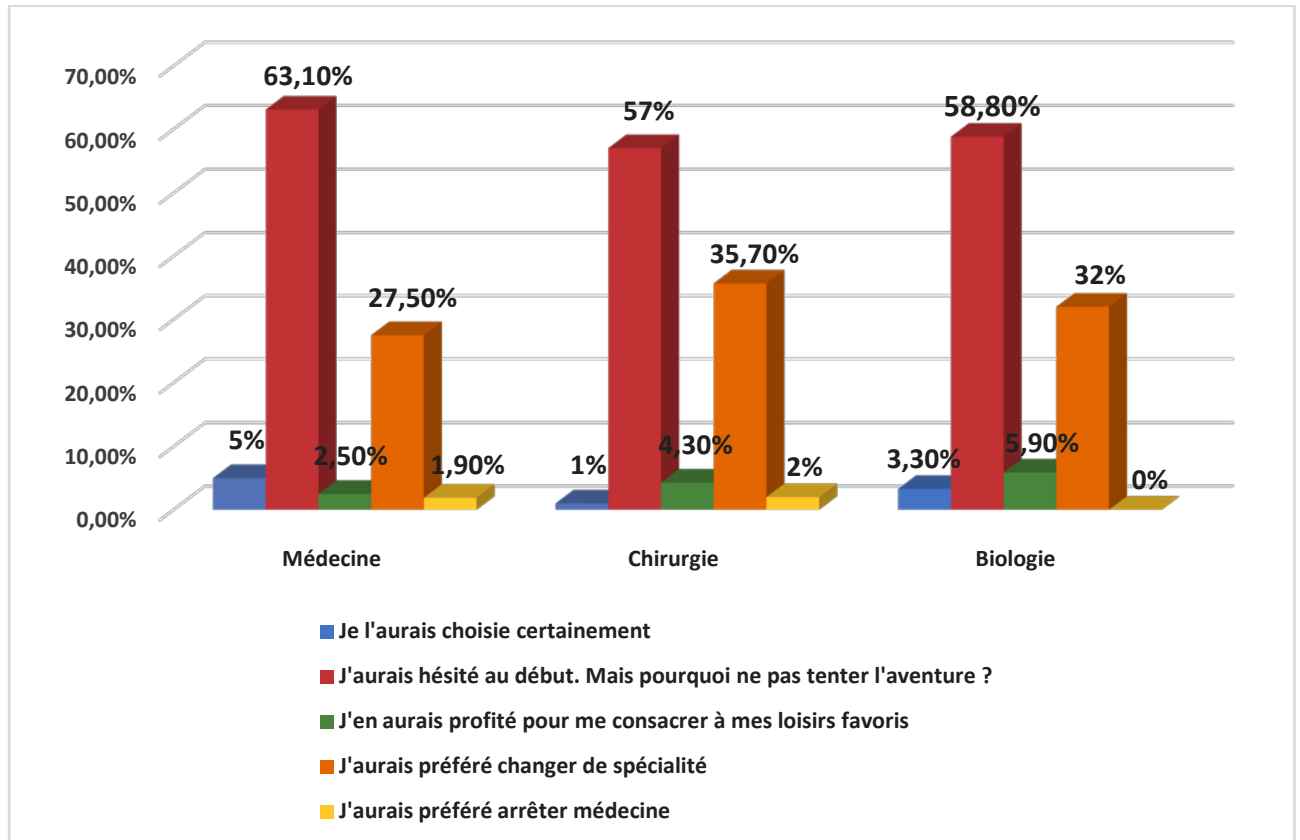


Figure 33 : Perception de la pratique de la psychiatrie comme spécialité selon le type de spécialité.

5.3. Influence du type de spécialité sur les préjugés concernant le résident en psychiatrie et le psychiatre :

Un plus grand nombre de chirurgiens que de cliniciens ou de médecins biologistes pensaient que le résident en psychiatrie a très probablement choisi cette spécialité par défaut à la suite de son mauvais classement au concours de résidanat, cherche généralement le repos et la facilité et n'a pas beaucoup d'ambition. Ils étaient plus nombreux également à penser que le psychiatre devient souvent « bizarre » et peut développer des troubles psychiatriques au cours de son cursus.

Statistiquement, cette différence entre les 3 types de spécialité est significative ($p < 0.05$) (Tableau VI).

Tableau VI : Préjugés du résident en psychiatrie et du psychiatre selon le type de spécialité.

Préjugés	Médecine	Chirurgie	Biologie	P
Un résident en psychiatrie a très probablement choisi cette spécialité par défaut à la suite de son mauvais classement au concours de résidanat	32 %	59 %	9 %	0.03
Un résident en psychiatrie cherche généralement le repos et la facilité	29 %	53,6 %	17,4 %	0.00
Un résident en psychiatrie n'a pas beaucoup d'ambition	38 %	54 %	8 %	0.04
Le résident en psychiatrie a fait le choix de cette spécialité à cause de ses ATCDS psychiatriques personnels	24,3 %	49 %	26,7 %	0.89
Le résident en psychiatrie a fait le choix de cette spécialité à cause de ses ATCDS psychiatriques familiaux	27 %	61,2 %	11,8 %	0.23
Le psychiatre n'est plus médecin	23 %	41 %	36 %	0.07
Le psychiatre ne guérit pas, il « drogue » ses patients	16,4 %	72 %	11,6 %	0.19
Le psychiatre devient souvent « bizarre » et peut développer des troubles psychiatriques au cours de son cursus	39,1 %	46,9 %	14 %	0.009

6. Influence de la parenté à la profession médicale :

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

La comparaison entre les 2 sous-groupes étudiés (enquêtés ayant une parenté à la profession médicale et le groupe des enquêtés n'en ayant pas) a objectivé que les médecins avec parenté étaient plus nombreux (88,90 %) à considérer la psychiatrie comme étant un choix de spécialité comme les autres. Ce résultat est statistiquement significatif ($p < 0.01$) (Figure 34).

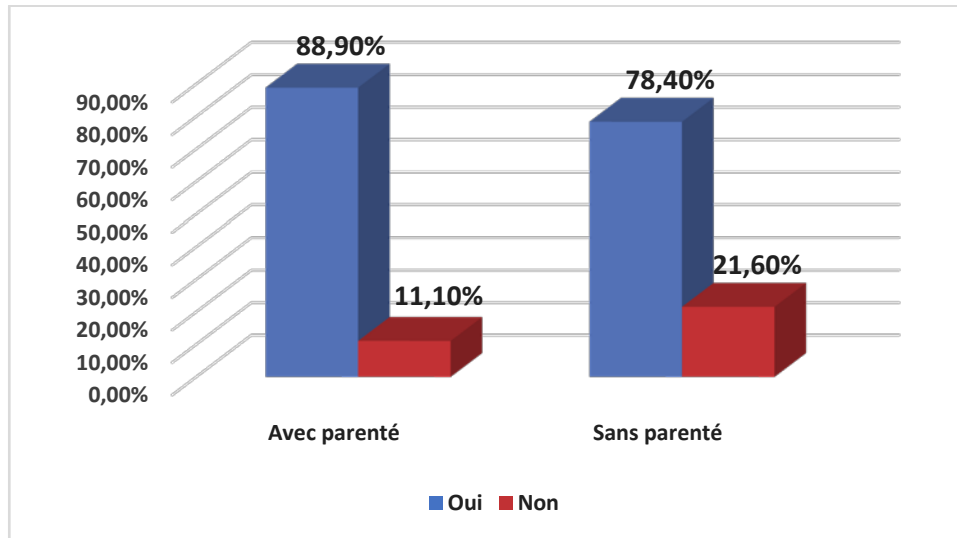


Figure 34 : Perception de la psychiatrie comme choix de spécialité ordinaire selon la parenté à la profession médicale.

Le degré de parenté semble avoir également une influence sur la perception de la psychiatrie. Dans notre série, les enquêtés ayant un lien de parenté au 1^{er} degré (89,30 %) avaient plus tendance à percevoir la psychiatrie comme un choix ordinaire de spécialité en les comparant avec les enquêtés ayant un lien de parenté au 2^{ème} degré (76,70 %) ou 3^{ème}/4^{ème} degré (39 %). La différence entre les 3 catégories est statistiquement significative ($p < 0.01$) (Figure 35).

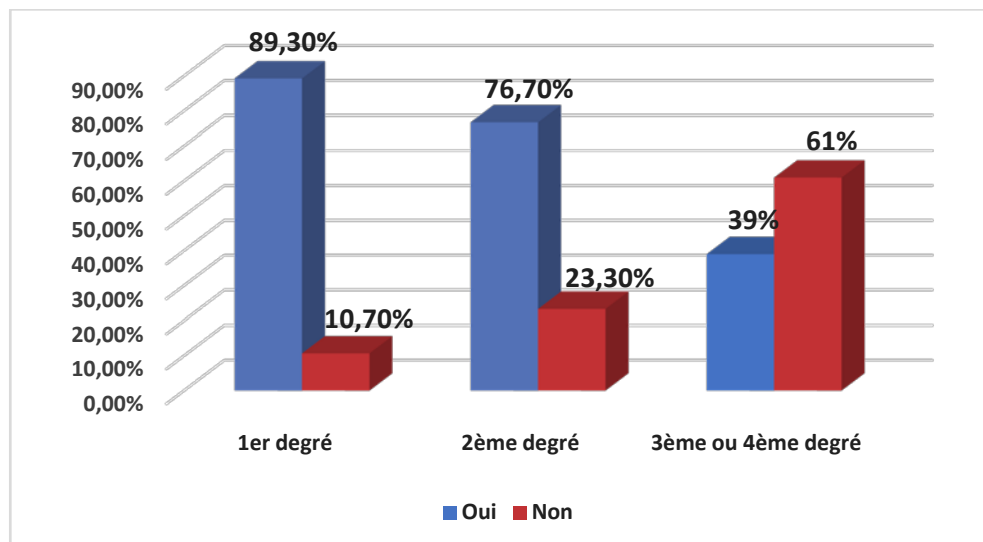


Figure 35 : Perception de la psychiatrie comme choix de spécialité ordinaire selon le lien de parenté à la profession médicale.

6.2. Influence de la parenté à la profession médicale sur la pratique de la psychiatrie comme spécialité :

Cette comparaison n'a objectivé aucune influence statistiquement significative de la parenté à la profession médicale sur les perceptions de la psychiatrie comme choix de spécialité ($p=0.54$) (Figure 36).

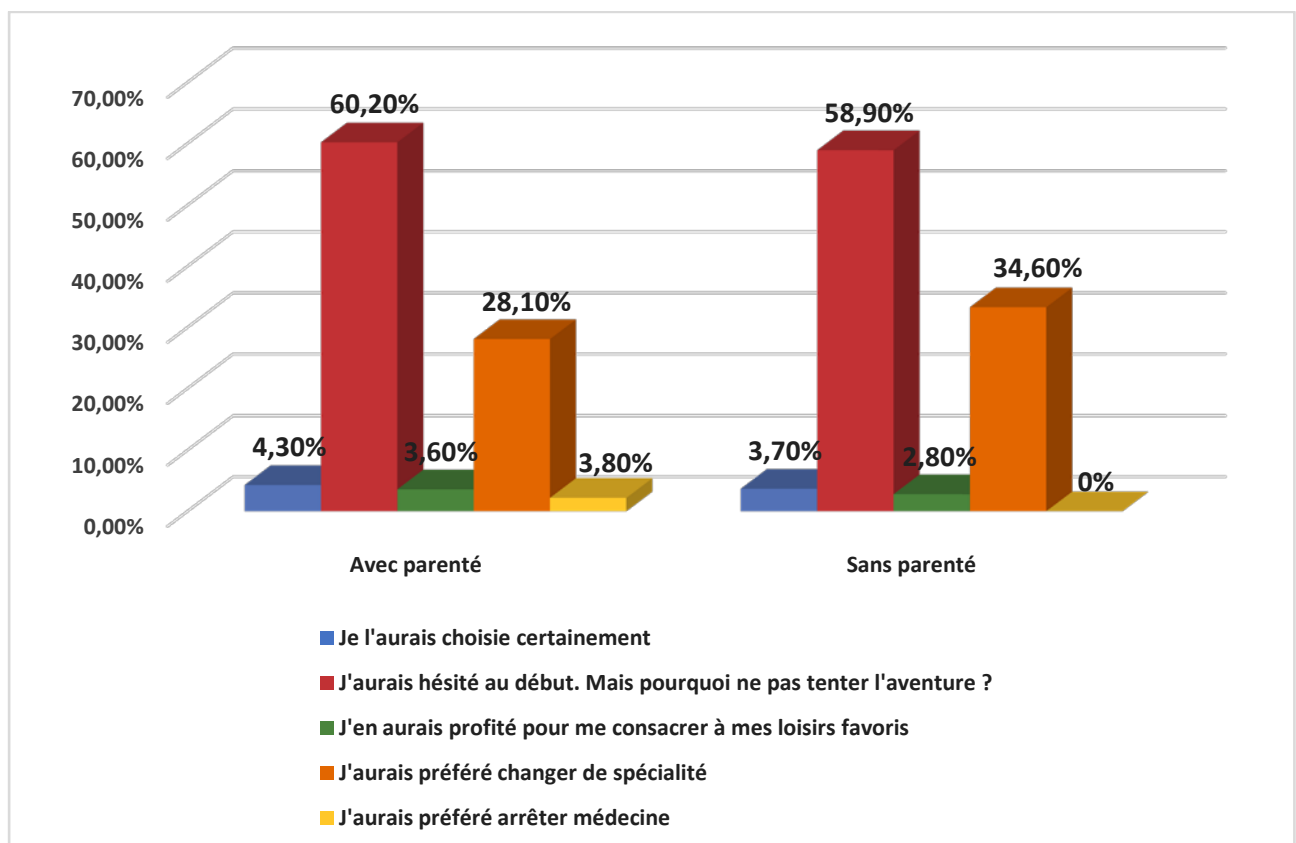


Figure 36 : Perception de la pratique de la psychiatrie selon le lien de parenté à la profession médicale.

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

Une différence statistiquement significative ($p=0.048$) a été relevée entre les deux sous-groupes étudiés concernant les représentations du psychiatre comme étant un médecin qui ne guérit pas et qu'il « drogue » ses patients. En effet, les médecins sans parenté à la profession médicale avaient plus tendance à penser cela que ceux avec parenté (Tableau VII).

Tableau VII : Préjugés du résident en psychiatrie et du psychiatre selon la parenté à la profession médicale.

Préjugés	Avec parenté	Sans parenté	P
Un résident en psychiatrie a très probablement choisi cette spécialité par défaut à la suite de son mauvais classement au concours de résidanat	45,7 %	54,3 %	0.94
Un résident en psychiatrie cherche généralement le repos et la facilité	48 %	52 %	0.54
Un résident en psychiatrie n'a pas beaucoup d'ambition	47,4 %	52,6 %	0.27
Le résident en psychiatrie a fait le choix de cette spécialité à cause de ses ATCDS psychiatriques personnels	43 %	57 %	0.16
Le résident en psychiatrie a fait le choix de cette spécialité à cause de ses ATCDS psychiatriques familiaux	38,2 %	61,8 %	0.44
Le psychiatre n'est plus médecin	49,9 %	50,1%	0.12
Le psychiatre ne guérit pas, il « drogue » ses patients	36,8 %	63,2 %	0.048
Le psychiatre devient souvent « bizarre » et peut développer des troubles psychiatriques au cours de son cursus	38 %	62%	0.4

7. Influence du passage en service de psychiatrie :

7.1. Influence du passage en service de psychiatrie sur la perception de la psychiatrie comme choix de spécialité :

D'après l'analyse de nos résultats, il n'y aucune influence statistiquement significative du nombre de passages en service de psychiatrie sur la perception de celle-ci comme choix de spécialité ($p > 0.05$) (Figure 37).

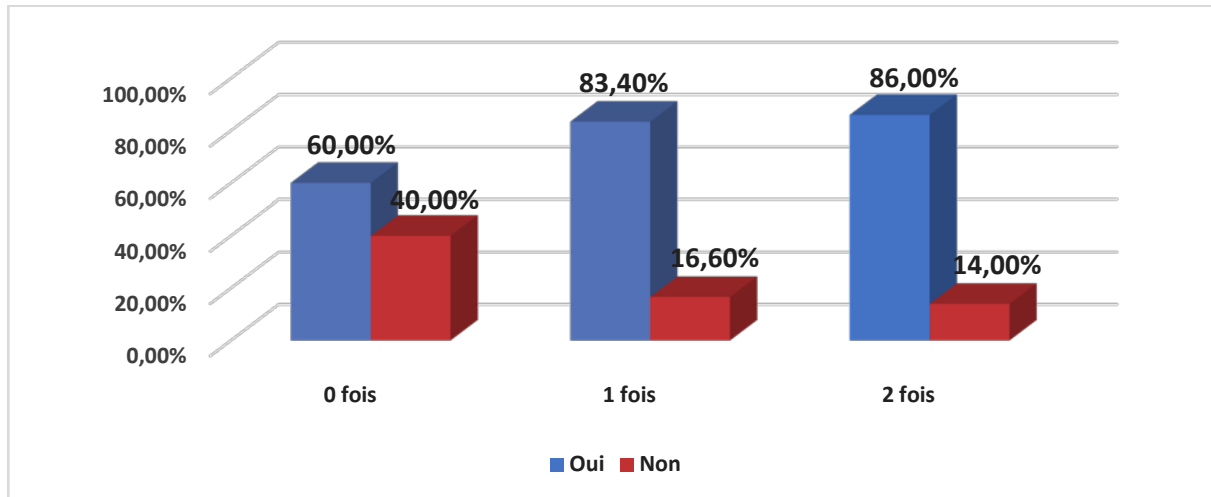


Figure 37 : Perception de la psychiatrie comme choix de spécialité ordinaire selon le nombre de passages en service de psychiatrie.

7.2. Influence du passage en service de psychiatrie sur la pratique de la psychiatrie comme spécialité :

Aucune influence significative n'a été objectivée entre les trois sous-groupes étudiés concernant leur perception de la pratique de la psychiatrie comme spécialité ($p=0.85$) (Figure 38).

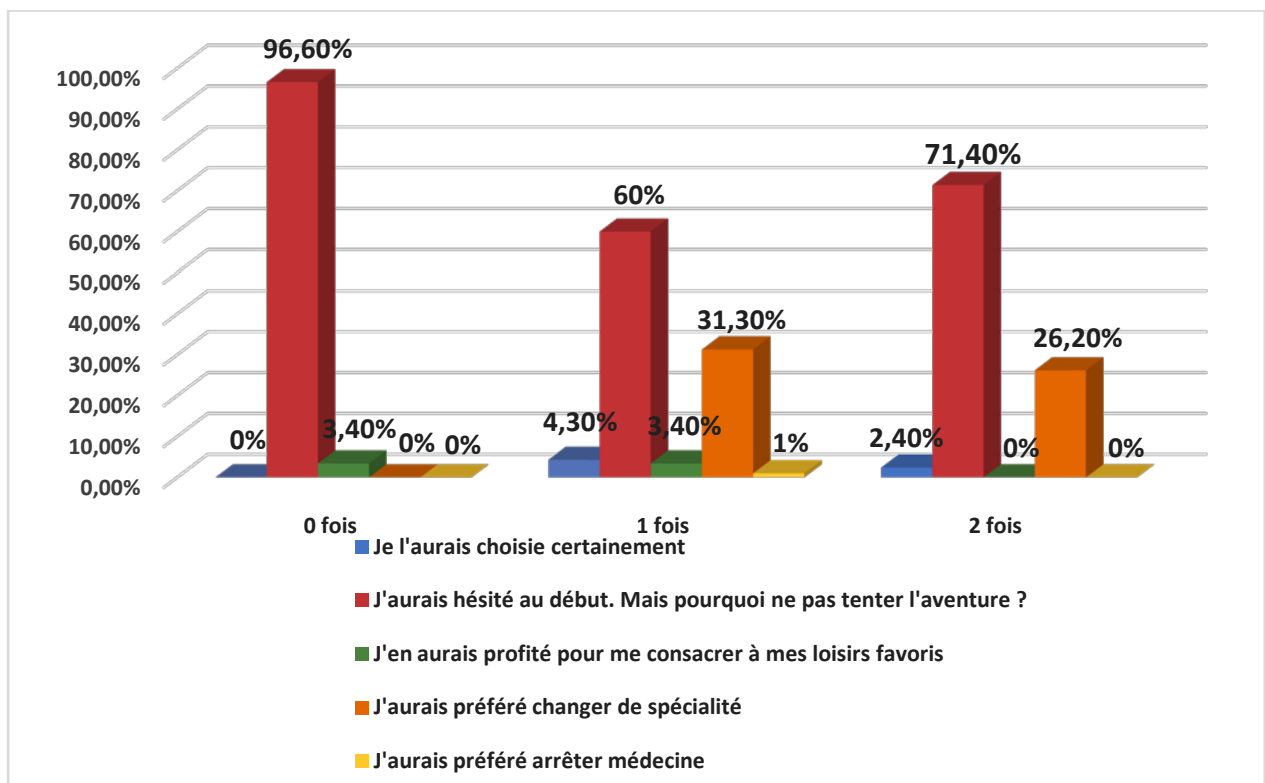


Figure 38 : Perception de la pratique de la psychiatrie selon le nombre de passages en service de psychiatrie.

7.3. Influence du passage en service de psychiatrie sur les préjugés concernant le résident en psychiatrie et le psychiatre :

Cette comparaison n'a objectivé aucune influence statistiquement significative du nombre de passages en service de psychiatrie sur les représentations du résident en psychiatrie et du psychiatre (Tableau VIII).

Tableau VIII : Préjugés du résident en psychiatrie et du psychiatre selon le nombre de passages en service de psychiatrie.

Préjugés	0 fois	1 fois	2 fois	P
Un résident en psychiatrie a très probablement choisi cette spécialité par défaut à la suite de son mauvais classement au concours de résidanat	0 %	82 %	18 %	0.94
Un résident en psychiatrie cherche généralement le repos et la facilité	0 %	74 %	26 %	0.23
Un résident en psychiatrie n'a pas beaucoup d'ambition	0 %	69,5 %	30,5 %	0.85
Le résident en psychiatrie a fait le choix de cette spécialité à cause de ses ATCDS psychiatriques personnels	0 %	71,4 %	28,6 %	0.63
Le résident en psychiatrie a fait le choix de cette spécialité à cause de ses ATCDS psychiatriques familiaux	0 %	60 %	40 %	0.18
Le psychiatre n'est plus médecin	0 %	58 %	42 %	0.1
Le psychiatre ne guérit pas, il « drogue » ses patients	0 %	65,7 %	34,3 %	0.09
Le psychiatre devient souvent « bizarre » et peut développer des troubles psychiatriques au cours de son cursus	0 %	67 %	33 %	0.35

8. Influence des antécédents psychologiques/psychiatriques :

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

Les médecins ayant des antécédents psychologiques ou psychiatriques (59 %) avaient plus tendance à ne pas percevoir la psychiatrie comme un choix de spécialité ordinaire. Ce résultat est statistiquement significatif ($p=0.022$) (Figure 39).

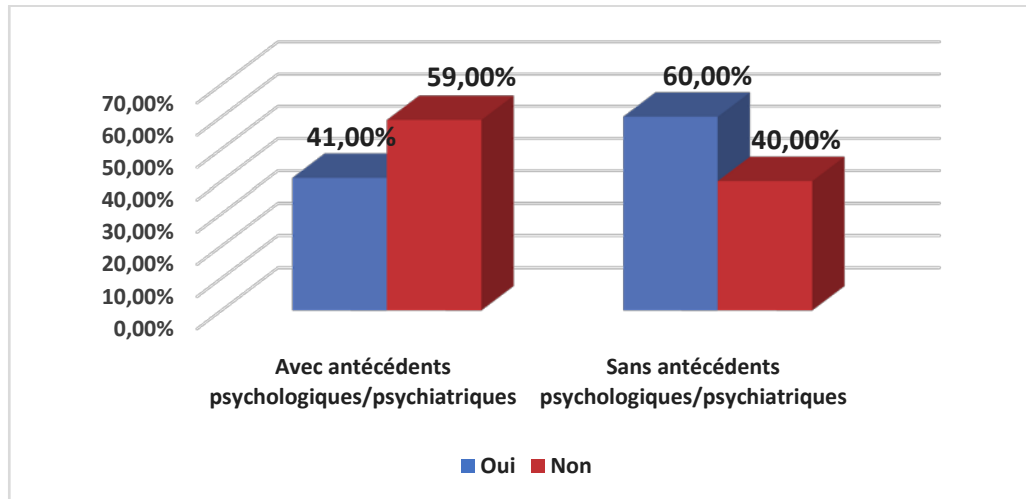


Figure 39 : Perception de la psychiatrie comme choix de spécialité ordinaire selon les antécédents psychologiques/psychiatriques.

8.2. Influence des antécédents psychologiques/psychiatriques sur la pratique de la psychiatrie comme spécialité :

Cette comparaison n'a objectivé aucune influence statistiquement significative des antécédents psychologiques/psychiatriques sur la perception de la pratique de la psychiatrie comme spécialité ($p=0.74$) (Figure 40).

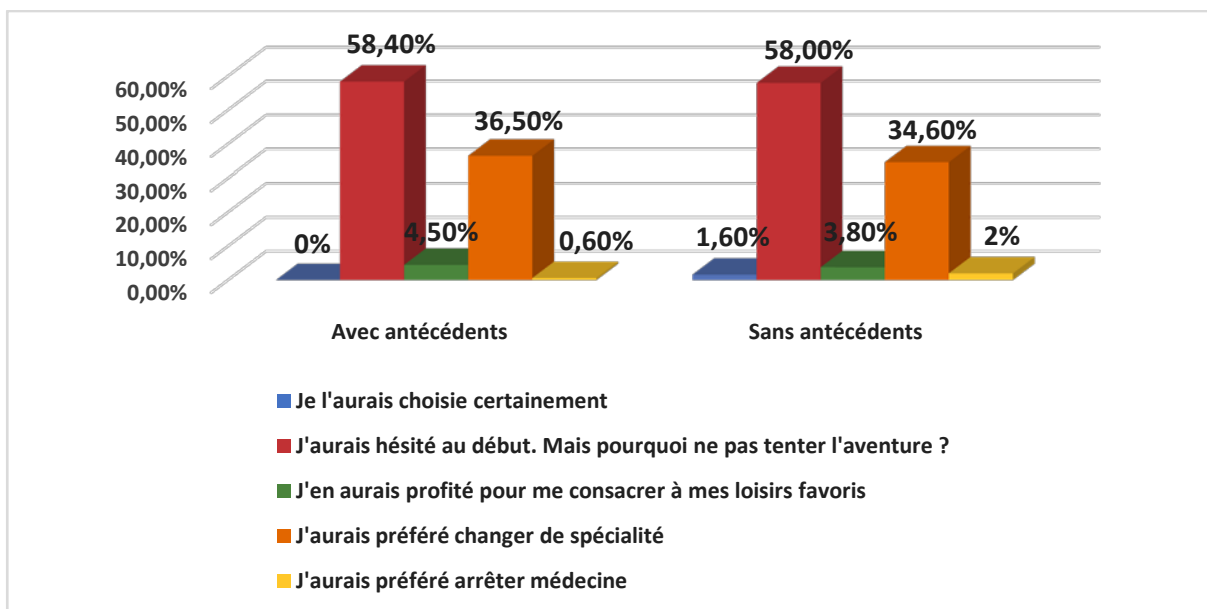


Figure 40 : Perception de la pratique de la psychiatrie selon les antécédents psychologiques/psychiatriques.

8.3. Influence des antécédents psychologiques/psychiatriques sur les préjugés concernant le résident en psychiatrie et le psychiatre :

Dans cette comparaison, une influence statistiquement significative ($p < 0.05$) des antécédents sur les représentations du résident en psychiatrie et du psychiatre a été mise en évidence (Tableau IX). Ainsi, les enquêtés qui ont des antécédents avaient plus tendance à être d'accord avec ces préjugés :

- *Un résident en psychiatrie a très probablement choisi cette spécialité par défaut à la suite de son mauvais classement au concours de résidanat.*
- *Un résident en psychiatrie cherche généralement le repos et la facilité.*
- *Un résident en psychiatrie n'a pas beaucoup d'ambition.*
- *Le résident en psychiatrie a fait le choix de cette spécialité à cause de ses ATCDS psychiatriques familiaux.*
- *Le psychiatre ne guérit pas, il « drogue » ses patients.*

Tableau IX : Préjugés du résident en psychiatrie et du psychiatre selon les antécédents psychologiques/psychiatriques.

Préjugés	Avec antécédents	Sans antécédents	P
Un résident en psychiatrie a très probablement choisi cette spécialité par défaut à la suite de son mauvais classement au concours de résidanat	56,8 %	43,2 %	0.03
Un résident en psychiatrie cherche généralement le repos et la facilité	59 %	41 %	0.045
Un résident en psychiatrie n'a pas beaucoup d'ambition	65 %	35 %	0.04
Le résident en psychiatrie a fait le choix de cette spécialité à cause de ses ATCDS psychiatriques personnels	56,7 %	43,3 %	0.12
Le résident en psychiatrie a fait le choix de cette spécialité à cause de ses ATCDS psychiatriques familiaux	68 %	32 %	0.01
Le psychiatre n'est plus médecin	51 %	49 %	0.22
Le psychiatre ne guérit pas, il « drogue » ses patients	62 %	38 %	0.046
Le psychiatre devient souvent « bizarre » et peut développer des troubles psychiatriques au cours de son cursus	55 %	45 %	0.17



DISCUSSION



I. La stigmatisation de la psychiatrie et du psychiatre :

1. Approche psychosociale de la stigmatisation :

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

1.1. Origine et définitions :

Le terme « *stigmaté* », provenant du grec ancien « *stizein* », signifie tatouer, marquer au fer rouge et « *stigma* » 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. Il désignait aussi les marques faites aux recrues militaires dans l'Empire Romain.

Du grec, le terme est passé au Latin à « *stigmata* », qui correspond à la marque déposée sur le corps d'une personne, afin qu'il soit connu par l'opprobre et l'ignominie qu'il porte.

L'historique du mot révèle que cette distinction a pu revêtir une image plus positive, voire glorifiante. Dans le domaine religieux, le terme prendra un sens différent: les marques corporelles qui apparaissaient chez certaines personnes (stigmates du Christ) et qui indiquaient que ces dernières avaient mené une vie remarquable sur le plan spirituel et religieux, une vie sainte. Le stigmaté est ici signe d'élection plutôt que d'éviction. Il emprunte une consonance sacrée conférée par les Saintes Écritures (3).

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

Le stigmaté a donc un indice apparent et durable qui révèle chez l'individu un état et un passé considéré comme dégradant, 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) (4). Depuis la lèpre, d'autres maladies ont été fortement stigmatisées : la tuberculose, le cancer, le sida et les maladies mentales.

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

Il distingue trois grandes catégories de stigmates :

- ✚ **Les stigmates corporels** : les handicaps physiques, les troubles de la vision (myopie, cécité...), les défauts du visage ou du corps (difformité, nanisme...), ...
- ✚ **Les stigmates tenant à la personnalité et/ou passé de l'individu** : troubles du caractère, séjour passé dans un hôpital psychiatrique, éthylisme chronique, antécédents criminels..., dans certaines situations socio-historiques : le discrédit attaché à la femme divorcée, au chômeur, à l'homosexuel...
- ✚ **Les stigmates « tribaux »** qui correspondent à la race, à la religion, à l'appartenance politique ou à la nationalité considérées comme étant hors des normes sociales locales: le cas des noirs aux USA en est le meilleur exemple.

L'auteur définit ainsi le stigmaté comme « un attribut qui jette un discrédit profond », mais précise « qu'il faut bien voir qu'en réalité, c'est en termes de relations et non d'attributions qu'il convient d'en parler » (5). Le processus de stigmatisation ne dépend donc pas seulement d'une manière d'être identifié, mais dépend aussi du type de relation entretenu entre les individus.

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 (6).

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 (7).

1.2. 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 devient renforcé diminuant ainsi sa liberté réelle dans une sorte de cercle vicieux (8).

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

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

Selon Goffmann, 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 (5).

a. Représentations sociales :

La notion de représentation sociale apparaît comme une notion complexe, au carrefour d'une série de concepts sociologiques et de concepts psychologiques. Les représentations sociales ont été très largement utilisées dans le vaste domaine des sciences humaines (9), mais les nombreuses autres origines disciplinaires des chercheurs et des théoriciens (anthropologie, histoire, linguistique, psychologie sociale, psychanalyse, sociologie...) ont contribué à la multiplicité des définitions et des méthodes d'étude, rendant difficile la formulation d'une définition universelle. Néanmoins, celles-ci n'entrent pas en contradiction mais se complètent, permettant de cerner au mieux ce concept récent (10).

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

l'individu et du collectif, avec une valeur prédictive ou prédicative.

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

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

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

P. Mannoni présente les représentations sociales comme une sorte de « prêt-à-penser » des membres d'une société dont la vocation serait de décrire les événements, les situations, de les expliquer et de les juger. Elles contribuent ainsi à la vision que chacun peut avoir du monde et de l'être humain et orientent les conduites et les règles de vie en société (13).

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, d'images transmises collectivement, donnant une signification à la réalité qui les entoure. Un homme qui ne penserait pas par concepts ne serait pas un homme ; car, réduit aux seuls percepts individuels, il ne serait pas un être social (14).

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

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 ». Ainsi, Serge Moscovici remarque déjà que l'on ne peut se limiter à décrire une représentation par sa seule composante sociale : une représentation sociale a aussi une composante cognitive, un abord psychologique, soumise à une logique différente de la logique sociale (15).

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 ». Ainsi, Doise attribue aux représentations sociales un rôle dans l'orientation des conduites et des comportements d'un ensemble social (9).

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

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 ». Ainsi, Abric

insiste sur une notion nouvelle: la représentation n'est pas le reflet de la réalité, elle est une interprétation de la réalité; interprétation influencée par le contexte (histoire, culture, croyances...) dans lequel elle se crée, se développe et évolue (16).

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** : les représentations sociales permettent de comprendre et d'expliquer la réalité. Elles permettent la transmission de connaissances sur l'objet représenté. Ces connaissances sont variables d'un groupe social à un autre, puisqu'elles sont filtrées, modelées pour être adaptées au contexte dont elles dépendent.
- ✚ **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. Ces représentations, reconnues par tous les individus d'un même groupe, visent à valoriser l'appartenance à un groupe plutôt qu'à un autre, renforçant ainsi les liens entre les membres d'un groupe social.
- ✚ **La fonction justificatrice** : les représentations sociales permettent à posteriori de justifier les prises de position et les comportements. La référence aux représentations permet à chacun de justifier ses conduites. Cette fonction pérennise la représentation et renforce le sentiment d'appartenance à un groupe.
- ✚ **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 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 (13).

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.

b. Étiquetage 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 » (17).

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 (5).

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'anxiété 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 (18).

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 (19).

c. Les stéréotypes :

Pour Leyens, les stéréotypes sont « des théories implicites de personnalité, que partage l'ensemble des membres d'un groupe, à propos de l'ensemble des membres d'un autre groupe et du sien propre » (20).

Pour lui, contrairement aux préjugés, « les stéréotypes ne sont pas nécessairement négatifs » et leur fonction est « de rendre l'environnement complexe dans lequel on vit, plus compréhensible et prévisible ». Connaître les stéréotypes, c'est permettre de donner un sens à ce que quelqu'un fait et à ce que nous observons à son égard, en le reliant à une catégorie de personne.

d. Les préjugés :

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

Un préjugé est « une attitude négative ou une disposition à adopter un comportement négatif envers un groupe, ou envers les membres de ce groupe, qui repose sur une généralisation erronée et rigide » (21).

Pour Dovidio et Gaertner, « les préjugés sont économiques, commodes et efficaces, facilitateurs de la communication sociale en même temps qu'activateurs épistémologiques de la pensée vulgaire » (22).

Fisher définit quant à lui le préjugé comme « une attitude de l'individu comportant une

dimension éducative, souvent négative, à l'égard des types de personne ou de groupes, en fonction de sa propre appartenance sociale ». Cet auteur ajoute qu'il s'agit d'une disposition acquise dont le but est d'établir une différenciation sociale (23).

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

e. 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 stigmate (3).

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 » (24).

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

- 🚩 **La discrimination individuelle** : l'attitude et le comportement direct du stigmatiser 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 (4).

1.3. La stigmatisation selon Goffman :

La notion de stigmatisation est rattachée au nom d'Erving Goffman, qui la développe dans son ouvrage : « Stigmates – Les usages sociaux des handicaps » (5). Pour l'auteur, pionnier de la psychologie sociale, la stigmatisation renvoie à un processus non spécifique qui peut concerner tout acteur social à un moment ou à un autre de sa vie.

Il est difficile d'énoncer une définition unanime et consensuelle de la stigmatisation. D. Jodelet rappelle que la stigmatisation est un « phénomène complexe qui réclame une approche pluridisciplinaire » (25).

En effet, depuis l'essai fondateur de Goffman, il faut noter les nombreuses origines disciplinaires des chercheurs qui ont travaillé sur cette notion et sa définition. De plus, depuis les années 60, la recherche menée sur la nature et les conséquences du stigmate et le processus de stigmatisation, a été extrêmement productive et les différentes élaborations ont considérablement varié. Le recensement des publications sur le sujet montre qu'elles ont quadruplé entre la période allant de 1964 à 1989 et celle qui va de 1990 à 2004 (25).

Par exemple, pour Stafford et Scott (26), toute qualité individuelle ou « tribale » peut devenir un stigmate : la vieillesse, la paralysie, la toxicomanie, la folie, l'alcoolisme, l'obésité, l'illettrisme, le handicap physique, la nationalité... Ils proposent ainsi que la stigmatisation « soit une caractéristique d'une personne qui est contraire à la norme de l'unité sociale », où la « norme » est définie comme la « conviction commune qu'une personne doit se comporter d'une certaine manière à un (certain) moment donné » (26). Les auteurs poussent plus loin l'interprétation sociale en situant la stigmatisation du côté de la déviance. En reprenant Goffman qui suggère que tous les membres d'une société partagent un certain nombre d'idéaux, ils considèrent qu'il existe un consensus à propos de la façon d'être et de se conduire. Celui qui s'en écarte devient déviant.

Crocker et al. indique que « les individus stigmatisés possèdent (ou sont censés posséder) un attribut ou une caractéristique, les définissant comme porteurs d'une identité sociale dévalorisée dans un contexte social particulier » (27).

Enfin, selon Thornicroft (28), la stigmatisation est un terme global qui comporte trois aspects majeurs: les problèmes de connaissance (ignorance), d'attitude (préjudice) et de comportement (discrimination).

Il apparaît que c'est seulement à partir de l'entrée dans le XXI^e siècle qu'une réflexion épistémologique s'est engagée dans l'élaboration d'une définition conceptuelle de la stigmatisation. Cette réflexion de D. Jodelet (25) est fondée sur un examen de nombreux travaux de sciences sociales et humaines consacrés à la stigmatisation depuis l'ouvrage de Goffman, qu'elle décrit comme « œuvre séminale, qui reste encore la référence fondamentale pour bien des auteurs ».

Depuis que Goffman l'a en effet caractérisée « d'identité abîmée », la stigmatisation est apparue comme une expérience profonde de discrédit et d'isolement social, associée à des sentiments de culpabilité, de honte, d'infériorité et à un désir de dissimulation (29). Le stigmaté se construit ainsi à travers ce que Goffman nomme « l'identité sociale virtuelle ». Elle correspond aux caractéristiques que nous prêtons à une catégorie, alors que « l'identité sociale réelle » correspond au véritable profil de la personne. C'est lorsque l'écart entre l'identité sociale réelle et l'identité sociale virtuelle devient significatif que l'on peut parler de stigmatisation (5).

Dans ce sens, Lovell (30) précise que si la psycho-sociologie s'efforce de comprendre comment les catégories cognitives sont construites et associées à des stéréotypes sur certaines personnes, la perspective socio-anthropologique s'attelle au caractère social des processus de stigmatisation. Ainsi, la sociologie de la stigmatisation s'intéresse davantage aux conséquences sociales de l'association entre un stéréotype et certaines actions, en particulier la discrimination et l'exclusion, qu'aux relations interindividuelles (31,32).

1.4. Le concept de la 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) (28).

a. 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.

b. Stigmatisation sociale : un mécanisme en cercle vicieux :

Selon Link et Phelan, la stigmatisation se produit 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 étiqueter 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 (33).

Rappelons aussi que les problèmes de compréhension et l'ignorance contribuent fortement à la stigmatisation en facilitant la connexion entre étiquettes et stéréotypes (28).

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 d' « 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 stigmatisante. Cette réduction de pouvoir social va entraîner une cascade d'effets négatifs tels 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 (31).

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 adopter un comportement conforme à l'image qui leur est accolée (34). 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 » (5).

La figure 1 montre les principales composantes du processus de stigmatisation.

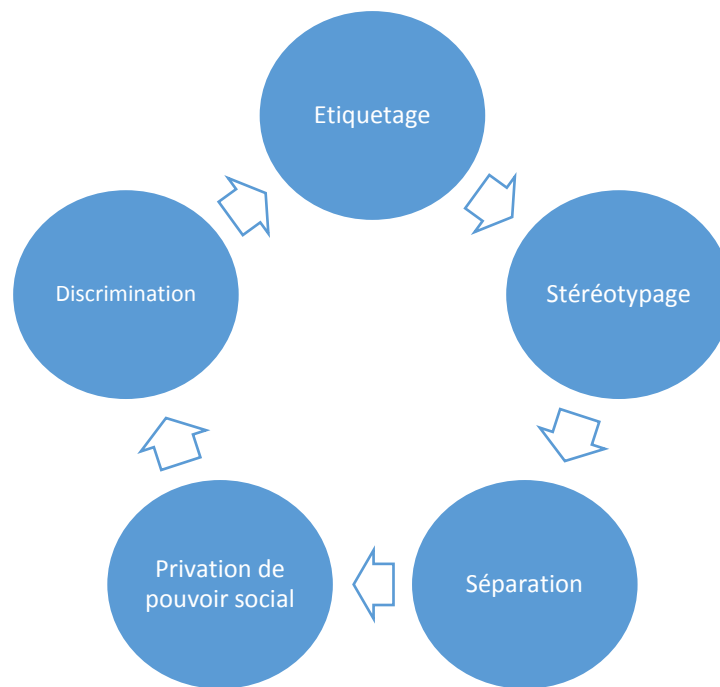


Figure 1 : Processus de stigmatisation.

Le processus complexe qu'est la stigmatisation touche différents groupes de la population, car toute qualité individuelle peut devenir stigmatée : la toxicomanie, l'obésité, le handicap physique de toutes sortes, l'ethnie, la religion, l'orientation sexuelle...La maladie mentale et tout ce qui lui incombe ne déroge 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, a classé la stigmatisation comme « l'obstacle le plus important à surmonter dans la communauté » en santé mentale (WHO, 2001, 98) (29).

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.

2. La folie et ses représentations d'Hier à Aujourd'hui :

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

2.1. L'antiquité et les temps médiévaux :

a. L'antiquité :

Dans la **Grèce antique**, les malades étaient tenus à l'écart ou enfermés pour les plus dangereux, voire parfois mis à mort. Malgré le caractère logique de leur philosophie et de leur médecine, les Grecs de l'antiquité ont eu recours à la religion pour demander la guérison de leurs malades.

Hippocrate (460–375 av JC) a proposé une première classification des maladies dans laquelle une place est faite aux maladies mentales, sans séparation nette avec les maladies physiques. Il est à l'origine de la « théorie humorale » (35).

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, 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.

Hippocrate suggère une triade de troubles mentaux incluant la mélancolie (trouble mental chronique sans fièvre, ni agitation), la manie (trouble mental aigu sans fièvre) et la phrénite (un sévère trouble mental accompagné de fièvre). Il parle également de certaines maladies telles que la phobie, et est crédité comme le premier penseur à rejeter les explications surnaturelles ou divines de la maladie mentale. Il pense que ces troubles sont, en réalité, causés par des facteurs environnementaux, de mauvaises habitudes alimentaires ainsi que de l'hygiène de vie et non pas par une punition infligée par les Dieux (36).

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 en revanche 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 (37).

b. Le moyen-âge :(38)

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, qui engendre la méfiance en tant qu'œuvre païenne. On explique alors les troubles mentaux par une possession démoniaque ou une manifestation du péché. 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.

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 » (39).

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-Abdanwa 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 les concepts 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 (40).

Najabud-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 (41).

Maïmonide s'est intéressé aux troubles neuropsychiatriques et a décrit la rage et l'intoxication à la Belladone (42).

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... (43).

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 (41).

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 Sihr, l'Aiyn, 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-âge 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-âge 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 » (44).

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-âge et au début du Moyen-âge 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-âge, 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.

2.2. 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 subventionem pauperum » (De la subvention des pauvres), interdit la mendicité et se prononce en faveur de l'internement des malades mentaux.

Jean Wier, médecin humaniste néerlandais, publia en 1563 son œuvre principale : « De praestigijs 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 », 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 appliquée aux « fous » et tente de donner des explications rationnelles aux manifestations et symptômes de la maladie mentale. Il réclamera également la tolérance et un statut médical pour eux (45).

La Renaissance connaît aussi Saint Jean-de-Dieu (1495-1550), un saint dont le comportement fut 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 (46).

Toutefois, la Renaissance reste une période très marquée par l'Inquisition et nombreux sont les « fous » qui périrent encore dans le feu. Au niveau thérapeutique, les méthodes de coercition restent les plus utilisées.

2.3. La « folie » à l'âge classique (1453-1789) : (47)

A L'époque moderne, qui s'étend de 1492 à 1789, la notion de folie est très présente. Elle s'y manifeste par différents aspects. Il y a d'abord une allégorie de la folie : c'est l'époque des fêtes des fous, permettant un dévouement collectif, mais aussi celle des bouffons, des fous du roi (qui parfois étaient d'authentiques malades mentaux).

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

L'époque a connu de 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.

Cependant, il semble que les insensés ne soient que minoritaires (5 à 10 %) dans cet enfermement progressif : les mendiants, les libertins, les vénériens, les galeux, les enfants trouvés vont être enfermés de plus en plus souvent.

Les « maisons de forces », qui sont alors des locaux de correction tenues par des communautés religieuses et qui accueillent moyennant une pension les « correctionnaires », sont composées de 20 % d'insensés.

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

minoritaires, sont les pensionnaires les plus stables.

« 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 Jacques Necker (1732-1804) qui va lancer la prise en charge de l'assistance par le gouvernement.

Jean Colombier et François Doublet, en 1785, rédigent leur « Instruction sur la manière de gouverner les insensés et de travailler dans les asiles qui leur sont destinés » qui 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 XIX^{ème} 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 de le caresser, pour ainsi dire, comme un ami et s'assurer si les forces vitales qui constituent précisément ce qu'on nomme la nature sont seules suffisantes avec quelques légers secours, pour détruire les causes qui paraissent vouloir éteindre le principe de la vie ».

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

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.

Franz Anton Mesmer (1734-1815), propage ses théories sur l'existence d'un fluide universel. Le magnétiseur, par des manipulations directes (attouchements, passes magnétiques) ou par des procédés indirects (le célèbre "baquet" dans des séances collectives) provoque des crises convulsives qui permettent de redistribuer harmonieusement le fluide, d'où l'effet curatif.

Mais, sous Louis XVI, deux commissions d'enquête condamnent le magnétisme animal en niant l'existence de tout fluide et en évoquant sa dangerosité pour les mœurs.

2.4. La naissance de la psychiatrie et des premiers aliénistes : (1789-1838)

C'est dans le contexte de l'après-Révolution Française, qu'apparaît un nouveau type de médecins dit « Aliéniste » qui consacrera son activité à fonder, diriger ou réformer des asiles de « fous » qui sont passés d' « insensés » à « aliénés » (48).

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

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

Philippe Pinel, médecin de la division des aliénés de Bicêtre en 1793 puis médecin chef de la Salpêtrière en 1795, bouleversera le regard sur les aliénés considérant qu'« il y a une part de raison à laquelle le traitement s'adresse ». Il adopte les principes philanthropiques : il instaure le

« traitement moral » (parler avec douceur, compatir avec le patient et lui redonner espoir), qui devient ainsi la base de toute psychothérapie, et insiste sur l'importance de l'hygiène et de l'alimentation.

Avec son surveillant Pussin, il ôtera les chaînes des aliénés, un geste emblématique pour certain, jugé historiquement mensonger par d'autres (49).

Il écrit en 1801 son « Traité médicophilosophique de la maladie mentale ou la manie », première nosographie de la maladie mentale, et qui aura un retentissement considérable non seulement chez les médecins, mais aussi chez les philosophes.

Jean-Etienne Esquirol, élève de PINEL, écrit en 1805 sa thèse « Les passions considérées comme causes, symptômes et moyens curatifs de l'aliénation mentale ». En 1807, il entreprend le tour de France des lieux de renferment des aliénés (asiles, hospices et prisons), 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 ».

Il est, comme son maître, défenseur du traitement moral et de l'asile : « Une maison d'aliénés est un instrument de guérison ». Comme Pinel, il voit à la folie des causes à la fois physiques et morales et ramène les maladies mentales à quatre groupes principaux : la démence, l'idiotie, la manie et les monomanies. Il inspira la loi française du 30 juin 1838 avec Guillaume Ferrus (1784-1861), signée par Louis-Philippe, qui stipule que chaque département doit disposer d'un asile et que l'admission et le maintien des aliénés sont sous contrôle de l'autorité publique. Cette loi instaure également 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) (50). Cette réglementation psychiatrique restera en vigueur jusqu'à 1990.

En 1808, Johan Christian Reil, connu comme le Pinel allemand, invente le terme de « psychiatrie » qui signifie « étude de l'âme » et la psychiatrie accède alors au rang de discipline médicale à part entière (51).

Les idées de Reil font référence :

- ✚ Les maladies mentales sont universelles. Tout le monde peut en être atteint.
- ✚ La lutte contre le rejet des malades est nécessaire et l'humanité doit prévaloir dans le traitement des malades mentaux.
- ✚ Des institutions guidées par l'humanité sont la base de soins de qualité.
- ✚ Les asiles de fous doivent être transformés en hôpitaux psychiatriques.
- ✚ Il est nécessaire d'assurer une prévention pendant les intervalles libres : il faut soutenir et éviter les « émotions fortes » ainsi que la sur ou sous-stimulation.
- ✚ La psychothérapie (thérapie psychique) est une méthode thérapeutique équivalente à la chirurgie et à la pharmacothérapie pour les maladies somatiques ou psychiques.
- ✚ Les problèmes mentaux peuvent causer des troubles somatiques.
- ✚ La psychiatrie est une spécialité médicale à part entière. Les philosophes et les psychologues ne devront pas être autorisés à la pratiquer.
- ✚ Seuls les meilleurs des médecins pourront devenir psychiatres.
- ✚ Une psychologie médicale spécifique des besoins des médecins sera fondamentale pour la formation.

Ces idées sont considérées comme révolutionnaires à son époque.

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

Le modèle anatomoclinique de Bayle devient idéal et les aliénistes, pendant un demi-siècle, vont chercher à l'appliquer à la pathologie mentale. Dès lors, dans une perspective organiciste, la psychiatrie lie son sort à celui de la neurologie, à la poursuite des lésions du système nerveux.

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 (52).

Au final, cette époque a connu les débuts totalitaires et coercitifs 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 thérapies 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.

2.5. Le XXe siècle, la psychiatrie contemporaine :

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

Le début du XXème siècle est marqué par le développement des connaissances cliniques, l'amélioration de vie des malades et le dénuement thérapeutique. La psychiatrie s'édifie d'abord comme une science en développant la nosologie et la nosographie, restant cousine de la neurologie, et s'approchant de la psychologie comme équivalent de la physiologie. Le cerveau, support de l'esprit, est l'objet de la recherche, en tant que détenteur de l'étiologie des maladies mentales.

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

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

- ✚ L'impaludation : Von Jauregg, découvre un traitement de la paralysie générale en provoquant artificiellement de la fièvre en 1917 et obtient le prix Nobel en 1918.
- ✚ L'insulinothérapie ou cure de Sakel, du nom de son fondateur (1932). Dans les années 50, cette méthode très employée provoque des comas hypoglycémiques avec parfois des convulsions. Elle est utilisée dans le cadre des psychoses endogènes.
- ✚ Choc convulsivant au Cardiazol par Von Meduna (1936) : cette méthode provoque des convulsions et est également indiquée dans le cadre des psychoses endogènes.

- ✚ Les électrochocs par Hugo Cerletti et Lucio Bini (1938) dont le principe est le passage d'un courant électrique entraînant une convulsion et dont les indications sont au départ le traitement de la schizophrénie, mais dès 1940, la cible de choix de ce traitement est la dépression. A cette même date, fut introduite la curarisation, pour prévenir le risque de complications traumatiques.
- ✚ La psychochirurgie par Edgar Moniz, neurologue et homme politique portugais (prix Nobel de médecine en 1949) dont les recherches sont inspirées des travaux de Ivan Pavlov et Santiago Ramon Y Cajal sur les connexions intercérébrales qu'il convenait de rompre lors de la fixation de certains troubles, notamment des obsessions. Au départ, ces coupures, ou lobotomies, furent pratiquées par injection d'alcool, puis par un appareil tranchant. Ces techniques se développèrent d'abord en Europe et trouvèrent leur apogée aux Etats-Unis autour des années 50. Outre les psychoses, cette pratique eut pour indication les obsessions sexuelles.

La deuxième guerre mondiale et le souffle de liberté qu'elle a apporté sur la civilisation occidentale est le véritable tournant pour la psychiatrie. La naissance de la psychopharmacologie et notamment la découverte des neuroleptiques en 1952 (Jean Delay et Pierre Deniker), des antidépresseurs en 1957 et des anxiolytiques à la fin des années 50 sont à l'origine d'une véritable révolution dans la prise en charge des patients psychiatriques. Mais en premier lieu, c'est le grand chambardement des Institutions qui mérite à lui seul, une étude rappelant les principales étapes de son fondement. D'autre part, l'ouverture de la psychiatrie à différents courants, tout d'abord aux sciences humaines, mais aussi aux neurosciences et à l'éthologie, reflète les différents axes théoriques de cette fin de siècle et la fécondité des approches interdisciplinaires et pluridisciplinaires.

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

En 1945, au cours des journées nationales de la psychiatrie, Lucien Bonnafe (1912–2003) dénonce l'internement, cette « conduite primitive », stigmatise la perversion de l'hôpital et

prononce sa condamnation.

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

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

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

En 1953, Jean Oury (1924–2014) ouvre la clinique La Borde, véritable institution laboratoire, référence pour les soins aux malades psychotiques. L'idée directrice est la mise en place de moyens de toute espèce pour lutter chaque jour contre tout ce qui peut reverser l'ensemble du collectif vers une structure concentrationnaire ou ségrégative.

L'hôpital est décrit comme un microcosme dans lequel, pour permettre aux malades d'investir leurs conflits, le psychiatre doit fournir des occasions d'identification et de transfert. François Tosquelles (1912–1994) veut qu'il favorise les échanges et permet le processus de singularisation. Il veut faire éclater l'établissement classique et faciliter la survenue, à sa place, d'un ensemble de lieux institutionnels.

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

En 1964, Louis Le Guillant, Lucien Bonnafé et Henri Mignot font, au congrès de Marseille, leur fameux rapport sur la chronicité. En un mot, « la relation mobilise, l'Institution fige ». Ils ouvrent l'ère des formules et structures intermédiaires.

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

considérée comme essentielle.

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

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

Mais paradoxalement, la désinstitutionnalisation des malades paraît avoir contribué au renforcement des attitudes de discrimination (53). En effet, de nombreux travaux se sont attachés à mesurer, dès les années 1950 la place du malade mental dans la société, alors de plus en plus intéressée par la psychiatrie communautaire. La recherche de R.E. Lamy en 1966 (54) fait apparaître que dans le Wisconsin aux États-Unis, les conditions de vie auxquelles étaient confrontés les malades mentaux étaient plus difficiles que celles faites aux anciens détenus. D'autres études montrent que les personnes ayant des troubles psychiques font peur et suscitent inquiétude et aversion, qu'elles ne suscitent ni estime ni compassion (55). Vingt ans plus tard, on conclut à une amélioration sensible de la tolérance et des comportements vis-à-vis de ces malades (56,57), même si les résultats sont controversés par Cumming en 1973 (55).

2.6. 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.

A l'époque, comme était le cas dans de nombreux pays islamiques, les individus souffrant de troubles mentaux ne méritaient ni protection, ni traitement médical (58). 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 (génies); le « traitement » reposait alors sur des amulettes, des poussières de sanctuaires et des tableaux de sorcellerie (59). Les

Berbères étaient animistes et le concept de la sorcellerie était associé aux troubles mentaux (60).

Salomon Lwloff et Paul Sérieux, deux psychiatres en mission exploratrice au Maroc à cette époque, rapportent que les aliénés inoffensifs erraient dans la rue nus, 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, les mendiants et les 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 (61).

2.7. La psychiatrie d'aujourd'hui : stigmatisation et conséquences

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

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 (CIM) de l'OMS.

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.

a. La stigmatisation en psychiatrie :

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

L'archétype du « fou » représente le paradigme même du processus de la stigmatisation et de l'exclusion (62). Toute « l'Histoire de la Folie » depuis le Moyen-âge, pourrait être décrite comme une tentative d'échapper à cette représentation stigmatisante, à la fois par glissements de sens, par changements d'appellation et par évolution des concepts. Du « possédé par les démons » à « l'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, en la médicalisant, de la faire disparaître au profit de la « maladie mentale ».

Mais les résultats de la vaste enquête internationale menée par J.L. Roelandt et al. depuis 1999 auprès de plus de 40 000 personnes, et intitulée « Santé Mentale en Population Générale : images et réalité » (SMPG) (62) réalisée dans 18 pays dont le Maroc, montrent selon l'auteur l'échec de la médicalisation de la folie à réduire la stigmatisation. L'enquête SMPG traite en effet des représentations de la maladie mentale en population générale et met à jour certaines de ces représentations, largement partagées au sein de la population, comme la dangerosité, l'inaptitude, l'irresponsabilité et l'anormalité.

Néanmoins, récemment, une tentative de banalisation de la folie par un nouveau glissement sémantique a été remarquée (63). 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 » :

Tableau X : Représentations sociales associées aux étiquettes « fou », «malade mental » et « dépressif ». (63)

Fou/Malade mental	Dépressif
Ce sont les « autres »	Ça 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 soient 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 (63).

Finalement, 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 (3).

b. Les conséquences de la stigmatisation :

De nombreuses études traitent la stigmatisation et la discrimination des malades psychiques (3). Des difficultés à l'embauche (64-66) aux difficultés à l'accès au logement et ce, malgré les mesures de protections des biens (67), les personnes souffrant de troubles psychiques comptent parmi les plus touchées par la précarité voire la grande pauvreté. La stigmatisation et la discrimination affectent aussi le champ des relations interpersonnelles (68-

70), et ont un effet préjudiciable sur la mise en place des soins de bonne qualité (71).

La stigmatisation a été aussi très bien décrite comme un aspect de la souffrance qui s'ajoute à la maladie première et qui peut être plus dévastatrice, plus contraignante et plus durable que la maladie elle-même (72).

b.1. A l'échelle du patient : (29,53)

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

Une étude de 1992 (73) a ainsi montré que, même si 81 % des Américains rejettent l'idée que « le meilleur moyen de contenir les malades mentaux est de les garder enfermés », beaucoup moins d'entre eux (31 %) seraient disposés à accueillir un centre de santé mentale ambulatoire dans leur quartier.

La stigmatisation peut faire obstacle à l'intégration sociale, interférer avec la performance des rôles sociaux, réduire les attentes de vie et diminuer la qualité de vie. Les conséquences de la stigmatisation — manque de travail, absence de logement, faible estime de soi et peu de soutien social — peuvent être des obstacles majeurs au rétablissement, avoir un impact sur le pronostic à long terme et pousser à l'incapacité (74-77). La stigmatisation peut aussi produire de graves bouleversements dans les relations familiales et, en raison d'un désir de secret, réduire les interactions sociales normales (78).

Au chapitre des médias, un sondage récent de groupes de défense des droits en Angleterre a démontré que les images négatives qui y sont reflétées peuvent avoir des effets directs sur les personnes, y compris une augmentation de la détresse psychologique (34 %), de l'hostilité de la part des voisins (24 %), et une réticence à soumettre sa candidature pour des emplois ou du travail bénévole (33 %). Bien qu'il ne s'agisse pas d'un sondage représentatif, la moitié des répondants a indiqué que la couverture médiatique a affecté de façon négative leur santé mentale (79).

La peur d'être stigmatisé peut retarder le traitement et influencer le pronostic. Dans un récent sondage d'usagers effectué pour aider à la planification des soins dans le sud-ouest de l'Ontario (80), un quart des répondants a indiqué qu'ils se sentaient stigmatisés par les professionnels de la santé et ont, en conséquence, souvent reporté leurs consultations médicales.

b.2. Un processus expansif :(3)

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

Ainsi, la stigmatisation ne se limite pas au seul malade. Elle s'étend rapidement à sa famille, et plus particulièrement à ses parents, qui rapportent le même vécu de mise à l'écart, de rejet et d'isolement par leur entourage. Certaines familles réagissent par une attitude de retrait, un évitement des relations amicales et sociales ainsi qu'un isolement volontaire. C'est le phénomène de discrimination anticipée et évitée chez les parents qui redoutent le regard, le jugement, les attitudes des autres tout autant que les manifestations symptomatiques de la maladie (81). Les travaux de Hatfield (82) mettent en évidence un état de stress permanent au sein de la famille, les sentiments de honte et d'impuissance, une difficulté à contrôler les émotions dans les relations familiales et la survenue de fréquentes crises conjugales entre les parents. L'ambivalence par rapport à la personne malade est généralement importante et, assez fréquemment, se développe un climat de rivalité avec les frères et sœurs (avec parfois refus de parler au malade). Enfin, ces familles, et particulièrement les parents, se caractérisent par une forte morbidité, avec la consommation accrue d'alcool ou de tranquillisants, des troubles du sommeil, un niveau élevé d'anxiété, un état d'épuisement ou le développement de symptômes dépressifs.

La stigmatisation du malade psychique s'étend encore, au-delà de lui-même et de sa famille, à tout ce qui lui est familier, le concerne et qui l'entoure, en particulier les professionnels de la santé mentale. Les psychiatres, longtemps appelés « aliénistes » sont eux aussi perçus par le grand public comme d'étranges personnages. Cependant, son avis témoigne avec celui des

médias d'une grande ambivalence vis-à-vis d'eux.

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

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

La stigmatisation affecte la psychiatrie et les psychiatres en plusieurs manières : les psychiatres peuvent se trouver discriminés voire marginalisés dans la communauté médicale à cause de leur profession et des sentiments de manque de respect et de non-reconnaissance peuvent être généralisés et aboutir à une perte d'intérêt des psychiatres vis-à-vis l'avancement de leur savoir et de leurs pratiques. Cette stigmatisation peut ainsi avoir des effets négatifs sur le moral, le maintien des psychiatres en santé mentale et leur recrutement. D'ailleurs, la pénurie en psychiatres que le monde entier connaît en est la preuve. En plus, l'image négative de la psychiatrie et des psychiatres affecte la demande d'aide par les patients atteints de troubles psychiatriques, ce qui entraîne un retard de prise en charge et une aggravation du pronostic des maladies créant ainsi un cercle vicieux de stigmatisation continue (83).

Une autre conséquence possible de la stigmatisation de la psychiatrie est l'accès réduit des patients aux services de santé mentale qui est en rapport avec la référence des malades par les soignants à des professionnels de santé moins stigmatisants, tels que des neurologues, des psychologues ou des généralistes (84).

Toujours selon ce principe d'extension de la stigmatisation, l'opinion publique sur les

infrastructures psychiatriques a été négative durant ces dernières décennies. L'image de l'hôpital psychiatrique est restée celle d'une institution de grande taille, vétuste, semblable à une prison (85), aux portes fermées, et située en marge de la communauté (86,87). En Allemagne, dans un sondage représentatif de la population, 25 % des personnes interrogés pensaient qu'on n'y laissait pas sortir les patients et 50 % pensaient qu'on y faisait toujours usage des camisoles de force (53).

La stigmatisation affecte aussi la production de nouvelles connaissances au sujet de la maladie. Moins de chercheurs sont attirés par ce domaine qui offre peu de possibilités et moins de fonds. Au Canada par exemple, la recherche en santé mentale a obtenu environ 5 % des budgets de recherche nationale en santé, alors que les maladies mentales existent chez 20 % de la population (88). Conséquemment, le rythme des nouvelles connaissances en santé mentale peut être ralenti comparé à d'autres domaines.

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

b.3. La lecture écosystémique du phénomène de stigmatisation selon N. Sartorius :

Ce principe d'extension est évoqué par N. Sartorius (72,89) qui l'aborde selon une lecture écosystémique de la discrimination. Il conçoit trois niveaux à ce phénomène : le niveau du malade, le niveau de son entourage proche et le niveau des institutions et des services de soins. Il évoque ainsi le renforcement des symptômes par un processus circulaire qui contribue donc à l'évolution péjorative de la maladie.

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

3. Le psychiatre et ses représentations :

Selon Jean Oulès, « 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 formes 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 (90).

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.
- ✚ **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 sœurs. Aussi, en raison d'un désir de secret, ces familles ont reporté une réduction de leurs interactions sociales (82).

✚ **Les institutions et services de soins aux malades** : la stigmatisation des troubles psychiques aura un impact en termes d'investissements gouvernementaux (89).

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 (3).

En plus, 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 (91).

3.1. Le psychiatre d'Aujourd'hui 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 (3).

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

La représentation globale de la psychiatrie dans les médias d'information et de divertissement est, en effet, essentiellement négative. Un commentaire paru dépeint ainsi la psychiatrie comme « une discipline sans véritable savoir, sans méthode scientifique, ni technique de traitement efficace » (92).

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 (télévision, smartphone, réseaux sociaux, internet...) (93).

Les psychiatres sont, comme les malades, souvent présentés par les médias comme « peu

en prise avec la réalité », « énigmatiques » et « 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 (3).

Dans les affaires judiciaires, par exemple, les médias soulignent régulièrement le peu de concordances des avis d'experts et l'incapacité que les psychiatres ont de pouvoir prédire le comportement de leurs malades (3).

Le caricaturiste voit à son tour le psychiatre comme un individu « déjanté » qu'il figure volontiers avec un entonnoir sur la tête. Différents sous-types de psychiatres ont été représentés, par exemple Schneider (94) a pu distinguer un Dr Farfelu, un Dr Formidable et un Dr Diabolique, chacun représentant les stéréotypes du psychiatre fou, du super-guérisseur et du psychiatre qui exploite ses patients et transgresse les règles (53).

Dans la littérature, les psychiatres sont fréquemment représentés comme des personnages machiavéliques, perfides, malfaisants, particulièrement intéressés par l'art de manipuler et d'influencer des personnes vulnérables (54). Ils sont aussi souvent représentés comme des fous, des personnages bizarres, des scélérats, des gens vindicatifs, tyranniques ou même parfois des dépravés sexuels (55). La femme psychiatre est plutôt représentée comme une femme insatisfaite dans sa vie privée, voir frustrée ou frigide (56).

Au cinéma, quatre images de représentations peuvent être dégagées : le psychiatre « répressif », « le pervers », « l'expert » ou « le thérapeute » (57).

Le grand public se représente souvent les psychiatres comme étant « fous » eux-mêmes pour prétendre à traiter la « folie », ou alors qu'ils souffrent eux-mêmes de troubles mentaux pour accepter de s'occuper de la folie (1,55,95-97), ou deviendront fous (par contagion) à force de traiter la folie. Ils sont aussi représentés comme émotionnellement instables, mauvais, inefficaces, bizarres, dénués de compassion, obscurs ou encore excentriques (55).

Le grand public et les médias témoignent cependant vis-à-vis des psychiatres d'une grande ambivalence. Si leurs attitudes sont souvent critiquées et leurs prises de positions contestées ou tournées en dérision, rares deviennent les émissions, les débats ou les reportages

qui omettent de recueillir l'avis d'un « psy ». On attend de ce dernier d'expliquer l'inexplicable, de faire comprendre l'incompréhensible, d'apporter les solutions... (3)

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, voire qu'ils sont hostiles à leur égard (87), 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 (98).

En population générale, une étude montre que les psychiatres sont perçus en grande majorité comme utiles et dignes de confiance, mais pour certains, excentriques et obscurs (99). Une étude australienne (100) rapporte que c'est avec les psychiatres que les répondants disent se sentir le moins à l'aise pour parler, et qu'ils les placent au plus haut sur l'échelle de la perception de l'étrangeté. Des résultats similaires sont retrouvés en Allemagne où seulement une minorité des personnes interrogées en population générale recommandent une consultation avec un psychiatre en premier choix (101).

Le grand public va aussi reconnaître aux psychiatres une utilisation abusive de psychotropes (97) et sont perçus comme des êtres manipulateurs (102,103) qui abusent de leur pouvoir (104).

On estime aussi que le psychiatre est un homme dangereux, car il garde derrière ses murs des gens qui ne sont peut-être pas si malades. C'est le fameux et historique préjugé des hospitalisations sous contraintes arbitraires. Ainsi, le psychiatre est encore souvent vu aujourd'hui comme ayant un pouvoir répressif à l'égard des comportements non conformistes (98). Si on garde quelqu'un à l'hôpital, c'est arbitraire, mais si on le laisse sortir, 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 par le public (53). Il n'est pas toujours connu que les psychiatres sont docteurs en médecine et la durée de leur formation est sous-estimée (87,96,105-107).

Aussi, d'autres études rapportent une distinction insuffisante entre psychiatres et psychologues en particulier et d'autres professionnels de la santé mentale en général (96,100,108). Le diminutif « psy » entretient d'ailleurs un flou considérable autour des rôles et des compétences de chacun des intervenants du monde de la psychiatrie (100).

3.2. Le psychiatre d'Aujourd'hui vu par ses patients :

Pour la plupart des patients qui ont refusé de voir un psychiatre, la principale raison évoquée est la peur d'être stigmatisé (109). En revanche, les patients reconnaissent aisément que le traitement qu'ils ont reçu a été utile et qu'ils en sont satisfaits (110,111). Ils ont toutefois les mêmes stéréotypes que la population générale concernant les psychotropes qu'ils accusent d'être addictogènes (112-115), de ne pas cibler l'origine de la maladie (112), et de changer la personnalité de ceux qui les prennent (116,117). Quelques études montrent une préférence nette pour les psychothérapies plutôt que pour les psychotropes (112,118-120) dont l'action de ces derniers a la réputation d'être trop lente ou de ne pas exister du tout (121). Cependant, les patients et leur famille dénigrent moins les traitements psychiatriques que la population générale (122,123).

Les patients et leur famille sont très ambivalents à l'égard de leur psychiatre même si le niveau de satisfaction par rapport aux compétences est plutôt bon (124,125). On leur reproche cependant de manquer de temps pour mener des entretiens approfondis (124,126-129). Ils sont également perçus comme arrogants (130) ou voulant tout contrôler (127).

3.3. Le psychiatre d'Aujourd'hui 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.

Parmi les étudiants en médecine, la spécialité psychiatrique est peu choisie (130,131).

Pour eux, la psychiatrie reste, une discipline peu scientifique, floue et ayant un statut moindre comparée aux autres spécialités (132).

Dans une étude nord-américaine récente, la psychiatrie est considérée comme peu attirante sur le plan intellectuel et moins épanouissante sur le plan professionnel et c'est la troisième discipline dénigrée après la médecine générale et la médecine interne (133).

Les étudiants qui la dénigrent ne considèrent pas cette discipline « attirante » sur le plan intellectuel (134-137) et sont loin d'imaginer l'exercice du métier de psychiatre comme épanouissant sur le plan professionnel (104).

L'avis de leur famille ne favorise pas non plus ce choix de carrière (138). En effet, l'idée qu'ils vont « perdre leur temps » (132,139), et que « ce n'est pas de la vraie médecine » (140) est souvent retrouvée.

Les principaux facteurs (140-142) qui font obstacle au choix de cette spécialité sont :

- ✚ Le manque de défis intellectuels.
- ✚ Les doutes sur l'efficacité des traitements disponibles.
- ✚ La mauvaise reconnaissance par les pairs.
- ✚ L'aspect peu prestigieux de la spécialité parmi les disciplines médicales.
- ✚ La peur de la violence des patients.

Dans certaines études nord-américaines (133,139), les étudiants en médecine rapportent avoir souvent entendu de la part de leurs professeurs ou des médecins sur leur lieu de stage, des propos qui déprécient les psychiatres et qui sont basés sur le principe que « la psychiatrie est contagieuse » (139) ou « qu'il faut bien être fou soi-même pour s'occuper des fous » (98). Les étudiants en médecine pensent parfois quant à eux, que les psychiatres souffrent de trouble de la personnalité de type « instabilité émotionnelle » ou qu'ils sont plus névrosés que les autres professionnels de la santé (132,144-146). Ils les voient également comme des gens confus, complexes et difficiles à comprendre (132,146,147).

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

incompréhensibles » (98). On ne les voit pas toujours comme de « vrais médecins », ce qui s'illustre par l'absence très fréquente de courriers médicaux leur étant adressés par les confrères somaticiens et l'absence d'informations détaillées sur l'état physique des patients lors de la demande d'avis psychiatrique (148). Néanmoins, ces derniers reconnaissent aussi pour certains d'entre eux que les psychiatres parviennent à aider leurs patients souffrant de troubles mentaux et sont dotés de connaissances pertinentes (149).

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

3.4. Le psychiatre d'Aujourd'hui 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 leur collègues médecins. Aussi, ils sont 77% à penser qu'ils ne sont pas plus névrosés que leurs confrères même s'ils ont bien conscience de l'image négative qu'ils leur renvoient (149,149-151).

II. Discussion des résultats :

Bon nombre de travaux ont étudié les images et les attitudes négatives que nourrit la population générale pour le psychiatre, et même celles diffusées par les étudiants en médecine, 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 ce manque.

1. Caractéristiques générales de la population étudiée :

1.1. L'âge:

Dans une étude réalisée par Voinescu et al. (152) en 2010, auprès de 112 médecins de diverses spécialités et exerçant dans les principaux centres universitaires roumains et portant sur leurs attitudes envers la psychiatrie, la tranche d'âge la plus représentée était entre 26–36 ans (58,5 %).

Tandis que l'enquête nationale française conduite par l'Association Française Fédérative des Etudiants en Psychiatrie (AFFEP) et publiée par Sebbane (153) en 2014, auprès de 1296 médecins pour objectiver les préjugés et les clichés portés sur le psychiatre, a objectivé que les médecins âgés de moins de 40 ans représentaient 39 % de l'échantillon.

Dans une autre étude réalisée par Mukherjee (154) en 2002 auprès de 441 médecins exerçant dans un hôpital universitaire à Londres, a révélé que 60 % des médecins avaient un âge entre 25–35 ans.

De plus, l'étude de Patra et al. (155) réalisée en 2017 portant sur l'attitude des médecins envers la psychiatrie, auprès de 104 médecins de l'institut indien des sciences médicales, a révélé que 74 % des médecins avaient un âge inférieur à 40 ans.

A l'échelle nationale, l'étude de Mansouri (156), réalisée à Rabat en 2016 auprès de 529 médecins exerçant au centre hospitalier universitaire de Rabat et portant sur la stigmatisation du psychiatre par ses confrères, a trouvé que la tranche d'âge la plus dominante était la tranche comprise entre 30 et 39 ans (54,1 %).

Dans notre série, la tranche d'âge la plus représentative était celle de 25 à 35 ans (66,4%).

Nous soulignons que notre étude est menée au sein d'un centre hospitalier universitaire auprès d'une population spéciale faite principalement de médecins en cours de formation. Ceci pourrait expliquer le jeune âge de notre population.

Tableau XI : Comparaison des tranches d'âges les plus représentatives dans les différentes séries.

Auteur	Pays/Année	Tranche d'âge la plus représentative	Pourcentage
Voinescu et al. (152)	Roumanie/2010	26-36 ans	58,5 %
Sebbane(153)	France/2014	<40 ans	39 %
Mukherjee (154)	Angleterre : Londres/2002	25-35 ans	60 %
Patra et al. (155)	Inde/2017	<40 ans	74 %
Mansouri (156)	Maroc : Rabat/2016	30-39 ans	54,1 %
Notre étude	Maroc : Marrakech/2020	25-35 ans	66,4 %

1.2. Le sexe:

La prédominance féminine est notable dans les différentes revues de la littérature avec des taux de 80 %, 68,5 %, 51% et 55,68 % observés respectivement dans les études de Voinescu et al. (152), Sebbane (153), Mukherjee (154) et Patra et al. (155).

Les résultats des études marocaines rejoignent ceux de la littérature. Ainsi, le sexe féminin était majoritaire avec des taux avoisinant 55,4 % dans la série de Mansouri (156) et 62,35 % dans la nôtre.

Il est probable que cette différence soit en rapport avec la féminisation montante de la profession médicale.

Tableau XII : Comparaison du pourcentage du sexe féminin.

Auteur	Pays/Année	Sexe féminin
Voinescu et al. (152)	Roumanie/2010	80 %
Sebbane (153)	France/2014	68,5 %
Mukherjee (154)	Angleterre : Londres/2002	51 %
Patra et al. (155)	Inde/2017	55,68 %
Mansouri (156)	Maroc : Rabat/2016	55,4 %
Notre étude	Maroc : Marrakech/2020	62,35 %

1.3. Le statut professionnel:

Dans notre étude, la répartition par statut professionnel plaçait les résidents en premiers répondants (68,8 %), puis les internes (10,5 %), puis les médecins attachés au CHU (6,9 %) et

enfin les professeurs (13,8 %).

L'étude de Mansouri (156) plaçait également les résidents en première position (72,7 %), tandis que l'étude Sebbane (153) note que ce sont les internes qui sont les premiers réponders avec un taux de 42,9 % et l'étude de Patra et al. (155) montre que la répartition par statut professionnel plaçait les médecins spécialistes en premiers réponders (41,5 %).

Tableau XIII: Comparaison du pourcentage des médecins par statut professionnel.

Auteur	Pays/Année	Statut des médecins
Sebbane (153)	France/2014	Professeurs : 25,6 % Résidents : 31,5 % Internes : 42,9 %
Patra et al. (155)	Inde/2017	Professeurs : 19,6 % Médecins spécialistes : 41,5 % Résidents : 38,9 %
Mansouri (156)	Maroc : Rabat/2016	Professeurs : 14 % Résidents : 72,7 % Internes : 13,3 %
Notre étude	Maroc : Marrakech/2020	Professeurs : 13,8 % Médecins attachés : 6,9 % Résidents : 68,8 % Internes : 10,5 %

1.4. L'ancienneté professionnelle :

Dans la série de Mukherjee (154), la majorité des médecins (70 %) avait une expérience inférieure à 10 ans.

Dans la série de Patra et al. (155), presque la moitié des médecins (45,45 %) avait une expérience inférieure à 5 ans.

Dans notre étude, 84,62 % des médecins avaient une ancienneté inférieure à 5 ans.

Nous soulignons que notre étude, portant sur une population spécifique de jeunes médecins ayant une moindre ancienneté.

Tableau XIV: Comparaison de l'ancienneté professionnelle.

Auteur	Pays/Année	Ancienneté professionnelle
Mukherjee (154)	Angleterre : Londres/2002	< 10 ans : 70 % >10 ans : 30 %
Patra et al. (155)	Inde/2017	< 5 ans : 45,45 % 5-10 ans : 22,74 % >10 ans : 31,81 %
Notre étude	Maroc : Marrakech/2020	< 5 ans : 84,62 % 5-10 ans : 8,50 % >10 ans : 6,88 %

1.5. Le type de spécialité :

Dans notre étude, la majorité des médecins (64,78 %) répondants pratiquait une spécialité médicale.

Dans la série de Sebbane (153) et celle de Mansouri (156), la majorité des médecins pratiquait une spécialité médicale avec respectivement un taux de 81,97 % et 59,6 %.

Tableau XV : Comparaison du pourcentage des médecins par type de spécialité.

Auteur	Pays/Année	Type de spécialité
Sebbane (153)	France/2014	Médecine : 81,97 % Chirurgie : 18,03 %
Mansouri (156)	Maroc : Rabat/2016	Médecine : 59,6 % Chirurgie : 40,4 %
Notre étude	Maroc : Marrakech/2020	Médecine : 64,78 % Chirurgie : 28,34 % Biologie : 6,88 %

1.6. La parenté à la profession médicale :

Plus de la moitié des médecins (soit 56,28 %) ayant participé à notre étude avait une parenté à la profession médicale, dont presque la totalité (96,4 %) n'avait aucun membre de la famille psychiatre.

Dans la littérature, l'étude de Mansouri (156) a objectivé que le quart des médecins (soit 26,8 %) avait une parenté à la profession médicale.

Et l'étude de Sebbane (153) a trouvé que seulement 11 % des médecins avaient un membre de la famille médecin et dont 35 % exerçaient la psychiatrie comme discipline.

Tableau XVI : Comparaison du pourcentage des médecins ayant une parenté à la profession médicale.

Auteur	Pays/Année	Parenté à la profession médicale
Sebbane (153)	France/2014	Oui : 11 % Non : 89 % Psychiatres: 35 %
Mansouri (156)	Maroc : Rabat /2016	Oui : 26,8 % Non : 73,2 %
Notre étude	Maroc : Marrakech/2020	Oui : 56,28 % Non : 43,72 % Psychiatres: 3,6 %

1.7. Le passage en service de psychiatrie :

Dans notre étude, presque la totalité des médecins de notre population (95,14 %), avait bénéficié d'un stage en service de psychiatrie au cours de leur cursus universitaire.

Notre résultat est similaire à celui de l'étude de Sebbane (153) où la majorité des médecins soit 91,4 % avait bénéficié d'un stage en service de psychiatrie au cours de leur cursus universitaire.

Tableau XVII : Comparaison du pourcentage des médecins ayant eu un stage en service de psychiatrie.

Auteur	Pays/Année	Stage en psychiatrie
Sebbane (153)	France/2014	91,4 %
Notre étude	Maroc : Marrakech/2020	95,14 %

1.8. Les antécédents psychologiques/psychiatriques :

Dans l'étude de Sebbane (153), plus de la moitié des médecins (58,7 %) présentait des antécédents psychiatriques/psychologiques.

L'étude de Mukherjee (154), a montré que 74,7 % des médecins présentaient des antécédents psychiatriques/psychologiques.

Dans la série de Mansouri (156), les antécédents psychiatriques/psychologiques étaient rapportés par presque la moitié de la population étudiée (49,1 %).

Tandis que dans notre étude, les deux tiers de la population (60,3 %) présentaient des antécédents psychiatriques/psychologiques dont 41,7 % sont des antécédents familiaux.

Tableau XVIII : Comparaison du pourcentage des antécédents psychiatriques/psychologiques.

Auteur	Pays/Année	Antécédents psychiatriques/psychologiques
Sebbane (153)	France/2014	ATCDS personnels : 21,9 % ATCDS familiaux : 36,8 %
Mukherjee (154)	Angleterre : Londres/2002	ATCDS personnels : 18,7 % ATCDS familiaux : 56 %
Mansouri (156)	Maroc : Rabat/2016	ATCDS personnels : 6 % ATCDS familiaux : 31,8 % ATCDS personnels et familiaux : 11,3 %
Notre étude	Maroc : Marrakech/2020	ATCDS personnels : 7,7 % ATCDS familiaux : 41,7 % ATCDS personnels et familiaux : 10,9 %

2. Représentations et perceptions :

2.1. La psychiatrie comme choix de spécialité :

Dans notre étude, 17 % des médecins ne considéraient pas la psychiatrie comme un choix de spécialité ordinaire.

Ceci rejoint les études de Sebbane (153), de Patra et al. (155) et de Mansouri (156), où nous trouvons respectivement que 15 % 27 %, 26,5 % des médecins ne considéraient pas également la psychiatrie comme un choix de spécialité comme les autres.

Un résultat décevant qui pourrait être expliqué par l'image négative de la psychiatrie véhiculée par les professionnels de santé. En effet, une étude (157) a objectivé que la psychiatrie attire le plus grand nombre de commentaires négatifs qui ont été formulés par les médecins et les étudiants. Par conséquent, certains étudiants et jeunes médecins ont admis avoir rejeté la considération de la psychiatrie comme choix de carrière.

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

Tableau XIX : Comparaison du pourcentage des médecins ne considérant pas la psychiatrie comme choix de spécialité ordinaire.

Auteur	Pays/Année	Pourcentage des médecins ne considérant pas la psychiatrie comme choix de spécialité ordinaire
Sebbane (153)	France/2014	15 %
Patra et al. (155)	Inde/2017	27 %
Mansouri (156)	Maroc : Rabat/2016	26,5 %
Notre étude	Maroc : Marrakech/2020	17 %

2.2. La pratique de la psychiatrie comme spécialité :

Dans notre série, 4 % des médecins auraient choisi certainement la psychiatrie comme spécialité s'ils étaient contraints de la choisir.

Ceci est un faible pourcentage qui est similaire à celui décrit dans la littérature. En effet, dans de nombreuses études (104,158-162), le pourcentage des étudiants en médecine considérant une carrière en psychiatrie varie entre 4 % et 5 %. Le désintérêt naissant des futurs médecins pour la psychiatrie pourrait se traduire par un taux diminué de jeunes médecins choisissant celle-ci en résidanat et pourrait expliquer ainsi le problème mondial de la pénurie en psychiatres (53).

Pour remédier à cette situation, il est nécessaire de comprendre plus en profondeur les éléments qui dissuadent les médecins d'être attirés par la psychiatrie.

Tableau XX: Comparaison du pourcentage des médecins considérant une carrière en psychiatrie.

Auteur	Pays/Année	Pourcentage des médecins considérant une carrière en psychiatrie
Goldacre et al. (158)	Royaume-Uni/2013	4-5 %
Roupret et al. (159)	France : Paris/2005	4,5 %
Lefevre et al. (160)	France : Paris/2010	4,2 %
Kuhnig et al. (161)	Allemagne/2007	4,5 %
Bulbena et al. (104)	Espagne/2005	4,2 %
Farooq et al. (162)	20 pays (Europe, Asie, Afrique)/2014	4,5 %
Notre étude	Maroc : Marrakech/2020	4 %

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

Dans notre étude, les principaux déterminants qui empêchent les médecins d'envisager la psychiatrie comme choix de spécialité sont :

- La difficulté de la spécialité sur le plan pratique (33,8 %).
- Les éventuelles conséquences que la spécialité pourrait avoir sur la santé psychique (22,5 %).
- La lourde responsabilité que cette spécialité implique sur le plan juridique (14,6 %).
- L'incompréhension des objectifs et des limites de la spécialité (9,1 %).
- Le faible niveau de satisfaction professionnelle et l'impression de ne rien pouvoir faire aux patients (8,9 %).

Nos résultats rejoignent en partie ceux de la littérature, où les principaux facteurs qui font obstacle au choix de cette spécialité sont :

- Dans l'étude de Voinescu et al. (152) : les difficultés liées à la prise en charge des troubles psychiatriques (41 %), la discrimination par la famille et les collègues (22 %), l'absence d'une base scientifique solide (18 %), le manque de défis intellectuels (10%) et les doutes sur l'efficacité des traitements disponibles (9 %).

- Dans la série de Mansouri (156) : les conséquences de la spécialité sur la vie privée (45 %), la lourde responsabilité que la spécialité implique (25 %), l'incompréhension des objectifs et des limites de la spécialité et sa difficulté(18 %) et la discrimination par l'entourage que la spécialité impliquerait (12 %).
- Dans l'étude de Goldacre et al. (158) : le mauvais pronostic des patients (38 %), le faible niveau de satisfaction professionnelle (21 %), le faible prestige du métier (20%), l'absence d'une base scientifique solide (14 %) et la peur de la violence des patients (7 %).

Les résultats de ces trois études et ceux de la nôtre indiquent que les facteurs s'opposant au choix de la psychiatrie comme discipline relèvent en partie de l'image négative ancrée chez les médecins. Ainsi, l'amélioration de l'image de la psychiatrie devrait être la responsabilité en premier du psychiatre qui doit mettre en exergue les qualités de sa profession et qui doit fournir des informations sur la psychiatrie et ses approches diagnostiques, thérapeutiques et scientifiques non seulement aux étudiants en médecine, mais également aux médecins de différentes spécialités.

Tableau XXI : Comparaison des critères de non-choix de la psychiatrie comme spécialité.

Auteur	Pays/Année	Principaux critères de non-choix de la psychiatrie comme spécialité
Voinescu et al. (152)	Roumanie/2010	Les difficultés liées à la prise en charge des troubles psychiatriques (41 %) La discrimination par la famille et les collègues (22 %) L'absence d'une base scientifique solide (18%) Le manque de défis intellectuels (10 %) Les doutes sur l'efficacité des traitements disponibles (9 %)
Mansouri (156)	Maroc : Rabat 2016	Les conséquences de la spécialité sur la vie privée (45 %) La lourde responsabilité que la spécialité implique (25 %) L'incompréhension des objectifs et des limites de la spécialité et sa difficulté (18 %) La discrimination par l'entourage que la spécialité impliquerait (12 %)
Goldacre et al. (158)	Royaume-Uni/2013	Le mauvais pronostic des patients (38 %) Le faible niveau de satisfaction professionnelle (21 %) Le faible prestige du métier (20 %) L'absence d'une base scientifique solide (14%) La peur de la violence des patients (7 %)
Notre étude	Maroc : Marrakech/2020	La difficulté de la spécialité sur le plan pratique (33,8 %) Les éventuelles conséquences que la spécialité pourrait avoir sur la santé psychique (22,5 %) La lourde responsabilité que cette spécialité implique sur le plan juridique (14,6 %) L'incompréhension des objectifs et des limites de la spécialité (9,1 %) Le faible niveau de satisfaction professionnelle et l'impression de ne rien pouvoir faire aux patients (8,9 %)

2.4. Représentations et perceptions du résident en psychiatrie et du psychiatre :

Dans notre étude, nous avons noté que plus de la moitié des médecins (56,5 %) a des préjugés à l'égard du résident en psychiatrie et du psychiatre. En effet, 15,4 % des médecins pensaient que le résident en psychiatrie cherche généralement le repos et la facilité, 14,5 % pensaient qu'un résident en psychiatrie a très probablement choisi cette spécialité par défaut à la suite de son mauvais classement au concours de résidanat, 4,7 % des médecins pensaient que le résident en psychiatrie a fait le choix de cette spécialité à cause de ses ATCDS psychiatriques familiaux, tandis que 3,8 % de la population pensaient qu'il a fait ce choix à cause de ses ATCDS psychiatriques personnels et 3,3 % des médecins affirmaient qu'un résident en psychiatrie n'a pas beaucoup d'ambition.

Concernant la perception du psychiatre, 11,5 % des médecins pensaient que le psychiatre devient souvent « bizarre » et peut développer des troubles psychiatriques au cours de son cursus, 2,7 % pensaient que le psychiatre ne guérit pas et qu'il « drogue » ses patients et 0,6 % pensaient que le psychiatre n'est plus médecin.

Nos résultats rejoignent ceux de la littérature, où nous trouvons que la majorité des préjugés précédemment cités est approuvée par presque la moitié des médecins dans les séries de Sebbane (153), Patra et al. (155) et Mansouri (156).

Tableau XXII : Comparaison du pourcentage des médecins qui ont des préjugés à l'égard du résident en psychiatrie.

Auteur	Pays/Année	Pourcentage des médecins qui ont des préjugés à l'égard du résident en psychiatrie et du psychiatre
Sebbane (153)	France/2014	49,2 %
Patra et al. (155)	Inde/2017	58,4 %
Mansouri (156)	Maroc : Rabat/2016	50,7 %
Notre étude	Maroc : Marrakech/2020	56,5 %

Le tableau XXIII compare les différents préjugés à l'égard du résident en psychiatrie et du psychiatre.

Tableau XXIII : Comparaison des préjugés à l'égard du résident en psychiatrie et du psychiatre.

Préjugés à l'égard du résident en psychiatrie et du psychiatre	Étude Sebbane/2014 (153)	Étude Patra et al./2017 (155)	Etude Mansouri/2016(156)	Notre étude/2020
Le résident en psychiatrie cherche le repos et la facilité	10,5 %	8,5 %	5 %	15,4 %
Le résident en psychiatrie a choisi la psychiatrie par défaut à la suite de son mauvais classement	12 %	20 %	10,6 %	14,5 %
Le résident en psychiatrie a fait le choix de cette spécialité à cause de ses ATCDS psychiatriques familiaux	6,5 %	7 %	6,7 %	4,7 %
Le résident en psychiatrie a fait le choix de cette spécialité à cause de ses ATCDS psychiatriques personnels	5 %	5,3 %	4,2 %	3,8 %
Le résident en psychiatrie n'a pas beaucoup d'ambition	3 %	3,7 %	4,4 %	3,3 %
Le psychiatre devient souvent « bizarre » et peut développer des troubles psychiatriques	9 %	10,5 %	12,3 %	11,5 %
Le psychiatre ne guérit pas et il « drogue » ses patients	2,4 %	2 %	3,8 %	2,7 %
Le psychiatre n'est plus médecin	0,8 %	1,4 %	3,7 %	0,6 %

Les résultats les plus remarquables sont que le résident en psychiatrie cherche généralement le repos et la facilité et qu'il a choisi la psychiatrie par défaut à la suite de son mauvais classement. Ces résultats mettent en évidence à quel point les médecins ont une image négative sur les psychiatres et rejoignent ceux de l'étude menée par la World Psychiatric Association (WPA) (84), 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 ». 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.

2.5. La demande antérieure d'avis psychiatrique :

Dans notre série, la majorité des médecins interrogés (83 %), avait déjà sollicité un avis psychiatrique pour leurs patients hospitalisés.

Parmi ces médecins, plus de la moitié d'eux (58 %) l'avait parfois fait (entre 1 à 10 fois) au cours des deux dernières années et 29,3 % des médecins l'avaient souvent fait (>10 fois).

Les 17 % restants des médecins qui n'avaient jamais demandé un avis psychiatrique, c'était surtout dû à la préférence de référer le malade à un psychiatre après sa sortie (42,9 %) ; la situation ne nécessitait pas l'avis d'un psychiatre (28,6 %) ; la non-disponibilité du psychiatre (19,6 %) et parce que le trouble psychiatrique n'est pas une priorité dans la prise en charge des patients hospitalisés (3,6 %).

Cette conduite semble être influencée aussi par d'autres facteurs. En effet, la charge du travail du médecin et le manque de connaissances et d'expériences dans la prise en charge des patients avec troubles psychiatriques pourraient jouer un rôle important dans la prise d'une telle décision par le praticien. Cette hypothèse a été d'ailleurs soutenue par un nombre d'auteurs qui considèrent qu'une charge importante de travail et le besoin de compétences pour la gestion des

troubles psychologiques ou psychiatriques des malades étaient perçus comme obstacle majeur pour les médecins des hôpitaux universitaires (163,164).

Concernant l'attitude des médecins au moment de l'avis psychiatrique, la majorité des médecins (89,47 %) affirmait que ça leur intéresse à y être présent.

Les 10,53 % restants des médecins renonçaient à cette attitude à cause principalement d'absence d'intérêt envers la spécialité (61,5 %) ; défaut de temps (15,4 %) ; la nécessité du respect de l'intimité du malade et du secret médical (11,6 %) et l'inutilité de la présence du médecin traitant pour faire avancer la prise en charge du malade sur le plan psychiatrique (11,5 %).

A propos de la demande d'un compte rendu détaillé, la majorité des médecins (80,16 %) demandait un compte rendu détaillé de l'équipe de psychiatrie.

Concernant les 19,84 % restants des médecins qui n'avaient pas demandé de compte rendu, c'était surtout dû soit à l'absence d'intérêt d'un compte rendu détaillé en expliquant qu'un avis simple avec le diagnostic le plus probable et la conduite thérapeutique est suffisant (57,1 %) ; l'absence de communication directe avec l'équipe psychiatrique (16,3 %) ; difficultés liées à la compréhension du vocabulaire psychiatrique (10,2 %).

De même, l'étude de Homadi (165) réalisée en 2016 auprès de 494 médecins somaticiens et portant sur la perception de la psychiatrie de liaison par les praticiens au sein du CHU Hassan II de Fès, montre aussi que presque la totalité des médecins interrogés (94,53 %), avait déjà sollicité un avis psychiatrique, mais seulement 3,4 % des médecins qui le faisaient souvent au cours des deux dernières années.

Dans cette même étude (165), les raisons de la non-sollicitation du psychiatre sont partagées entre les difficultés à repérer un trouble psychiatrique chez (51 %) et les difficultés liées à la demande de l'avis chez (49 %). En ce qui concerne l'attitude des médecins au moment de l'avis psychiatrique, la majorité des médecins (71 %) affirmait que ça leur intéresse à y être présent et 90 % des répondants demandait un compte rendu dans la majorité des cas.

Dans l'étude française de Royer (166), réalisée au sein du CHU de Nancy en 2015 et portant sur les enjeux de la psychiatrie de liaison, l'auteur note que 80 % des médecins interrogés avaient déjà

sollicité un avis psychiatrique et 40 % l'avaient fait plus de dix fois au cours des deux dernières années. Cependant, un tiers (33 %) de ces médecins explique la non-sollicitation des psychiatres, par l'absence de recours à ce type de demande, car jugé non nécessaire.

Tableau XXIV : Comparaison de la demande antérieure d'avis psychiatrique dans les différentes séries.

Auteur	Pays/Année	Demande d'avis psychiatrique	Nombre de demandes d'avis psychiatrique	Principales contraintes liées à la demande d'un avis psychiatrique	Présence des médecins au moment de l'avis psychiatrique	Demande de compte rendu détaillé
Homadi (165)	Maroc : Fès/2016	94,53 %	Souvent : 3,4 % Parfois : 25,1 % Rarement : 58,7 %	- Difficultés à repérer un trouble psychiatrique. - Difficultés à la demande de l'avis.	71 %	90 %
Royer (166)	France : Nancy /2015	80 %	Souvent : 40 % Parfois : 42,9 % Rarement : 40 %	- Absence de recours à ce type de demande, car jugé non nécessaire. - Manque de connaissances.	-	-
Notre étude	Maroc : Marrakech/2020	83 %	Souvent : 29,3 % Parfois : 58 % Rarement : 12,7 %	- Préférence de référer le malade après sa sortie. - Situation ne nécessitait pas l'avis d'un psychiatre.	89,47 %	80,16 %

III. Discussion des corrélations :

Les facteurs qui pourraient influencer négativement la perception de la psychiatrie et du psychiatre par ses collègues au sein du CHU Mohammed VI de Marrakech sont :

- ✚ Le sexe masculin
- ✚ L'âge inférieur à 25 ans

- ✚ Être médecin résident ou médecin interne
- ✚ Exercer une spécialité chirurgicale
- ✚ Les ATCDs psychologiques/psychiatriques

Cependant, la parenté à la profession médicale semble avoir une influence positive sur la perception de la psychiatrie et du psychiatre.

1. Corrélation entre le sexe et la perception du psychiatre et du résident en psychiatrie :

Après l'analyse de nos résultats, les hommes avaient plus tendance à être d'accord avec les préjugés sur le psychiatre et le résident en psychiatrie que leurs collègues femmes. Ces résultats s'alignent avec les résultats de la littérature (84,152,153,155,156,167) et pourraient être expliqués par la perception particulière des troubles mentaux par les hommes, qui les considèrent comme signe de faiblesse et de vulnérabilité, d'où la stigmatisation de la profession qui en émane (84).

Tableau XXV : Corrélation entre le sexe et la perception du psychiatre et du résident en psychiatrie.

Préjugés	Sexe féminin	Sexe masculin	P
Un résident en psychiatrie a très probablement choisi cette spécialité par défaut à la suite de son mauvais classement au concours de résidanat	37,1 %	62,9 %	0.003
Un résident en psychiatrie cherche généralement le repos et la facilité	42 %	58 %	0.008
Le résident en psychiatrie a fait le choix de cette spécialité à cause de ses ATCDs psychiatriques familiaux	48 %	52 %	0.04
Le psychiatre ne guérit pas, il « drogue » ses patients	46,6 %	53,4 %	0.042

2. Corrélation entre l'âge et la perception de la psychiatrie et du psychiatre :

2.1. Corrélation entre l'âge et la perception de la psychiatrie:

Concernant l'âge, les médecins âgés de moins de 25 ans avaient plus tendance à ne pas percevoir la psychiatrie comme un choix de spécialité ordinaire. Ce résultat est en accord avec l'étude de Patra et al. (155) où les médecins âgés de moins de 30 ans pensaient que la psychiatrie n'est pas une discipline médicale comme les autres.

Tableau XXVI : Corrélation entre l'âge et la perception de la psychiatrie comme choix de spécialité.

La psychiatrie est un choix de spécialité ordinaire	<25 ans	25-35 ans	35-45 ans	45-55 ans	> 55 ans	p
Oui	52 %	76,90 %	84,60 %	79,90 %	50 %	0.04
Non	48 %	23,10 %	15,40 %	20,10 %	50 %	

2.2. Corrélation entre l'âge et la perception du psychiatre et du résident en psychiatrie :

Les résultats de notre étude ont montré que les médecins âgés de moins de 35 ans avaient plus tendance à avoir des préjugés sur le psychiatre et le résident en psychiatrie. Ce résultat est en accord avec l'étude de Patra et al. (155) où l'image négative sur les psychiatres était significativement liée au jeune âge de la population étudiée (moins de 40 ans).

Tableau XXVII : Corrélation entre l'âge et la perception du psychiatre et du résident en psychiatrie.

Préjugés	< 25 ans	25 - 35 ans	35 - 45 ans	45 - 55 ans	> 55 ans	P
Un résident en psychiatrie a très probablement choisi cette spécialité par défaut à la suite de son mauvais classement au concours de résidanat	44,5%	44 %	8 %	3,5 %	0 %	0.018
Un résident en psychiatrie cherche généralement le repos et la facilité	42 %	43,2 %	9,8 %	5 %	0 %	0.01
Le psychiatre ne guérit pas, il « drogue » ses patients	45,7%	41 %	7 %	6,3 %	0 %	0.01

Ainsi, nous pouvons constater que les médecins plus âgés ont globalement de meilleures perceptions et plus de connaissances en matière de la psychiatrie comme profession.

3. Corrélation entre le statut professionnel et la perception de la psychiatrie et du psychiatre :

3.1. Corrélation entre le statut professionnel et la perception de la psychiatrie:

D'après l'analyse de nos résultats, le statut professionnel influence significativement la perception de la psychiatrie comme choix de spécialité ainsi que sa pratique. En effet, les médecins internes étaient plus nombreux à penser que la psychiatrie n'est pas un choix de spécialité ordinaire et à changer de spécialité s'ils étaient contraints de la choisir comme discipline à pratiquer. Ces résultats s'alignent avec ceux de l'étude de Patra et al. (155) où les médecins internes étaient plus nombreux à avoir une perception négative envers la psychiatrie.

Tableau XXVIII : Corrélation entre le statut professionnel et la perception de la psychiatrie comme choix de spécialité.

La psychiatrie est un choix de spécialité ordinaire	Médecin interne	Médecin résident	Médecin attaché au CHU	Professeur assistant	Professeur agrégé	Professeur de l'enseignement supérieur	p
Oui	29,40 %	75 %	88,50 %	83,30 %	92 %	97 %	0.007
Non	70,60 %	25 %	11,50 %	16,70 %	8 %	3 %	

Tableau XXIX : Corrélation entre le statut professionnel et la perception de la psychiatrie comme spécialité à pratiquer.

Attitude des médecins face à la pratique de la psychiatrie	Médecin interne	Médecin résident	Médecin attaché au CHU	Professeur assistant	Professeur agrégé	Professeur de l'enseignement supérieur	P
Je l'aurais choisie certainement	0 %	1,8 %	11,8 %	8 %	17 %	12,50 %	0.003
J'aurais hésité au début. Mais pourquoi ne pas tenter l'aventure ?	44,2 %	63,5%	58,8 %	41,7 %	50 %	81,30 %	
J'en aurais profité pour me consacrer à mes loisirs favoris	0 %	4,1 %	0 %	8,6 %	0 %	0 %	
J'aurais préféré changer de spécialité	52 %	30 %	17,6 %	41,7 %	33 %	6,20 %	
J'aurais préféré arrêter médecine	3,80 %	0,6 %	11,80 %	0 %	0 %	0 %	

3.2. Corrélation entre le statut professionnel et la perception du psychiatre et du résident en psychiatrie :

Dans notre étude, la perception négative du psychiatre était plus objectivée chez les médecins résidents suivis des médecins internes.

Nos résultats sont comparables à ceux de l'étude de Mansouri (156) et Mukherjee (154) qui objectivent également une perception négative du psychiatre par les médecins internes et les médecins résidents en les comparant aux médecins spécialistes et aux professeurs qui ont une attitude plus réaliste à l'encontre des psychiatres.

Contrairement à l'étude de la WPA (84) qui montre que la majorité des professeurs de l'enseignement supérieur enquêtés dans plus de 15 centres universitaires internationaux avait une attitude négative à l'égard du psychiatre.

Plus de la moitié des professeurs interrogés (52 %) dans cette étude pensaient que les psychiatres ne prêtent pas suffisamment attention à la physiologie et qu'ils ont de moindres compétences par rapport aux autres spécialistes. Et environ 25 % pensaient que les psychiatres ont choisi leurs spécialités à cause de leurs propres antécédents pathologiques, tandis que 18 % pensent que le résident en psychiatrie perd son temps dans cette formation médicale.

Cette image négative sur le psychiatre ancrée chez les médecins aurait certainement des conséquences sur l'attitude et le choix de carrière des étudiants en médecine si elle se trouve transmise à eux. En effet, dans l'étude de Patra et al. (155), les sources d'informations les plus utilisées pour choisir une carrière en médecine étaient les médecins en cours de formation (63%), ainsi que les médecins spécialistes et les professeurs (57 %).

Par conséquent, ce point doit être considéré par tous les médecins qui ne croient pas à l'impact de leurs idées et actions sur les perceptions des étudiants en médecine.

Tableau XXX : Corrélation entre le statut professionnel et la perception du psychiatre et du résident en psychiatrie.

Préjugés	Médecin interne	Médecin résident	Médecin attaché au CHU	Professeur assistant	Professeur agrégé	Professeur de l'enseignement supérieur	P
Un résident en psychiatrie a très probablement choisi cette spécialité par défaut à la suite de son mauvais classement au concours de résidanat	23,5 %	62 %	7 %	2 %	4 %	1,5 %	0.01
Un résident en psychiatrie cherche généralement le repos et la facilité	12 %	80 %	5,2 %	2 %	0,4 %	0,4 %	0.00
Un résident en psychiatrie n'a pas beaucoup d'ambition	28 %	67 %	4 %	0,6 %	0,4 %	0 %	0.04
Le résident en psychiatrie a fait le choix de cette spécialité à cause de ses ATCDS psychiatriques familiaux	22,2 %	56,8 %	12,1 %	5,4 %	2,5 %	1 %	0.00
Le psychiatre ne guérit pas, il « drogue » ses patients	16,2 %	75 %	8 %	0,8 %	0 %	0 %	0.01
Le psychiatre devient souvent « bizarre » et peut développer des troubles psychiatriques au cours de son cursus	27 %	66,4 %	5,6 %	1 %	0 %	0 %	0.036

4. Corrélation entre le type de spécialité et la perception de la psychiatrie et du psychiatre :

4.1. Corrélation entre le type de spécialité et la perception de la psychiatrie :

Dans notre étude, la perception de la psychiatrie comme choix de spécialité est influencée par le type de spécialité. Les chirurgiens étaient plus nombreux à ne pas percevoir la psychiatrie comme un choix de spécialité ordinaire.

Nos résultats sont comparables à ceux de l'étude de Sebbane (153) qui a montré que les médecins exerçant une spécialité chirurgicale avaient plus tendance à avoir une perception négative envers la psychiatrie.

Tableau XXXI : Corrélation entre le type de spécialité et la perception de la psychiatrie comme choix de spécialité.

La psychiatrie est un choix de spécialité ordinaire	Médecine	Chirurgie	Biologie	p
Oui	76,50 %	41 %	80 %	0.043
Non	23,50 %	59 %	20 %	

4.2. Corrélation entre le type de spécialité et la perception du psychiatre et du résident en psychiatrie :

Cette comparaison a montré que les chirurgiens étaient plus nombreux à être d'accord avec les préjugés à l'égard des psychiatres.

Ces résultats s'alignent avec ceux de l'étude de Sebbane (153) et celle de Mansouri (156) qui ont montré que les médecins exerçant une spécialité chirurgicale avaient plus tendance à avoir une image négative sur les psychiatres.

Cela pourrait être expliqué par le fait que les interactions avec les malades atteints de troubles psychiatriques peuvent être limitées dans les services chirurgicaux en raison de la courte durée d'hospitalisation des patients dans la majorité des cas.

Tableau XXXII : Corrélation entre le type de spécialité et la perception du psychiatre et du résident en psychiatrie.

Préjugés	Médecine	Chirurgie	Biologie	P
Un résident en psychiatrie a très probablement choisi cette spécialité par défaut à la suite de son mauvais classement au concours de résidanat	32 %	59 %	9 %	0.03
Un résident en psychiatrie cherche généralement le repos et la facilité	29 %	53,6 %	17,4 %	0.00
Un résident en psychiatrie n'a pas beaucoup d'ambition	38 %	54 %	8 %	0.04
Le psychiatre devient souvent « bizarre » et peut développer des troubles psychiatriques au cours de son cursus	39,1 %	46,9 %	14 %	0.009

5. Corrélation entre la parenté à la profession médicale et la perception de la psychiatrie et du psychiatre:

5.1. Corrélation entre la parenté à la profession médicale et la perception de la psychiatrie :

En ce qui concerne la parenté à la profession médicale, les médecins avec parenté et précisément ceux avec un lien de parenté au 1^{er} degré étaient plus nombreux à considérer la psychiatrie comme étant un choix de spécialité comme les autres.

Ce résultat est en désaccord avec l'étude de Patra et al. (155), où une influence négative des proches exerçant une profession médicale sur la perception de la psychiatrie comme choix de spécialité est révélée.

Tableau XXXIII : Corrélation entre la parenté à la profession médicale et la perception de la psychiatrie comme choix de spécialité.

La psychiatrie est un choix de spécialité ordinaire	Avec parenté	Sans parenté	p
Oui	88,90 %	78,40 %	0.008
Non	11,10 %	21,60 %	

Tableau XXXIV : Corrélation entre le lien de parenté à la profession médicale et la perception de la psychiatrie comme choix de spécialité.

La psychiatrie est un choix de spécialité ordinaire	1er degré	2ème degré	3ème/4ème degré	p
Oui	89,30 %	76,70 %	39 %	0.009
Non	10,70 %	23,30 %	61 %	

5.2. Corrélation entre la parenté à la profession médicale et la perception du psychiatre et du résident en psychiatrie :

Dans notre étude, la parenté à la profession médicale avait une influence positive sur la perception du psychiatre et du résident en psychiatrie. En effet, les médecins avec un proche parenté à la profession médicale avaient moins tendance à penser que « le psychiatre ne guérit pas, il « drogue » ses patients ».

A l'inverse de l'étude de Patra et al. (155) où une influence négative des proches exerçant une profession médicale sur la perception du psychiatre est révélée.

Tableau XXXV : Corrélation entre la parenté à la profession médicale et la perception du psychiatre et du résident en psychiatrie.

Préjugés	Avec parenté	Sans parenté	P
Le psychiatre ne guérit pas, il « drogue » ses patients	36,8 %	63,2 %	0.048

6. Corrélation entre le passage en service de psychiatrie et la perception du psychiatre et du résident en psychiatrie :

Nombreuses études (104,168-171) ont montré une amélioration significative des perceptions du psychiatre par ses confrères au décours d'un stage hospitalier en service de psychiatrie, bien que certaines études (172-175) ont rapporté qu'un passage en service de psychiatrie n'affecte pas positivement l'attitude des étudiants à l'égard du psychiatre.

Cependant, dans notre étude, nous n'avons pas constaté d'influence significative du stage en service de psychiatrie bien que presque la totalité des médecins dans notre étude (95,14 %) avait bénéficié au moins une fois d'un passage en service de psychiatrie.

Une explication de l'impact limité du stage en service de psychiatrie a été donnée par Baxter et al. (176), qui ont suggéré que l'effet bénéfique des stages hospitaliers semble s'estomper avec le temps. Il est donc essentiel que la formation médicale initiale intègre des actions régulières de déstigmatisation auprès des étudiants, sous la forme d'enseignement ou de stages tout au long du cursus.

Tableau XXXVI : Corrélation entre le passage en service de psychiatrie et la perception du psychiatre et du résident en psychiatrie.

Préjugés	0 fois	1 fois	2 fois	P
Un résident en psychiatrie a très probablement choisi cette spécialité par défaut à la suite de son mauvais classement au concours de résidanat	0 %	82 %	18 %	0.94
Un résident en psychiatrie cherche généralement le repos et la facilité	0 %	74 %	26 %	0.23
Un résident en psychiatrie n'a pas beaucoup d'ambition	0 %	69,5 %	30,5 %	0.85
Le résident en psychiatrie a fait le choix de cette spécialité à cause de ses ATCDS psychiatriques personnels	0 %	71,4 %	28,6 %	0.63
Le résident en psychiatrie a fait le choix de cette spécialité à cause de ses ATCDS psychiatriques familiaux	0 %	60 %	40 %	0.18
Le psychiatre n'est plus médecin	0 %	58 %	42 %	0.1
Le psychiatre ne guérit pas, il « drogue » ses patients	0 %	65,7 %	34,3 %	0.09
Le psychiatre devient souvent « bizarre » et peut développer des troubles psychiatriques au cours de son cursus	0 %	67 %	33 %	0.35

7. Corrélation entre les antécédents psychologiques/psychiatriques et la perception de la psychiatrie et du psychiatre :

7.1. Corrélation entre les antécédents psychologiques/psychiatriques et la perception de la psychiatrie :

D'après l'analyse des résultats de notre enquête, les antécédents psychologiques ou psychiatriques influencent significativement la perception de la psychiatrie comme choix de spécialité. En effet, les médecins ayant des antécédents avaient plus tendance à ne pas percevoir la psychiatrie comme un choix de spécialité ordinaire.

Ceci s'aligne avec les résultats de l'étude de Mansouri (156) où les médecins ayant des antécédents psychiatriques ne considéraient pas la psychiatrie une discipline médicale comme les autres.

Tableau XXXVII : Corrélation entre les antécédents psychologiques/psychiatriques et la perception de la psychiatrie comme choix de spécialité.

La psychiatrie est un choix de spécialité ordinaire	Avec antécédents	Sans antécédents	p
Oui	41 %	60 %	0.022
Non	59 %	40 %	

7.2. Corrélation entre les antécédents psychologiques/psychiatriques et la perception du psychiatre et du résident en psychiatrie:

Nous avons noté également une corrélation entre les antécédents psychologiques ou psychiatriques et la perception du psychiatre.

Ainsi, de manière moins attendue, les personnes ayant des antécédents semblent plus adhérer aux préjugés de notre étude comparées à ceux qui n'ont pas d'antécédents, ce qui peut être à l'origine d'une plus grande stigmatisation des psychiatres et de leur profession.

Ceci rejoint les résultats de l'étude de Mansouri (156) et la série de Patra et al. (155) où une influence négative des antécédents psychiatriques sur les différentes perceptions et représentations étudiées était rapportée.

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

Tableau XXXVIII : Corrélation entre les antécédents psychologiques/psychiatriques et la perception du psychiatre et du résident en psychiatrie.

Préjugés	Avec antécédents	Sans antécédents	P
Un résident en psychiatrie a très probablement choisi cette spécialité par défaut à la suite de son mauvais classement au concours de résidanat	56,8 %	43,2 %	0.03
Un résident en psychiatrie cherche généralement le repos et la facilité	59 %	41 %	0.045
Un résident en psychiatrie n'a pas beaucoup d'ambition	65 %	35 %	0.04
Le résident en psychiatrie a fait le choix de cette spécialité à cause de ses ATCDS psychiatriques familiaux	68 %	32 %	0.01
Le psychiatre ne guérit pas, il « drogue » ses patients	62 %	38 %	0.046

Finalement et d'après l'analyse nos résultats, nous pouvons souligner la gravité du phénomène de la stigmatisation du psychiatre dans le milieu médical, vu son impact majeur sur le recrutement de psychiatres dans notre pays.

En effet, le Maroc est parmi les pays en voie de développement les plus touchés par le problème de pénurie en psychiatres. Il compte un effectif de 459 psychiatres (1.28/100000 hab.) répartis entre le secteur public, libéral et académique (177). Notoirement insuffisant, ce chiffre est loin de répondre aux normes établies et reconnues par l'OMS en la matière (2,5/100.000 hab.) (178).

Une insuffisance difficile à combler surtout avec la cadence de formation actuelle. En 2011, il n'y avait que 33 résidents en psychiatrie, de différentes promotions et répartis sur les quatre centres universitaires du pays à l'époque. En 2020, il y a environ 124 résidents en psychiatrie dans les différents centres universitaires au Maroc. Le nombre a nettement augmenté, mais il reste tout à fait dérisoire face au seuil minimal fixé par l'OMS et au nombre important de personnes qui souffrent de troubles mentaux dans notre pays. En effet, l'enquête nationale, réalisée par le ministère de la santé, en partenariat avec l'OMS et portant sur la santé mentale au Maroc, a démontré que 48,9 % des personnes enquêtés présentaient au moins un

signe relevant de tel ou tel trouble mental, allant du simple trouble obsessionnel ou de l'insomnie passagère à des manifestations plus graves comme les psychoses. Par ailleurs, 25,6 % des personnes visées par cette enquête présentaient un épisode dépressif en cours (179).

La difficulté de recrutement des psychiatres pourrait être expliquée d'une part par le désintérêt des décideurs publics pour la psychiatrie et d'autre part par le désintérêt des futurs médecins envers cette spécialité.

Malheureusement, les postes de résidents ouverts à la formation en psychiatrie ne sont pas entièrement pourvus. La psychiatrie figure parmi les 8 spécialités les moins choisies au concours de résidanat au Maroc (180).

La question de l'amélioration du recrutement au Maroc doit être posée tant pour le nombre des psychiatres à venir que pour la qualité de ceux-ci et il est entendu qu'elle ne peut pas être traitée sans travailler la question de la stigmatisation de la psychiatrie et du psychiatre. Récemment, devant la facilité d'accès à la spécialité au concours de résidanat en lien avec le manque d'attractivité de la spécialité, un des risques futurs pourrait être celui d'un choix de second rang pour l'étudiant et de n'être pas convaincu pas la formation du métier de psychiatre par la suite.

IV. Limites et biais de l'étude :

Nous avons mené une étude qui a pour but de mettre en évidence les préjugés et les clichés émis sur les psychiatres par les médecins au sein du CHU Mohammed VI.

Certaines limites méthodologiques ont été soulevées lors de la réalisation de ce travail :

- 🚩 Notre étude est transversale portant sur la collecte des données à l'aide d'un questionnaire conçu à cet effet. Nombreuses difficultés étaient rencontrées à cause de l'indisponibilité de la part d'un certain nombre de médecins due aux occupations surtout au niveau des services de chirurgie et de réanimation.

- ✚ Le manque de statistiques dans notre pays sur ce sujet, rend la comparaison de notre situation avec les données de la littérature difficile.
- ✚ Présence de certains biais, liés notamment aux fausses déclarations volontaires ou par omission, au mode de recueil de l'information (questionnaire), mais également au biais de sélection.



*DECONSTRUCTION
DES MYTHES :
RECOMMANDATIONS
& INITIATIVES*



Au terme de ce travail, un certain nombre de recommandations paraissent nécessaires pour améliorer l'image de la psychiatrie et du psychiatre. Ainsi, nous allons :

- Citer dans un premier temps les recommandations émises par la WPA.
- Dans un second temps, proposer nos recommandations à envisager au Maroc.

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

Le Plan d'Action 2008–2011 (Annexe 2) de la World Psychiatric Association (WPA) mentionnait comme premier objectif l'amélioration de l'image de la psychiatrie et des psychiatres aux yeux des professionnels de la santé, des étudiants en médecine, des décideurs en matière de santé et du grand public (181).

Ainsi, en 2009, son Président, Mario Maj, a constitué un groupe de travail afin de pouvoir examiner les données disponibles sur la stigmatisation de la psychiatrie et des psychiatres et d'émettre des recommandations à toutes les Sociétés Savantes et Associations nationales de psychiatrie de chaque pays. Ces recommandations visent la réduction de la stigmatisation de leur discipline et des professionnels et d'en empêcher ses importantes répercussions.

Dans son article publié en 2010 (181), Sartorius et al. ont résumé les conclusions de ce groupe de travail qui souligne 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. Parmi lesquelles nous retrouvons :

1. Recommandations destinées aux sociétés savantes nationales de psychiatrie:

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

Cette recommandation relève du fait que l'image de la psychiatrie et des psychiatres dépend de l'opinion de leurs confrères et de ceux qui utilisent les services de la santé mentale. Les auteurs proposent donc des projets communs de recherche entre les associations nationales de spécialités (exemple: les recherches sur la comorbidité des troubles mentaux et physiques) ou l'introduction de réunions régulières incluant des représentants d'associations des 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. Ils sont également convaincus de l'intérêt du partage des expériences et des vécus par les personnes atteintes de troubles psychiques avec les professionnels de la santé mentale pour améliorer l'image de la psychiatrie et des psychiatres.

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

- *« En collaboration avec les instances universitaires concernées, les organisations psychiatriques nationales devraient réévaluer les programmes d'enseignement de la psychiatrie du deuxième et troisième cycle d'études médicales. »*

Parmi les nombreux facteurs pouvant expliquer la mauvaise image de la psychiatrie qu'ont les médecins et les étudiants en médecine et leur désintérêt à cette profession comme choix de spécialité sont l'influence des enseignants d'autres disciplines médicales qui nourrissent ces préjugés et la façon dont la psychiatrie est présentée et enseignée au sein des écoles de médecine.

Selon les auteurs, il existe une variété de méthodes d'enseignement qui pourrait rendre la psychiatrie plus attrayante, bien qu'elles soient peu utilisées. Elles incluent:

- Inclure dans la formation des étudiants l'étude des origines de la stigmatisation de la maladie mentale et les méthodes qui peuvent la combattre.
- Mettre en contact les étudiants avec des patients traités pour leur maladie

psychiatrique et guéris.

- Le recours aux écoles d'été et aux programmes d'échanges.
- Une meilleure intégration de l'enseignement de la psychiatrie à celui des neurosciences et de sciences comportementales.

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

Les médias 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 stratégies afin de fournir des informations à jour aux médias pour rectifier les idées reçues, 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 (182). 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 (183).

Une meilleure visibilité est également recommandée par Felix (184) et Davidson (185), qui suggèrent que le bénévolat communautaire est une approche intéressante pour une meilleure reconnaissance publique.

2. 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 quelle que 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.

II. Perspectives au Maroc :

A la lumière des recommandations émises par la WPA en 2010, des données récentes de la littérature, des résultats de notre étude et de l'importance de la question de la stigmatisation

du métier de psychiatre au Maroc, nous proposons que des actions spécifiques soient menées auprès des étudiants de médecine au cours de leur formation. Aussi, les actions entreprises auprès des médias doivent être soutenues et doivent se poursuivre avec les acteurs de la psychiatrie de demain.

Nous proposons quelques recommandations pour ces futures actions de déstigmatisation de la profession et l'amélioration du recrutement, tant en quantité qu'en qualité:

- ✚ Organiser des cours sur la stigmatisation de la profession, de la spécialité et des patients souffrant de troubles psychiques.
- ✚ Organiser des séminaires ou des cours sur l'approche et la pratique intégrative du métier de psychiatre.
- ✚ Enseigner les bases de neurosciences notamment les données en génétique, en imagerie et en biomarqueurs pour faire valoir le caractère scientifique de la psychiatrie.
- ✚ Utiliser davantage les nouvelles méthodes d'enseignement centrées sur l'étudiant telles que l'apprentissage par problèmes (APP), l'apprentissage par la méthode des cas cliniques, simulations et jeux de rôles ...
- ✚ Encourager les étudiants à participer à des activités d'enrichissement au-delà de l'enseignement théorique et des stages cliniques telles que la recherche en psychiatrie, la création et l'intégration de clubs universitaires de psychiatrie, la création de courts-métrages de sensibilisation à la santé mentale et d'anti-stigmatisation de la profession de psychiatrie.
- ✚ Définir une charte pédagogique de l'accueil de l'externe dans les services de psychiatrie et renforcer son accompagnement pendant les stages.
- ✚ Profiter des stages en service de psychiatrie pour communiquer aux étudiants la passion du métier de psychiatre, éveiller leur curiosité à la discipline et bien les former, quel que soit le choix de spécialité qu'ils feront.
- ✚ Favoriser un contact plus étroit entre les étudiants et les patients, afin qu'ils

puissent comprendre leur vécu et constater d'eux même l'amélioration de leur état grâce aux soins prodigués.

- ✚ Organiser des rencontres entre les externes et les personnes atteintes de troubles psychiques rétablies, ainsi qu'avec leurs familles et leurs proches.
- ✚ Encourager les étudiants à la participation aux consultations ambulatoires dans les structures de soins primaires, afin de les exposer à d'autres types de patients avec des pathologies moins lourdes (53).
- ✚ Repérer les étudiants avec un intérêt particulier pour la psychiatrie et leur présenter de bons modèles de psychiatres ainsi que les accompagner via un système de mentorat, ou de cursus ultérieur (en 6^{ème} ou 7^{ème} année de médecine par exemple) de manière à perpétuer cet intérêt jusqu'au terme des études médicales (168).
- ✚ Créer et développer une association nationale des médecins psychiatres en formation au Maroc, qui permettra d'encourager les étudiants à choisir la psychiatrie comme carrière en les fournissant des informations pertinentes sur la spécialité et leur expliquant les avantages, les difficultés et les limites de la spécialité et les différentes possibilités de formation.
- ✚ Songer à humaniser davantage les hôpitaux psychiatriques (architecture, hygiène des lieux et des malades) et à les intégrer dans les autres services de soins somatiques conformément aux recommandations de la WPA (53).
- ✚ Publier régulièrement des lignes directrices de pratique clinique fondées sur la recherche scientifique et les utiliser largement dans tous les milieux psychiatriques.
- ✚ Collaborer davantage avec les autres spécialistes en particulier avec ceux impliqués dans la prise en charge des personnes atteintes de troubles psychiatriques.
- ✚ Renforcer les compétences pédagogiques de présentation et de communication en particulier pour améliorer la qualité de collaboration avec les médias.



CONCLUSION



La psychiatrie est une discipline charnière où se rejoignent les connaissances en neurosciences et en psychologie, enrichies par les apports de la psychanalyse.

Ces dernières décennies, elle a connu un essor sans pareil. La psychiatrie s'est vue, en effet, améliorer ses classifications des troubles mentaux, ses recherches scientifiques, l'efficacité et la diversité de ses traitements. Paradoxalement, le phénomène de stigmatisation qui entoure cette discipline est étonnement persistant et s'étend des patients atteints de troubles mentaux à toutes les personnes à leur contact, en n'épargnant pas les structures et les professionnels de santé. Ainsi, le psychiatre se retrouve au centre d'une multitude de préjugés socialement construits et fidèlement véhiculés par les médias et même par les professionnels de la santé.

L'objectif principal de ce travail est de mettre en évidence les préjugés et les clichés émis sur le psychiatre par ses confrères et secondairement d'objectiver les répercussions de ces clichés, ainsi que de déterminer les axes d'intervention pour les détruire.

Les résultats de notre étude sont suffisamment alarmants pour nous inciter à poursuivre les investigations à travers d'autres enquêtes épidémiologiques qui doivent être initiées à l'échelle nationale pour mieux comprendre l'origine de la stigmatisation du psychiatre par ses confrères et ses conséquences et aussi réfléchir aux dispositifs d'amélioration précoce de l'image de la psychiatrie auprès des étudiants en médecine.

En ce sens, ce travail propose des recommandations dont certaines soulignent l'importance de l'accompagnement de l'externe pendant les stages de psychiatrie, le développement des nouvelles approches pédagogiques auprès d'eux et l'organisation de rencontres entre les étudiants et les personnes atteintes de troubles psychiques rétablies.

Finalement, la psychiatrie doit pouvoir suivre la même évolution que les autres disciplines médicales et s'atteler à susciter un intérêt grandissant auprès des étudiants. Elle doit aussi faire valoir le fait d'être une spécialité médicale moderne, attractive, riche sur le plan intellectuel et en plein essor et les psychiatres autant que professionnels doivent prendre l'initiative et assurer un leadership en devenant les principaux défenseurs de la psychiatrie autant que discipline et carrière.



ANNEXES



Annexe 1 : Instrument d'enquête – Questionnaire

Stigmatisation du psychiatre dans le milieu médical : Enquête auprès des médecins du CHU Mohammed VI de Marrakech

Questionnaire destiné aux médecins du CHU Mohammed VI de Marrakech :

Dans le cadre d'un travail de recherche intitulé [Stigmatisation du psychiatre dans le milieu médical], une enquête transversale est menée par le service de psychiatrie au niveau du CHU Mohammed VI de Marrakech. Elle concerne les professeurs, les médecins attachés au CHU, les médecins résidents et les médecins internes.

Nous vous prions de bien vouloir remplir le questionnaire ci-joint. La collecte de données se fera de manière anonyme.

Nous vous remercions pour votre aide et collaboration.

Partie I : Données générales

1. Vous êtes :

- Femme
- Homme

2. Votre âge :

- < 25 ans
- 25–35 ans
- 35–45 ans
- 45–55 ans
- > 55 ans

3. Statut matrimonial :

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

4. Vous êtes :

- Médecin interne
- Médecin résident
- Médecin attaché au CHU
- Professeur assistant

- Professeur agrégé
- Professeur de l'enseignement supérieur

5. Si vous êtes un médecin interne, vous êtes en quelle année ?

- 1ère année
- 2ème année

6. Si vous êtes un médecin résident, vous êtes en quelle année ?

- 1ère année
- 2ème année
- 3ème année
- 4ème année
- 5ème année

7. Si vous êtes un médecin attaché au CHU ou un professeur, depuis quand exercez-vous ? (ancienneté)

- < 5 ans
- 5-10 ans
- > 10 ans

8. Quelle est votre type de spécialité ou votre futur type de spécialité ?

- Médecine
- Chirurgie
- Biologie (y compris Anatomie-pathologique et Génétique)

9. Y a-t-il des médecins dans votre famille ?

- Oui
- Non

10. Si oui, il s'agit de(s) membre(s) de la famille :

- Au 1er degré (fratrie, parent(s))
- Au 2ème degré (grands-parents(s), cousin(e)s, oncle(s), tante(s))
- Autre (au 3ème ou 4ème degré)

11. Quel(s) type(s) de spécialité pratique(nt)-il(s)/elle(s) ?

- Médecine
- Chirurgie
- Biologie (y compris Anatomie-pathologique et Génétique)

12. Parmi eux, y en a-t-il des psychiatres ?

- Oui
- Non

13. Au cours de votre cursus universitaire, combien de fois avez-vous bénéficié d'un stage au service de psychiatrie ?

- Aucune fois
- 1 fois
- 2 fois
- 3 ≥ fois

14. 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

15. Pensez-vous que la psychiatrie est un choix de spécialité ordinaire comme un autre ?

- Oui
- Non

16. Cochez l'idée ou les idées que vous partagez :

- Un résident en psychiatrie a très probablement choisi cette spécialité par défaut à la suite de son mauvais classement au concours de résidanat
- Un résident en psychiatrie cherche généralement le repos et la facilité
- Un résident en psychiatrie n'a pas beaucoup d'ambition
- Le résident en psychiatrie a fait le choix de cette spécialité à cause de ses ATCDS psychiatriques personnels
- Le résident en psychiatrie a fait le choix de cette spécialité à cause de ses ATCDS psychiatriques familiaux
- Le psychiatre n'est plus médecin
- Le psychiatre ne guérit pas, il « drogue » ses patients
- Le psychiatre devient souvent « bizarre » et peut développer des troubles psychiatriques au cours de son cursus
- Je ne partage aucune de ces idées

17. Si vous aviez été contraint(e) de choisir la psychiatrie en spécialité, quelle serait votre réaction ?

- J'aurais hésité au début. Mais pourquoi ne pas tenter l'aventure ?

- J'en aurais profité pour me consacrer à mes loisirs favoris
- J'aurais préféré changer de spécialité
- J'aurais préféré arrêter médecine
- Autre :.....
.....
.....

18. Sur le plan pratique, 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'absence d'une base scientifique solide
- L'incompréhension des objectifs et des limites de la spécialité
- La psychiatrie n'est pas une discipline intellectuellement stimulante
- La difficulté de la spécialité sur le plan pratique
- La lourde responsabilité que cette spécialité implique sur le plan juridique
- Les éventuelles conséquences que la spécialité pourrait avoir sur ma santé psychique
- Le faible prestige du métier et la discrimination par mon entourage
- Le faible niveau de satisfaction professionnelle et l'impression de ne rien pouvoir faire à mes patients
- Autre :.....
.....
.....

19. Dans votre pratique médicale quotidienne, avez-vous déjà demandé un avis psychiatrique pour vos patients hospitalisés ?

- Oui
- Non

20. Si oui : (Au cours des deux dernières années)

- Souvent (>10 fois)
- Parfois (1-10 fois)
- Rarement (1 fois)

21. Si non, pourquoi ?

- Le manque de temps
- La non disponibilité du psychiatre
- J'ai des mauvaises expériences avec l'équipe de psychiatrie (pas de contact ou de retour satisfaisant...)
- Je suis capable de gérer le trouble psychiatrique moi-même
- Le trouble psychiatrique n'est pas une priorité dans la prise en charge des patients

hospitalisés

- Parce que la situation ne nécessitait pas l'avis d'un psychiatre
- Je préfère référer le malade à un psychiatre après sa sortie
- Autre :

.....
.....

22. Est-ce que ça vous intéresse d'être présent au moment de l'avis psychiatrique ?

- Oui
- Non

23. Si non, pourquoi ?

24. Est-ce que vous exigez un compte rendu détaillé de l'équipe de psychiatrie ?

- Oui
- Non

25. Si non, pourquoi ?

Merci pour votre collaboration.

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

WPA ACTION PLAN 2008–2011

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

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

Actions:

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

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

Actions:

- 2.1. Join and assist Member Societies, upon their request, in their interactions with national and regional institutions concerning policy matters.

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

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

Actions:

- 3.1. Develop a program of high-quality itinerant educational workshops, to be replicated in the four WPA Regions.
- 3.2. Develop a CME online program for WPA individual members.
- 3.3. Produce a series of guidelines on issues of great practical relevance, translated in several languages.
- 3.4. Increase the dissemination of World Psychiatry and promote the translation of entire issues or selected articles in several languages, making them available on the WPA website and on the websites of relevant Member Societies.
- 3.5. Support the development of national psychiatric journals.

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

Actions:

- 4.1. Launch, in collaboration with a network of centers of excellence, a program of one-year fellowships for young psychiatrists from low-income countries, who will commit themselves to apply in their country of origin what they have learnt.
- 4.2. Organize a series of workshops on leadership and professional skills for young psychiatrists.

- 4.3. Facilitate the participation of young psychiatrists in WPA Congresses and other worthwhile scientific meetings, organizing, in the case of WPA Congresses, a fellowship program and a meeting of the WPA Young Psychiatrists Council.
- 4.4. Stimulate the participation of young psychiatrists in the activities of WPA Scientific Sections.
- 4.5. Join and assist Member Societies in the development and implementation of programs for young psychiatrists.

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

Action:

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

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

Action:

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

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

Actions:

- 7.1. Launch an international program on the protection and promotion of physical health in persons with severe mental disorders, in collaboration with other international and national medical associations and with organizations of users and families.
- 7.2. Support international and national initiatives aiming to protect the human rights of persons with mental disorders; to promote the meaningful involvement of these persons in the planning and implementation of mental health services; to encourage the development of a person-centered practice in psychiatry and medicine; and to promote equity in the access to mental health services for persons of different age, gender, race/ethnicity, religion and socioeconomic status.
- 7.3. Promote the implementation of the principles of the Declaration of Madrid in all countries of the world, and the continuing update of these principles on the basis of international input.

Goal 8. To promote the establishment of networks of scientists conducting collaborative research in the mental health field.

Actions:

- 8.1. Fund at least two high-quality international research projects conducted by WPA Scientific Sections.
- 8.2. Facilitate the involvement of the most prominent scientists of the world in the activities of the WPA Scientific Sections.

Goal 9. To increase the visibility and credibility of the Association at the international level.

Action:

- 9.1. Ensure that all WPA's initiatives and products are of the highest possible quality level, with a fully effective utilization of available human resources.

Goal 10. To build up a long-term, solid and transparent partnership with potential donors.

Action:

- 10.1. Establish a consortium of donors which will partially fund the abovementioned activities, as part of the WPA financial policy.



RÉSUMÉS



Résumé

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

Objectif : Les objectifs de ce travail sont :

- Mettre en évidence les préjugés et les clichés émis sur le psychiatre par ses confrères.
- Objectiver les répercussions de ces clichés sur les psychiatres.
- Déterminer les axes d'intervention pour les détruire.

Matériels et méthodes : Il s'agit d'une étude descriptive transversale réalisée au moyen d'un questionnaire anonyme diffusé par deux moyens : déposé directement auprès des médecins du CHU Mohammed VI et informatisé par Google Forms et mis en ligne sur les réseaux sociaux (les groupes privés Facebook ALMOQUIM et FOYER DES INTERNES DE L'AMIMA CHU MARRAKECH). Elle inclut 289 médecins répondants à nos critères d'inclusion, en utilisant le sondage par quotas comme méthode d'échantillonnage. Au total, nous avons obtenu 247 questionnaires exploitables.

L'étude statistique a été réalisée avec le logiciel SPSS version 25.0 et en analyse bivariée, la comparaison des variables qualitatives a fait appel au test statistique de Chi2.

Résultats : Notre série comporte un total de 247 médecins. Plusieurs données sociodémographiques concernant les médecins enquêtés sont obtenues : plus de la moitié (62,35 %) des médecins étaient de sexe féminin, la tranche d'âge la plus représentative était celle

des 25–35 ans (66,4 %), la majorité des médecins était célibataire (70,9 %), plus de la moitié des enquêtés étaient des résidents (68,8 %), presque la moitié de ces derniers était des résidents en 1^{ère} année de formation (41,18 %), plus de la moitié des médecins internes étaient des internes en 1^{ère} année de formation (65,38 %), presque la moitié des médecins attachés et des professeurs avait une ancienneté moins de 5 ans (45,10 %), plus de la moitié des enquêtés exerçaient une spécialité médicale (64,78 %), plus de la moitié (56,28 %) avaient une parenté à la profession médicale et plus de la moitié des enquêtés (60,3 %) affirmaient avoir connu des antécédents psychologiques/psychiatriques d'ordre personnel et/ou familial.

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, de l'âge, du statut professionnel, du type de spécialité, des antécédents et de la parenté à la profession médicale.

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 la marginalisation des psychiatres dans la communauté médicale, le déclin majeur de recrutement de professionnels que la psychiatrie connaît de nos jours et la régression de la demande d'aide par les patients atteints de troubles psychiatriques. Aussi, les professionnels de santé, en véhiculant ces préjugés, participent à leur ancrage au sein de la population générale et de la communauté médicale en particulier.

Conclusion : Ce travail propose des recommandations pour déconstruire les préjugés portés envers le psychiatre et sa profession, améliorer l'image du psychiatre, rendre la spécialité plus attractive et améliorer son recrutement, en quantité et en qualité.

Abstract

Background: The stigmatization of psychiatrists by their colleagues has been little studied, yet it seems that there is a complex relationship between the stigmatization of patients with mental illness and the stigmatization of the profession. Also, the negative image conveyed by psychiatry and psychiatrists is identified as one of the major causes of the decline in the recruitment of psychiatrists in many countries and could explain the growing disinterest of medical students for the specialty.

Objectives: The aims of this study are:

- To highlight prejudices and clichés on the psychiatrist issued by his colleagues.
- To pinpoint the impact of these prejudices on psychiatrists.
- To determine the lines of action to destroy them.

Materials and methods: This is a descriptive cross-sectional study developed based on an anonymous questionnaire which was distributed by two means: given directly to the doctors of the Mohammed VI University Hospital, and computerized by Google Forms and posted on social networks (the private groups Facebook ALMOQUIM and FOYER DES INTERNES DE L'AMIMA CHU MARRAKECH). It includes 289 physicians who meet our inclusion criteria, using the quota sampling method. In total, we obtained 247 actionable questionnaires. The statistical study was carried out with the SPSS software version 25.0 and in bivariate analysis, the comparison of qualitative variables used the Chi-square test.

Results: Our series includes a total of 247 doctors. Several socio-demographic data on the doctors surveyed were obtained: more than half (62,35 %) of physicians were female, the most representative age group was 25-35 years (66,4 %), the majority of physicians were single (70,9 %), more than half of those surveyed were residents (68,8 %), almost half of them were first-year residents (41,18 %), more than half of the interns were in their first year of training

(65,38 %), almost half of the attached physicians to the University Hospital Center and the professors had seniority under 5 years (45,10 %), more than half of the respondents practiced a medical specialty (64,78 %), more than half (56,28 %) had a close contact with a doctor who is a family member and more than half of those surveyed (60,3 %) reported having a personal and/or family psychological/psychiatric history.

Their perceptions and representations of the psychiatrist and his profession revealed a stigmatization. The comparative analysis of the data revealed statistically significant influences on stated prejudices, such as gender, age, status, specialty type, psychiatric background and having a close contact with a doctor who is a family member.

Discussion: The comparison between the surveyed prejudices and those found in the literature showed many similarities. Although, others have not been adequately studied.

Psychiatrists and their profession are subject to a stigmatization that can lead to significant consequences, including the marginalization of psychiatrists in the medical community, the major decline of psychiatrists' recruitment and the low rates of help-seeking behavior of patients with psychiatric disorders. In addition, health professionals, by conveying these prejudices, help spreading them and may be rooted in the general population's beliefs, specifically the medical community's.

Conclusion: This study proposes recommendations to deconstruct existing prejudices against the psychiatrist and his profession, improve his image, make the specialty more attractive and enhance the recruitment of psychiatrists, in quantity and quality.

ملخص

السياق: هناك القليل من الدراسات التي تطرقت الى مشكلة وصمة الأطباء النفسيين، مع أنه يبدو أن هناك علاقة معقدة بين وصمة المرضى الذين يعانون من اضطرابات نفسية والوصمة التي تلحق الأطباء النفسيين . زيادة على ذلك، الصورة السلبية للطب النفسي والأطباء النفسيين هي واحدة من الأسباب الرئيسية لانخفاض توظيف الأطباء النفسيين في العديد من البلدان و عدم انجذاب طلاب الطب الى هذا التخصص .

الأهداف: أهداف هذا العمل هي:

- تسليط الضوء على الأحكام المسبقة و"الكليشيات" على الطبيب النفسي الصادرة عن زملائه.
- توضيح مدى تأثير هذه الأحكام المسبقة على الأطباء النفسيين .
- تحديد خطوات العمل لمحاربتها .

المواد والأساليب : هذه دراسة وصفية مستعرضة أجريت باستخدام استمارة (بدون التعرف على هوية المستجوبين) التي تم توزيعها بطريقتين: تم إيداعها مباشرة لدى أطباء مستشفى محمد السادس، و تم حوسبتها بواسطة "نماذج جوجل" ونشرها على الشبكات الاجتماعية (المجموعتين السريتين على " فيسبوك " " المقيم " و " مقر الأطباء الداخليين أميما م .ا.ج مراكش "). تشمل هذه الدراسة 289 طبيبا نفسيا يستوفون معايير الاشتمال المحددة، باستخدام العينة الحصصية كأسلوب للمعاينة . في المجموع، حصلنا على 247 استبيانا قابلا للاستعمال . أما التحليل الإحصائي فأنجز اعتمادا على البرنامج SPSS25.0 بينما التحليل المقارن بواسطة الرانز ihc2 .

النتائج: تشمل دراستنا ما مجموعه 247 طبيبا. وقد تم الحصول على عدة معطيات سوسيوديمغرافية تتعلق بهؤلاء الأطباء الذين شملهم الاستفتاء : أكثر من نصف الأطباء (62.35 في المائة) هم من الإناث، و الفئة العمرية الأكثر تمثيلاً هي الفئة العمرية 25-35 سنة (66.4 في المائة)، و أغلبية الأطباء عازبون (70.9 في المائة)، و أكثر من نصف الذين شملهم الاستطلاع من الأطباء المقيمين (68.8 في المائة)، و نصفهم تقريباً من الأطباء المقيمين

في السنة الأولى من التدريب (41.18 في المائة)، و أكثر من نصف الأطباء الداخليين من المتدربين في السنة الأولى (65.38 في المائة)، و ما يقرب نصف الأطباء الملحقين بالمستشفى الجامعي والأساتذة لديهم أقدمية أقل من خمس سنوات (45.10 في المائة)، و أكثر من نصف المستجوبين يمارسون تخصصاً طبياً (64.78 في المائة)، و أكثر من النصف (56.28 في المائة) لديهم فرد من العائلة طبيب، و أكثر من نصف الذين شملهم الاستطلاع (60.3 في المائة) لديهم تاريخ شخصي أو عائلي لأمراض نفسية أو هما معا. وقد بينت تصوراتهم وتمثيلاتهم للطبيب النفسي ومهنته وصمة هذا الأخير. و أظهر التحليل المقارن للبيانات تأثيرات ملموسة على هذه الأحكام المسبقة، مثل الجنس والعمر والمركز المهني ونوع التخصص و التاريخ النفسي و وجود فرد من العائلة يمارس مهنة الطب.

المناقشة: انطلاقاً من مقارنة الأحكام المسبقة التي أبرزتها دراستنا و تلك التي نجدها في الكتابات الأدبية ، تبين أن هناك العديد من أوجه التشابه، في حين لم تدرس بعض من الأحكام المسبقة على نحو كاف. و يبقى دائماً الأطباء النفسيون ومهنتهم عرضة للوصمة، التي يمكن أن تؤدي إلى عواقب وخيمة، بما في ذلك تهيش الأطباء النفسيين في المجتمع الطبي، و الانخفاض الكبير في توظيف هذه الشريحة من الأطباء، و عزوف المرضى الذين يعانون من اضطرابات نفسية عن الذهاب إلى الطبيب النفسي. كما أن الطاقم الطبي، من خلال ترويجه لهذه الأحكام المسبقة، يشارك في تثبيتها عند العامة وعند المجتمع الطبي بصفة خاصة.

الخلاصة: يقترح هذا العمل توصيات للقضاء على الأحكام المسبقة ضد الطبيب النفسي ومهنته، وتحسين صورته، وجعل التخصص أكثر استقطاباً وتحسين عملية التوظيف، كما ونوعاً.



BIBLIOGRAPHIE



1. **Oulès DJ, Sivadon PP.**
Le psychiatre dans la société : l'évolution de son image et de sa fonction sociale. Privat; 1965. 104 p.
2. **Persaud R.**
Psychiatrists Suffer from Stigma Too. Psychiatric Bulletin. 1 août 2000;24:284-5.
3. **Giordana J-Y.**
La stigmatisation en psychiatrie et en santé mentale. In: Masson. 2010. p. 11-117.
4. **Bonsack C, Morandi S, Favrod J.**
Le stigmate de la «folie» : de la fatalité au rétablissement. Rev Méd Suisse. 2013;9.
5. **Goffman E.**
Stigmate: les usages sociaux des handicaps. In: Paris; Editions de minuit. 1975. p. 12-180.
6. **Organisation Mondiale de la Santé.**
La charge « cachée et indéterminée » des problèmes de santé mentale, aide-mémoire no 218, révisé novembre 2001.
7. **Thornicroft G.**
Shunned: Discrimination against people with mental illness. Oxford University Press. juill 2003;
8. **Juillet P.**
Dictionnaire de psychiatrie. CILF. 2000.
9. **Doise W.**
Les représentations sociales : définition d'un concept. In 1985. p. 243-53.
10. **Jodelet D.**
Les représentations sociales. In: Presses Universitaires de France. 1989. p. 424.
11. **Abric J-C.**
L'étude expérimentale des représentations sociales. In: Les représentations sociales. Paris: PUF. 1989. p. 206-23.
12. **Abric J-C.**
Coopération, compétition et représentations sociales. DelVal; 1987.

13. **Mannoni P.**
Les représentations sociales. Paris: PUF. 1998.
14. **Durkheim E.**
Les formes élémentaires de la vie religieuse. Alcan. 1912.
15. **Moscovici S.**
La psychanalyse, son image et son public. In Presses Universitaires de France; 2004. p. 27-8. (Bibliothèque de Psychanalyse).
16. **Abric J-C.**
Les représentations sociales : aspects théoriques. In: Pratiques sociales et représentations. 2003^e éd. Pratiques sociales et représentations; 1994. p. 13. (Psychologie Sociale).
17. **Becker HS. Outsiders.**
Études de sociologie de la déviance. Éditions Métailié; 1985.
18. **Dericquebourg R.**
Stigmates, préjugés, discrimination dans une perspective psychosociale. In 1988. p. 65-74.
19. **Ville I.**
Déficiences motrices et situations de handicap. In: Identité, représentations sociales et handicap moteur. APF. 2002. p. 48-51.
20. **Leyens J-P.**
Sommes-nous tous des psychologues ? Liège: Mardaga. 1983.
21. **Allport G.**
The nature of prejudice. Addison-Wesley; 1954.
22. **Dovidio J, Gaertner S.**
Prejudice, discrimination, and racism. New York: Academic Press. 1986.
23. **Fisher G.**
Les concepts fondamentaux de la psychologie sociale. Paris: Dunod. 1987.

24. **Nations-Unies, Assemblée Générale, Commission du Droit International, Examen d'ensemble du droit international en vue des travaux de codification de la Commission du Droit international.**
Mémoire du Secrétaire général, NY, Lake Success. Revue internationale de droit comparé. 1949;1(4):550-1.
25. **Jodelet D. Postface.**
La stigmatisation en psychiatrie et en santé mentale. Masson. 2010.
26. **Stafford MC, Scott RR.**
Stigma, Deviance, and Social Control, some conceptual issues. In: New York: Plenum Press. 1986.
27. **Crocker J, Major B, Steele C. Stigma.**
In the Handbook of Social Psychology. 1998.
28. **Thornicroft G, Rose D, Kassam A, Sartorius N.**
Stigma: ignorance, prejudice or discrimination? Br J Psychiatry. mars 2007;190(3):192-3.
29. **Stuart H.**
Stigmatisation. Leçons tirées des programmes visant sa diminution. smq. 2003;28(1):54 -72.
30. **Lovell AM, Henckes N, Troisoeufs A, Velpry L.**
Sur quelques mauvais jeux de mots : classifications psychiatriques et stigmatisation. L'information psychiatrique. 2011;Volume 87(3):175-83.
31. **Link BG, Phelan JC.**
Conceptualizing Stigma. Annual Review of Sociology. 2001;27(1):363-85.
32. **Lovell A, Cook J, Velpry L.**
La violence envers les personnes atteintes de troubles mentaux : revue de la littérature et des notions connexes. 2008;56:197-207.
33. **Corrigan PW, Mueser KT, Bond GR, Drake RE, Solomon P.**
Principles and Practice of Psychiatric Rehabilitation: An Empirical Approach. Guilford Press; 2012. 579 p.
34. **Massé R.**
Avec la collaboration de Jocelyne Saint-Arnaud. Éthique et santé publique. Enjeux, valeurs et normativité. Presses de l'Université Laval. 2003.

35. **Thivel A.**
Hippocrate et la théorie des humeurs. *Noesis*. 15 mars 1997;(1):85-108.
36. **Pilgrim D.**
The survival of psychiatric diagnosis.
Social Science & Medicine. 1 août 2007;65(3):536-47.
37. **Davison K.**
Historical aspects of mood disorders. *Psychiatry*. 1 avr 2006;5(4):115-8.
38. **Jacquart D.**
Dans sa contribution « La réflexion médicale médiévale et l'apport arabe » à la Nouvelle Histoire de la Psychiatrie. Privat. 1983.
39. **Youssef HA, Youssef FA, Dening TR.**
Evidence for the existence of schizophrenia in medieval Islamic society. *History of Psychiatry*. 2016;
40. **Talib MA, Deuraseh N.**
Mental health in Islamic medical tradition. *The International Medical Journal*. 2005;76-9.
41. **B.Syed I.**
Islamic Medicine: 1000 Years Ahead of Its Times. *Journal of the International Society for the History of Islamic Medicine*. 2002;2-9.
42. **Martín-Araguz A, Bustamante-Martínez C, Fernández-Armayor Ajo V, Moreno-Martínez JM.**
Neuroscience in al-Andalus and its influence on medieval scholastic medicine. *Rev Neurol*. 2002;34(9):877-92.
43. **Safavi-Abbasi S, Brasiliense LBC, Workman RK, Talley MC, Feiz-Erfan I, Theodore N, et al.**
The fate of medical knowledge and the neurosciences during the time of Genghis Khan and the Mongolian Empire. *Neurosurg Focus*. 2007;23(1):E13.
44. **Jacquart D.**
Le regard d'un médecin sur son temps : Jacques Despars (1380-1458). *Bibliothèque de l'école des chartes*. 1980;138(1):35-86.
45. **Maus de Rolley T.**
La part du diable : Jean Wier et la fabrique de l'illusion diabolique. *Tracés Revue de Sciences humaines*. 1 avr 2005;(8):29-46.

46. **Cousson JC.**
De l'angoisse à la Sainteté, Jean de Dieu. Beauchesne; 1973. 180 p.
47. **Foucault M.**
Histoire de la folie à l'âge classique. Gallimard. Paris; 1972. 688 p. (Tel).
48. **Castel R.**
L'ordre psychiatrique. L'âge d'or de l'aliénisme. Éditions de Minuit, Paris. 46 commentaires de textes en clinique institutionnelle. 1976.
49. **Fauvel A.**
Pinel et les aliénistes. Éditions Sciences Humaines; 2012. 7-11 p.
50. **Gourevitch M.**
Vitalité de la loi de 1838. Histoire des sciences médicales. 1998;176.
51. **Kaplan RM.**
Johann Christian Reil and the naming of our specialty. Australas Psychiatry. avr 2012;20(2):157-8.
52. **Lellouch A. Charcot, Freud et l'inconscient.**
Un nouveau paradigme médical est-il né à Paris, à la Salpêtrière, entre 1880-1890? Histoire des sciences médicales. (4):2004.
53. **Sartorius N, Gaebel W, Cleveland H-R, Stuart H, Akiyama T.**
WPA guidance on how to combat stigmatization of psychiatry and psychiatrists. World Psychiatry. oct 2010;9(3):131-44.
54. **Metzl J.**
Voyeur nation? Changing definitions of voyeurism, 1950-2004. Harv Rev Psychiatry. 2004;12(2):127-31.
55. **Walter G.**
The Stereotype of the Mad Psychiatrist. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry. 1989;23(4):547-54.
56. **Gabbard G, Gabbard K.**
Cinematic stereotypes contributing to the stigmatization of psychiatrists. In: Stigma and mental illness. Washington: American Psychiatric Press. 1992. p. 113-26.

57. **Reynaud M.**
La peur du fou, l'image de la maladie mentale et de la psychiatrie. In: Psychologie médicale. 1992. p. 339-43.
58. **Paladin AV.**
Ethics and neurology in the Islamic world. Continuity and change. Ital J Neuro Sci. 1 août 1998;19(4):255-8.
59. **Bouchaara M.**
In: Immigrations et protections au Maroc. Imp. Royale, Rabat. 1984.
60. **Stein D.**
Views of mental illness in Morocco: Western medicine meets the traditional symbolic. CMAJ. 28 nov 2000;163(11):1468-70.
61. **Lwolff S, Serieux P.**
Sur quelques moyens de contrainte appliqués aux aliénés au Maroc. Revue de psychiatrie et de psychologie expérimentale. 1911.
62. **Luc Roelandt J, Caria A, Benradia I, Vasseur Bacle S.**
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. Psyé. 2017;4(2):137.
63. **Roelandt J-L, Caria A, Defromont L, Vandeborre A, Daumerie N.**
Les représentations du « fou », du « malade mental » et du « dépressif » en population générale France. L'Encéphale. 2010;(36):7-13.
64. **Anthony W.**
Supported employment for adults with psychiatric disability: an historical and conceptual perspective. 1987;(11):5-23. Rehabilitation Psychology. 1987;5-23.
65. **Rogers ES, Cohen BF, Danley KS, Hutchinson D, Anthony WA.**
Training mental health workers in psychiatric rehabilitation. Schizophr Bull. 1986;12(4):709-19.
66. **Farkas M, Rogers ES, Thurer S.**
Rehabilitation outcome of long-term hospital patients left behind by deinstitutionalization. Hosp Community Psychiatry. 1987;38(8):864-70.

67. **Jm A, Ka I.**
Barriers to housing for deinstitutionalized psychiatric patients. *Hosp Community Psychiatry*. 1 janv 1990;41(1):93-5.
68. **Pattison EM, Defrancisco D, Wood P, Frazier H, Crowder J.**
A psychosocial kinship model for family therapy. *Am J Psychiatry*. déc 1975;132(12):1246 -51.
69. **Cohen CI, Sokolovsky J.**
Schizophrenia and social networks: ex-patients in the inner city. *Schizophr Bull*. 1978;4(4):546-60.
70. **Lipton FR, Cohen CI, Fischer E, Katz SE.**
Schizophrenia: a network crisis. *Schizophr Bull*. 1981;7(1):144-51.
71. **Wils T.**
Social comparasion in coping and help-seeking. *New direction in helping*. Academic Press. 1983;
72. **Hochman K.**
Reducing the Stigma of Mental Illness: A Report from a Global Programme of the World Psychiatric Association. *J Can Acad Child Adolesc Psychiatry*. févr 2007;16(1):389.
73. **Borinstein A.**
Public attitudes toward persons with mental illness. *Health Aff Proj Hope*. 1992;11(3):186 -96.
74. **Link BG, Mirotzink J, Cullen F.**
The effectiveness of stigma coping orientations: can negative consequences of mental illness labeling be avoided? *J Health Soc Behav*. 1991;32(3):302-20.
75. **Markowitz FE.**
The effects of stigma on the psychological well-being and life satisfaction of persons with mental illness. *J Health Soc Behav*. déc 1998;39(4):335-47.
76. **Wahl OF.**
Mental health consumers' experience of stigma. 1999;25(3):467-478. *Schizophr Bull*. 1999;25(3):467-78.
77. **Prince PN, Prince CR.**
Perceived stigma and community integration among clients of assertive community treatment. *Psychiatric Rehabilitation Journal*. 2002;25(4):323-31.

78. **Wahl OF, Harman CR.**
Family views of stigma. Schizophr Bull. 1989;15(1):131-9.
79. **Mind.**
Counting the costs : Mental health in the media. The Daily Stigma. 2000;
80. **Stuart H.**
Consumer Preference Assessment. Results of the Southeastern Ontario Mental Health Community Comprehensive Assessment Project, Kingston, Southeastern Ontario Mental Health Implementation Task Force and Ministry of Health and Long Term Care. 2002;
81. **Yarrow M.**
The social meaning of mental illness. Journal of Social Issues. 1995;33-48.
82. **Hatfield AB.**
Psychological costs of schizophrenia to the family. Soc Work. sept 1978;23(5):355-9.
83. **Rüsch N, Angermeyer MC, Corrigan PW.**
Mental illness stigma: concepts, consequences, and initiatives to reduce stigma. Eur Psychiatry. déc 2005;20(8):529-39.
84. **Stuart H, Sartorius N, Liinamaa T, Images Study Group.**
Images of psychiatry and psychiatrists. Acta Psychiatr Scand. janv 2015;131(1):21-8.
85. **Angermeyer MC.**
Public image of psychiatry. Results of a representative poll in the new federal states of Germany. Psychiatr Prax. oct 2000;27(7):327-9.
86. **Gibson R.**
The psychiatric hospital and reduction of stigma. American Psychiatric Press; 1992;
87. **Redlich FC.**
What the citizen knows about psychiatry. Ment Hyg. janv 1950;34(1):64-79.
88. **Arboleda-Florez J.**
The State of the Evidence : Stigmatization and Human Rights Violations. Mental Health : A Call For Action by World Health Ministries, Geneva, World Health Organization. 2001;

89. **Sartorius N.**
Fighting schizophrenia and its stigma. A new World Psychiatric Association educational programme. Br J Psychiatry. avr 1997;170:297.
90. **World Health Organization.**
Stop exclusion: dare to care. Geneva: WHO; 2001.
91. **Sartorius N.**
Fighting for Mental Health: A Personal View. Cambridge: Cambridge University Press. 2002;186.
92. **Sharf B.**
Send in the clowns: the image of psychiatry during the Hinckley trial. Journal of Communication. 1986;80-93.
93. **Davenne C.**
De l'influence médiatique sur la (dé)stigmatisation. In: Centre Franco Basaglia. 2013.
94. **Schneider F.**
Zunehmender Ärztemangel in Psychiatrie und Psychotherapie : Neue wege für die Nachwuchsförderung. Psychiatrie gestalten : Qualität – Finanzierung – System. Grizeto. 2010;
95. **Thornicroft G, Rose D, Mehta N.**
Discrimination against people with mental illness: what can psychiatrists do? Advances in Psychiatric Treatment. janv 2010;16(1):53-9.
96. **Cuenca O.**
Mass media and psychiatry. Curr Opin Psychiatry 2001. 14:527-8.
97. **Ditcher H.**
The stigmatization of psychiatrists who work with chronically mentally ill persons. Stigma and mental illness. 1992;
98. **Fink P.**
Stigma and mental illness. The enigma of stigma and its relation to psychiatric education. Psychiatric Annals. 1983;13(9):669-90.
99. **Laux G.**
Common attitudes toward the psychiatrist and psychotherapist. Nervenarzt. 1977;48(6):331-4.

100. **Sharpley C.**
Public perceptions of four mental health professions: a survey of knowledge and attitudes to psychologists, psychiatrists, social workers and counsellors. *Australian Psychologist*. 1986;21(1):57-67.
101. **Riedel-Heller SG, Matschinger H, Angermeyer MC.**
Mental disorders—who and what might help? Help-seeking and treatment preferences of the lay public. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. févr 2005;40(2):167-74.
102. **Sydow K.**
Das Image von Psychologen, Psychotherapeuten und Psychiatern in der Öffentlichkeit. *Psychotherapeut*. 1 sept 2007;52.
103. **von Sydow K, Reimer C.**
Attitudes toward psychotherapists, psychologists, psychiatrists, and psychoanalysts. A meta-content analysis of 60 studies published between 1948 and 1995. *Am J Psychother*. 1998;52(4):463-88.
104. **Bulbena A, Pailhez G, Coll J, Balon R.**
Changes in the attitudes towards psychiatry among Spanish medical students during training in psychiatry. 2005;
105. **Skuse D.**
Attitudes to the psychiatric outpatient clinic. *Br Med J*. 1975;3(5981):469-71.
106. **williams A.**
The public's knowledge of psychiatrists: questionnaire survey. 201 apr. *J.-C.*;25:429-32.
107. **Thumin F, Zebelman M.**
Psychology versus psychiatry: a study of public image. *Am Psychol*. 1967;22(4):282-6.
108. **Vassiliou G, Vassiliou V.**
On the public image of the psychiatrist, the psychologist and the social worker in Athens. *Int J Soc Psychiatry*. 1967;13(3):224-8.
109. **Ben-Noun L.**
Characterization of patients refusing professional psychiatric treatment in a primary care clinic. *Isr J Psychiatry Relat Sci*. 1996;33(3):167-74.

110. **Balch P, Ireland JF, McWilliams SA, Lewis SB.**
Client evaluation of community mental health services: Relation to demographic and treatment variables. *Am J Commun Psychol.* 1 juin 1977;5(2):243-7.
111. **Leaf PJ, Bruce ML, Tischler GL, Holzer CE.**
The relationship between demographic factors and attitudes toward mental health services. *J Community Psychol.* avr 1987;15(2):275-84.
112. **Campo JV, Gardner W, D P.**
Parental Attitudes Toward Children's Use of Antidepressants and Psychotherapy.
113. **Chakraborty K, Avasthi A, Kumar S, Grover S.**
Attitudes and beliefs of patients of first episode depression towards antidepressants and their adherence to treatment. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2009;44(6):482-48.
114. **Givens JL, Datto CJ, Ruckdeschel K, Knott K, Zubritsky C, Oslin DW, et al.**
Older Patients' Aversion to Antidepressants. *J Gen Intern Med.* févr 2006;21(2):146-51.
115. **Kessing LV, Hansen HV, Bech P.**
Attitudes and beliefs among patients treated with mood stabilizers. *Clin Pract Epidemiol Ment Health.* 19 mai 2006;2:8.
116. **Thorens G, Gex-Fabry M, Zullino DF, Eytan A.**
Attitudes toward psychopharmacology among hospitalized patients from diverse ethno-cultural backgrounds. *BMC Psychiatry.* 9 juill 2008;8:55.
117. **Williams RA, Hollis HM, Benoit K.**
Attitudes toward psychiatric medications among incarcerated female adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* déc 1998;37(12):1301-7.
118. **Britten N.**
Psychiatry, stigma, and resistance. Psychiatrists need to concentrate on understanding, not simply compliance. *BMJ.* 10 oct 1998;317(7164):963-4.
119. **Noble LM, Douglas BC, Newman SP.**
What do patients expect of psychiatric services? A systematic and critical review of empirical studies. *Social Science & Medicine.* 2001;52(7):985-98.
120. **McIntyre K, Farrell M, David A.**
In-patient psychiatric care: The patient's view. *British Journal of Medical Psychology.* 1989;62(3):249-55.

121. **Ingham J.**
The public image of psychiatry. Soc Psychiatry Sozialpsychiatrie Psychiatr Soc. 1985;20(3):107-8.
122. **Gynther MD, Reznikoff M, Fishman M.**
Attitudes of psychiatric patients toward treatment, psychiatrists and mental hospitals. J Nerv Ment Dis. janv 1963;136:68-71.
123. **Yoash-Gantz R, Gantz F.**
Patient attitudes toward partial hospitalization and subsequent treatment outcome. Int J Partial Hosp. 1987;4(2):145-55.
124. **La Roche C, Ernst K.**
The attitude of 200 hospitalized psychiatric patients and their doctors toward treatment. Arch Für Psychiatr Nervenkrankh. 1975;220(2):107-16.
125. **Mezey A.**
Psychiatric illness and attitudes to psychiatry among general hospital outpatients. 1975;
126. **Brink C.**
« Keine Angst vor Psychiatern » Psychiatry, critics of psychiatry and the public in the Federal Republic of Germany 1960–1980. Med Ges Gesch Jahrb Inst Für Gesch Med Robert Bosch Stift. 2006;26:341-60.
127. **Ryan CS, Robinson DR, Hausmann LR.**
Stereotyping among providers and consumers of public mental health services. The role of perceived group variability. Behav Modif. juill 2001;25(3):406-42.
128. **Jungbauer J, Wittmund B, Angermeyer M.**
Caregivers' views of the treating psychiatrists: coping resource or additional burden? Psychiatr Prax. 2002;29(6):279-84.
129. **Morgan G.**
Why people are often reluctant to see a psychiatrist. Psychiatric Bulletin. sept 2006;30(9):346-7.
130. **Alexander DA, Eagles JM.**
Changes in attitudes towards psychiatry among medical students: correlation of attitude shift with academic performance. Med Educ. sept 1990;24(5):452-60.

131. **Soufi HE, Raouf AM.**
Attitude of medical students towards psychiatry. *Med Educ.* janv 1992;26(1):38-41.
132. **Buchanan A, Bhugra D.**
Attitude of the medical profession to psychiatry. *Acta Psychiatr Scand.* janv 1992;85(1):1-5.
133. **Holmes D, Tumiel-Berhalter LM, Zayas LE, Watkins R.**
« Bashing » of medical specialties: students' experiences and recommendations. *Fam Med.* juin 2008;40(6):400-6.
134. **Malhi GS, Parker GB, Parker K, Kirkby KC, Boyce P, Yellowlees P, et al.**
Shrinking away from psychiatry? A survey of Australian medical students' interest in psychiatry. *Aust N Z J Psychiatry.* juin 2002;36(3):416-23.
135. **Calvert SH, Sharpe M, Power M, Lawrie SM.**
Does undergraduate education have an effect on Edinburgh medical students' attitudes to psychiatry and psychiatric patients? *J Nerv Ment Dis.* déc 1999;187(12):757-61.
136. **Feifel D, Moutier CY, Swerdlow NR.**
Attitudes toward psychiatry as a prospective career among students entering medical school. *Am J Psychiatry.* sept 1999;156(9):1397-402.
137. **Malhi GS, Parker GB, Parker K, Carr VJ, Kirkby KC, Yellowlees P, et al.**
Attitudes toward psychiatry among students entering medical school. *Acta Psychiatr Scand.* juin 2003;107(6):424-9.
138. **Laugharne R, Appiah-Poku J, Laugharne J, Shankar R.**
Attitudes toward Psychiatry among Final-Year Medical Students in Kumasi, Ghana. *Academic Psychiatry.* 2009;33(1):71-5.
139. **Cutler JL, Harding KJ, Mozian SA, Wright LL, Pica AG, Masters SR, et al.**
Discrediting the notion « working with "crazies" will make you "crazy" »: addressing stigma and enhancing empathy in medical student education. *Adv Health Sci Educ Theory Pract.* oct 2009;14(4):487-502.
140. **Wigney T, Parker G.**
Factors encouraging medical students to a career in psychiatry: qualitative analysis. *Aust N Z J Psychiatry.* juin 2008;42(6):520-5.

141. **Tamaskar P, McGinnis R.**
Declining student interest in psychiatry. *JAMA J Am Med Assoc.* 2002;287(14):1859.
142. **Lambert TW, Turner G, Fazel S, Goldacre MJ.**
Reasons why some UK medical graduates who initially choose psychiatry do not pursue it as a long-term career. *Psychol Med.* mai 2006;36(5):679-84.
143. **Holm-Petersen C, Vinge S, Hansen J, Gyrd-Hansen D.**
The impact of contact with psychiatry on senior medical students' attitudes toward psychiatry. *Acta Psychiatrica Scandinavica.* 2007;116(4):308-11.
144. **Moos R, Yalom I.**
Medical students' attitudes toward psychiatry and psychiatrists. *Ment Hyg.* 1996;50(2):246-56.
145. **Furnham A.**
Medical students' beliefs about nine different specialties. *Br Med J Clin Res Ed.* 1986;293(6562):1607-10.
146. **Bruhn J, Parsons O.**
Medical student attitudes toward four medical specialities. *J Med Educ.* 1964;39:40-9.
147. **Guttman F, Rosca-Rebaudengo P, Davis H.**
Changes in attitudes of medical students towards psychiatry: an evaluation of a clerkship in psychiatry. *Isr J Psychiatry Relat Sci.* 1996;33(3):158-66.
148. **Culshaw D, Clafferty R, Brown K.**
Let's get physical! A study of general practitioner's referral letters to general adult psychiatry--are physical examination and investigation results included? *Scott Med J.* févr 2008;53(1):7-8.
149. **Dewan MJ, Levy BF, Donnelly MP.**
A positive view of psychiatrists and psychiatry. *Compr Psychiatry.* oct 1988;29(5):523-31.
150. **Slater D, Hans VP.**
Public opinion of forensic psychiatry following the Hinckley verdict. *Am J Psychiatry.* mai 1984;141(5):675-9.
151. **Bhugra D.**
Professionalism and psychiatry: the profession speaks. *Acta Psychiatr Scand.* oct 2008;118(4):327-9.

152. **Voinescu B, Szentagotai-Tatar A, Coogan A.**
Attitudes Towards Psychiatry: A Survey of Romanian Medical Residents. *Academic psychiatry : the journal of the American Association of Directors of Psychiatric Residency Training and the Association for Academic Psychiatry*. 13 janv 2010;34:75-8.
153. **Sebbane D.**
« Être » psychiatre : clichés, réalités et perspectives. Résultats d'une enquête nationale française menée en 2013 sur la stigmatisation de la profession. 2014.
154. **Mukherjee R.**
The stigmatisation of psychiatric illness: the attitudes of medical students and doctors in a London teaching hospital. *Psychiatric Bulletin*. 1 mai 2002;26:178-81.
155. **Patra S, Patro B.**
What they think of us: us: A study of teaching medical specialists' attitude towards psychiatry in India. *Indian Journal of Psychiatry*. 1 mars 2017;59:100-5.
156. **Mansouri F.**
Stigmatisation du psychiatre dans le milieu médical : Origines, réalités et répercussions. Thèse en médecine. 2016.
157. **Ajaz A, David R, Brown D, Smuk M, Korszun A.**
BASH: badmouthing, attitudes and stigmatisation in healthcare as experienced by medical students. *BJPsych Bull*. avr 2016;40(2):97-102.
158. **Goldacre MJ, Fazel S, Smith F, Lambert T.**
Choice and rejection of psychiatry as a career: surveys of UK medical graduates from 1974 to 2009. *Br J Psychiatry*. mars 2013;202(3):228-34.
159. **Rouprêt M, Hupertan V, Chartier-Kastler E.**
The choice of a medical career in a population of 600 second-cycle French medical students preparing the national-ranking exam. *Presse Med*. 1 juin 2005;34(11):786-90.
160. **Lefevre, J H, Karila L, Kerneis S, Fiessinger.**
Doctors-to-be have a lack of interest for general practice. Results from a national poll in a population of 1,870 undergraduate French medical students concerning speciality choice. *La Presse Medicale*. 2010;39:58-65.

161. **Kuhnigk O, Strebel B, Schilauske J, Jueptner M.**
Attitudes of medical students towards psychiatry: effects of training, courses in psychiatry, psychiatric experience and gender. *Adv Health Sci Educ Theory Pract.* févr 2007;12(1):87-101.
162. **Farooq K, Lydall GJ, Malik A, Ndeti DM, ISOSCCIP Group, Bhugra D.**
Why medical students choose psychiatry – a 20 country cross-sectional survey. *BMC Med Educ.* 15 janv 2014;14:12.
163. **Chen KY, Evans R, Larkins S.**
Why are hospital doctors not referring to Consultation-Liaison Psychiatry? – a systemic review. *BMC Psychiatry.* 9 nov 2016;16(1):390.
164. **Farooq S, Akhter J, Anwar E, Hussain I, Khan SA, Inam-ul Haq Jadoon.**
The attitude and perception of hospital doctors about the management of psychiatric disorders. *J Coll Physicians Surg Pak.* sept 2005;15(9):552-5.
165. **Homadi A.**
La perception de la psychiatrie de liaison par les praticiens au sein du CHU Hassan II de Fès. Thèse en médecine. 2016.
166. **Royer T.**
Les enjeux de la psychiatrie de liaison au Centre Hospitalo-universitaire de Nancy sur les attentes des services somatiques. Thèse en Médecine. 2015.
167. **Alexander DA, Eagles JM.**
Attitudes of men and women medical students to psychiatry. *Med Educ.* sept 1986;20(5):449-55.
168. **Lyons Z.**
Impact of the psychiatry clerkship on medical student attitudes towards psychiatry and to psychiatry as a career. *Acad Psychiatry.* févr 2014;38(1):35-42.
169. **Gazdag G, Zsargó E, Vukov P, Ungvari GS, Tolna J.**
Change of medical student attitudes toward psychiatry: the impact of the psychiatric clerkship. *Psychiatr Hung.* 2009;24(4):248-54.
170. **Johnson N, Lyons D.**
Psychiatrists: An Endangered Species? A Study to Observe Attitude of Fifth Year Medical Students to Psychiatry and to Compare Change in Same after a Psychiatry Posting During Medical School. *Ir J Psychol Med.* janv 2012;29(2):91-5.

171. **Xavier M, Almeida JC.**
Impact of clerkship in the attitudes toward psychiatry among Portuguese medical students. *BMC Med Educ.* 2 août 2010;10:56.
172. **Amini H, Moghaddam Y, Nejatisafa A-A, Esmaeili S, Kaviani H, Shoar S, et al.**
Senior Medical Students' Attitudes Toward Psychiatry as a Career Choice Before and After an Undergraduate Psychiatry Internship in Iran. *Acad Psychiatry.* 1 mai 2013;37(3):196-201.
173. **Gulati P, Das S, Chavan BS.**
Impact of psychiatry training on attitude of medical students toward mental illness and psychiatry. *Indian J Psychiatry.* juill 2014;56(3):271-7.
174. **Konwar R, Pardal PK, Prakash J, Rythem N.**
Does psychiatry rotation in undergraduate curriculum bring about a change in the attitude of medical student toward concept and practice of psychiatry: A comparative analysis. *Ind Psychiatry J.* juill 2012;21(2):144-7.
175. **Fischel T, Manna H, Krivoy A, Lewis M, Weizman A.**
Does a clerkship in psychiatry contribute to changing medical students' attitudes towards psychiatry? *Acad Psychiatry.* 2008;32(2):147-50.
176. **Baxter H, Singh SP, Standen P, Duggan C.**
The attitudes of « tomorrow's doctors » towards mental illness and psychiatry: changes during the final undergraduate year. *Med Educ.* avr 2001;35(4):381-3.
177. **MS.**
Ministère de la santé. Carte sanitaire – situation de l'offre de soins – Octobre 2019 [Internet]. Royaume du Maroc; 2019. Disponible sur:
<http://cartesanitaire.sante.gov.ma/dashboard/pages2/index.html>
178. **WHO.**
WHO | Mental Health Atlas 2011 [Internet]. World Health Organization; Disponible sur:
https://www.who.int/mental_health/publications/mental_health_atlas_2011/en/
179. **Moussaoui D.**
La santé mentale au Maroc : enquête nationale sur la prévalence des troubles mentaux et des toxicomanies. *L'Encéphale.* déc 2007;33:125-6.

- 180. Matrane A, Serhier Z, Othmani MB.**
Les critères de choix de la spécialité des médecins résidents de la faculté de médecine et de pharmacie de Marrakech (Maroc). Pédagogie Médicale. 1 août 2012;13(3):171-81.
- 181. WPA. World Psychiatric Association. WPA Action Plan 2008–2011. [Internet].**
Disponible sur: http://www.wpanet.org/detail.php?section_id=25&content_id=673
- 182. Kutner L, Beresin E.**
Media training for psychiatry residents. Acad Psychiatry. 1999;23:227-32.
- 183. Lamontagne Y.**
The public image of psychiatrists. Can J Psychiatry. 1990;35:693-5.
- 184. Felix R.**
The image of the psychiatrist: past, present and future. Am J Psychiatry. 1964;121:318-22.
- 185. Davidson HA.**
The image of the psychiatrist. Am J Psychiatry. 1964;121:329-34.

قسم الطبيب

أقسم بالله العظيم

أن أراقب الله في مهنتي.

وأن أصون حياة الإنسان في كافة أطوارها في كل الظروف

والأحوال باذلة وسعي في إنقاذها من الهلاك والمرض

والألم والقلق.

وأن أحفظ للناس كرامتهم، وأستر عورتهم، وأكتم سرهم.

وأن أكون على الدوام من وسائل رحمة الله، باذلة رعايتي الطبية للقريب والبعيد،

للسالح والطالح، والصديق والعدو.

وأن أثابر على طلب العلم، وأسخره لنفع الإنسان لا لأذاه.

وأن أوقر من علمني، وأعلم من يصغرني، وأكون أخاً لكل زميل في المهنة

الطبية متعاونين على البر والتقوى.

وأن تكون حياتي مصداق إيماني في سرّي وعلانيتي،

نقية مما يشينها تجاه الله ورسوله والمؤمنين.

والله على ما أقول شهيدا



كلية الطب
والصيدلة - مراكش
FACULTÉ DE MÉDECINE
ET DE PHARMACIE - MARRAKECH

أطروحة رقم 008

سنة 2021

وصمة الطبيب النفسي في الوسط الطبي : استفتاء شمل أطباء المستشفى الجامعي محمد السادس بمراكش.

الأطروحة

قدمت ونوقشت علانية يوم 2021/02/09

من طرف

السيدة نجوى ياسين

المزداة في 27 نونبر 1994 بمراكش

طبيبة داخلية بالمستشفى الجامعي محمد السادس بمراكش

لنيل شهادة الدكتوراه في الطب

الكلمات الأساسية:

وصمة - طبيب نفسي - وسط طبي - مراكش

اللجنة

الرئيس

م. بو الروس

السيد

أستاذ في طب الأطفال

المشرف

ف. منودي

السيدة

أستاذة في الطب النفسي

ن. لوهاب

السيدة

أستاذة في طب الأعصاب

س. ايت بطهار

السيدة

الحكام

أستاذة مبرزة في طب الأمراض التنفسية

