

Année 2023/2024

N°

## **Thèse**

Pour le  
**DOCTORAT EN MEDECINE**  
Diplôme d'État  
par

**Anne VOUILLON**

Née le 4 mai 1990 à Tours (37)

---

### **TITRE**

**Représentations et attitudes en médecine générale face aux patients  
souffrant de troubles psychiques**

---

Présentée et soutenue publiquement le **24 avril 2024** devant un jury composé  
de :

Président du Jury : Professeur Vincent CAMUS, Psychiatrie, Faculté de Médecine - Tours

Membres du Jury :

Docteur Thomas GARGOT, Pédiopsychiatrie, MCU-PH, Faculté de Médecine - Tours

Docteur Laura LÉVÊQUE, Médecine Générale - Meusnes

Directeur de thèse : Professeur Wissam EL-HAGE, Psychiatrie, Faculté de Médecine –  
Tours

## Résumé

**Introduction.** Malgré les progrès de la science et de nos connaissances sur les troubles psychiques, la stigmatisation concernant la psychiatrie en général reste aujourd'hui encore très prononcée. La relation entre les médecins généralistes et les patients souffrant de troubles psychiques revêt une importance cruciale dans l'accès aux soins appropriés, et le bien-être global des personnes concernées. L'objectif principal de ce travail était d'étudier les représentations et attitudes des internes de médecine générale à l'égard des malades souffrant de troubles psychiques. L'objectif secondaire était d'évaluer si celles-ci pouvaient être en partie responsables du manque d'attractivité de la psychiatrie auprès des étudiants en médecine.

**Méthode.** Il s'agit d'une enquête observationnelle descriptive transversale réalisée entre décembre 2023 et février 2024 à l'aide d'un auto-questionnaire anonyme auprès des internes de médecine générale de France.

**Résultats.** Dans leur prise en charge d'un patient souffrant de troubles psychiques, plus de 75% des 158 répondants déclaraient avoir déjà ressenti de la peur, plus de 80% avoir déjà perçu ces patients comme dangereux et incurables, plus de 65% avoir déjà ressenti un besoin de distanciation sociale. Moins de 25% étaient toujours aussi systématiques dans leurs examens cliniques. Passer dans un service de psychiatrie et avoir un proche souffrant de troubles psychiques étaient des facteurs positifs sur les représentations pour la majorité. A l'inverse, plus de 40% déclaraient avoir été influencés négativement par les médias. D'autres facteurs étaient cités comme responsables de l'impopolarité de la spécialité, comme la difficulté de la discipline et l'insuffisance de formation pendant les études médicales, l'éloignement en pratiques des soins somatiques, ou encore le manque de moyens accordés à la spécialité dans notre système de soins.

**Conclusion.** La stigmatisation concernant la maladie mentale est toujours un facteur influant dans les représentations négatives des étudiants en médecine générale envers la psychiatrie et contribue à son désintérêt. Il est urgent de déconstruire ces préjugés afin de garantir une offre de soins en santé mentale de qualité, et d'améliorer le recrutement en psychiatrie.

**Mots clés :** Représentations - Stigmatisation - Troubles psychiques - Internes - Médecine générale – Psychiatrie

## **Abstract**

**Introduction.** Despite the progress of science and our understanding of mental disorders, stigma surrounding psychiatry in general remains prevalent today. The relationship between general practitioners and patients with mental disorders is of crucial importance in accessing appropriate care and the overall well-being of those affected. The main objective of this study was to investigate the perceptions and attitudes of general practice interns towards patients with mental disorders. The secondary objective was to assess whether these perceptions and attitudes could partly explain the lack of attractiveness of psychiatry among medical students.

**Method.** This is a cross-sectional descriptive observational survey conducted between December 2023 and February 2024 using an anonymous self-administered questionnaire among general practice interns in France.

**Results.** In their management of a patient suffering from mental disorders, over 75% of the 158 respondents reported having experienced fear, over 80% had perceived these patients as dangerous and incurable, and over 65% had felt a need for social distancing. Less than 25% were still as systematic in their clinical examinations. Moving to a psychiatry department and having a relative suffering from mental disorders were positive factors in representations for the majority. Conversely, over 40% reported being negatively influenced by the media. Other factors cited as responsible for the unpopularity of the specialty included the difficulty of the discipline and insufficient training during medical studies, the distance in the practices of somatic care, and the lack of resources allocated to the specialty in our healthcare system.

**Conclusion.** Stigma surrounding mental illness remains a significant factor influencing negative perceptions of general medical students towards psychiatry and contributes to its disinterest. It is urgent to deconstruct these prejudices in order to ensure a quality mental health care provision and to improve recruitment in psychiatry.

**Keywords :** Perceptions - Stigmatization - Mental disorders - Interns - General practice - Psychiatry

UNIVERSITE DE TOURS  
**FACULTE DE MEDECINE DE TOURS**

**DOYEN**  
**Pr Patrice DIOT**

**VICE-DOYEN**  
Pr Henri MARRET

**ASSESEURS**  
Pr Denis ANGOULVANT, *P dagogie*  
Pr Mathias BUCHLER, *Relations internationales*  
Pr Theodora BEJAN-ANGOULVANT, *Moyens – relations avec l'Universit *  
Pr Clarisse DIBAO-DINA, *Médecine générale*  
Pr François MAILLOT, *Formation Médicale Continue*  
Pr Patrick VOUREC'H, *Recherche*

**RESPONSABLE ADMINISTRATIVE**  
Mme Carole ACCOLAS

\*\*\*\*\*

**DOYENS HONORAIRES**  
Pr Emile ARON (†) – 1962-1966  
*Directeur de l'Ecole de Médecine - 1947-1962*  
Pr Georges DESBUQUOIS (†) - 1966-1972  
Pr André GOUAZE (†) - 1972-1994  
Pr Jean-Claude ROLLAND – 1994-2004  
Pr Dominique PERROTIN – 2004-2014

**PROFESSEURS EMERITES**  
Pr Daniel ALISON  
Pr Gilles BODY  
Pr Philippe COLOMBAT  
Pr Etienne DANQUECHIN-DORVAL  
Pr Luc FAVARD  
Pr Bernard FOUQUET  
Pr Yves GRUEL  
Pr Gérard LORETTE  
Pr Loïc VAILLANT

**PROFESSEURS HONORAIRES**  
P. ANTHONIOZ – P. ARBEILLE – A. AUDURIER – A. AUTRET – C. BARTHELEMY – J.L. BAULIEU – C. BERGER – JC. BESNARD – P. BEUTTER – C. BONNARD – P. BONNET – P. BOUGNOUX – P. BURDIN – L. CASTELLANI – J. CHANDENIER – A. CHANTEPIE – B. CHARBONNIER – P. CHOUTET – T. CONSTANS – C. COUET – L. DE LA LANDE DE CALAN – P. DUMONT – J.P. FAUCHIER – F. FETISSOF – J. FUSCIARDI – P. GAILLARD – G. GINIES – D. GOGA – A. GOUDEAU – J.L. GUILMOT – O. HAILLOT – N. HUTEN – M. JAN – J.P. LAMAGNERE – F. LAMISSE – Y. LANSON – O. LE FLOCH – Y. LEBRANCHU – E. LECA – P. LECOMTE – AM. LEHR-DRYLEWICZ – E. LEMARIE – G. LEROY – M. MARCHAND – C. MAURAGE – C. MERCIER – J. MOLINE – C. MORAIN – J.P. MUH – J. MURAT – H. NIVET – D. PERROTIN – L. POURCELOT – R. QUENTIN – P. RAYNAUD – D. RICHARD-LENOBLE – A. ROBIER – J.C. ROLLAND – P. ROSSET – D. ROYERE – A. SAINDELLE – E. SALIBA – J.J. SANTINI – D. SAUVAGE – D. SIRINELLI – J. WEILL

## PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

---

|                                       |   |
|---------------------------------------|---|
| ANDRES Christian.....                 | Biochimie et biologie moléculaire                               |
| ANGOULVANT Denis .....                | Cardiologie   |
| APETOH Lionel.....                    | Immunologie   |
| AUPART Michel.....                    | Chirurgie thoracique et cardiovasculaire                        |
| BABUTY Dominique .....                | Cardiologie   |
| BACLE Guillaume.....                  | Chirurgie orthopédique et traumatologique                       |
| BAKHOS David.....                     | Oto-rhino-laryngologie  |
| BALLON Nicolas.....                   | Psychiatrie ; addictologie                                      |
| BARBIER François.....                 | Médecine intensive et réanimation                               |
| BARILLOT Isabelle.....                | Cancérologie ; radiothérapie                                    |
| BARON Christophe.....                 | Immunologie   |
| BEJAN-ANGOULVANT Théodora.....        | Pharmacologie clinique  |
| BERHOUEZ Julien.....                  | Chirurgie orthopédique et traumatologique                       |
| BERNARD Anne.....                     | Cardiologie   |
| BERNARD Louis.....                    | Maladies infectieuses et maladies tropicales                    |
| BLANCHARD-LAUMONNIER Emmanuelle ..... | Biologie cellulaire   |
| BLASCO Hélène.....                    | Biochimie et biologie moléculaire                               |
| BONNET-BRILHAULT Frédérique .....     | Physiologie   |
| BOURGUIGNON Thierry .....             | Chirurgie thoracique et cardiovasculaire                        |
| BRILHAULT Jean.....                   | Chirurgie orthopédique et traumatologique                       |
| BRUNEREAU Laurent.....                | Radiologie et imagerie médicale                                 |
| BRUYERE Franck.....                   | Urologie  |
| BUCHLER Matthias.....                 | Néphrologie   |
| CAILLE Agnès.....                     | Biostat., informatique médical et technologies de communication |
| CALAIS Gilles.....                    | Cancérologie, radiothérapie                                     |
| CAMUS Vincent.....                    | Psychiatrie d'adultes   |
| CORCIA Philippe.....                  | Neurologie  |
| COTTIER Jean-Philippe.....            | Radiologie et imagerie médicale                                 |
| DEQUIN Pierre-François.....           | Thérapeutique   |
| DESMIDT Thomas.....                   | Psychiatrie   |
| DESOUBEAUX Guillaume.....             | Parasitologie et mycologie                                      |
| DESTRIEUX Christophe.....             | Anatomie  |
| DI GUISTO Caroline.....               | Gynécologie obstétrique   |
| DIOT Patrice.....                     | Pneumologie   |
| DU BOUEXIC de PINIEUX Gonzague .....  | Anatomie & cytologie pathologiques                              |
| DUCLUZEAU Pierre-Henri.....           | Endocrinologie, diabétologie, et nutrition                      |
| EHRMANN Stephan.....                  | Médecine intensive – réanimation                                |
| EL HAGE Wissam.....                   | Psychiatrie adultes   |
| ELKRIEF Laure.....                    | Hépatologie – gastroentérologie                                 |
| ESPITALIER Fabien.....                | Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence              |
| FAUCHIER Laurent.....                 | Cardiologie   |
| FOUGERE Bertrand.....                 | Gériatrie   |
| FRANCOIS Patrick.....                 | Neurochirurgie  |
| FROMONT-HANKARD Gaëlle.....           | Anatomie & cytologie pathologiques                              |
| GATAULT Philippe.....                 | Néphrologie   |
| GAUDY-GRAFFIN Catherine.....          | Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière                   |
| GOUPILLE Philippe.....                | Rhumatologie  |
| GUERIF Fabrice.....                   | Biologie et médecine du développement et de la reproduction     |
| GUILLON Antoine.....                  | Médecine intensive – réanimation                                |
| GUILLON-GRAMMATICO Leslie.....        | Epidémiologie, économie de la santé et prévention               |
| GUYETANT Serge.....                   | Anatomie et cytologie pathologiques                             |
| GYAN Emmanuel.....                    | Hématologie, transfusion  |
| HALIMI Jean-Michel.....               | Thérapeutique   |
| HANKARD Régis.....                    | Pédiatrie   |
| HERAULT Olivier.....                  | Hématologie, transfusion  |
| HERBRETEAU Denis.....                 | Radiologie et imagerie médicale                                 |
| HOURIOUX Christophe.....              | Biologie cellulaire   |
| IVANES Fabrice.....                   | Physiologie   |
| LABARTHE François.....                | Pédiatrie   |
| LAFFON Marc.....                      | Anesthésiologie et réanimation chirurgicale, médecine d'urgence |
| LARDY Hubert.....                     | Chirurgie infantile   |
| LARIBI Saïd.....                      | Médecine d'urgence  |
| LARTIGUE Marie-Frédérique.....        | Bactériologie-virologie   |
| LAURE Boris.....                      | Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie                       |
| LECOMTE Thierry.....                  | Gastroentérologie, hépatologie                                  |

|                                |   |
|--------------------------------|---|
| LEGRAS Antoine.....            | Chirurgie thoracique  |
| LESCANNE Emmanuel.....         | Oto-rhino-laryngologie  |
| LEVESQUE Éric.....             | Anesthésiologie et réanimation chirurgicale, médecine d'urgence |
| LINASSIER Claude .....         | Cancérologie, radiothérapie                                     |
| MACHET Laurent .....           | Dermato-vénérologie   |
| MAILLOT François .....         | Médecine interne  |
| MARCHAND-ADAM Sylvain .....    | Pneumologie   |
| MARRET Henri .....             | Gynécologie-obstétrique   |
| MARUANI Annabel .....          | Dermatologie-vénérologie  |
| MEREGHETTI Laurent .....       | Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière                  |
| MITANCHEZ Delphine .....       | Pédiatrie   |
| MOREL Baptiste .....           | Radiologie pédiatrique  |
| MORINIERE Sylvain.....         | Oto-rhino-laryngologie  |
| MOUSSATA Driffa .....          | Gastro-entérologie  |
| MULLEMAN Denis.....            | Rhumatologie  |
| ODENT Thierry.....             | Chirurgie infantile   |
| OUAISSI Mehdi .....            | Chirurgie digestive   |
| OULDAMER Lobna.....            | Gynécologie-obstétrique   |
| PAINTAUD Gilles .....          | Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique              |
| PATAT Frédéric .....           | Biophysique et médecine nucléaire                               |
| PERROTIN Franck .....          | Gynécologie-obstétrique   |
| PISELLA Pierre-Jean.....       | Ophthalmologie  |
| PLANTIER Laurent.....          | Physiologie   |
| REMERAND Francis.....          | Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence              |
| ROINGEARD Philippe.....        | Biologie cellulaire   |
| RUSCH Emmanuel.....            | Epidémiologie, économie de la santé et prévention               |
| SAINT-MARTIN Pauline.....      | Médecine légale et droit de la santé                            |
| SALAME Ephrem.....             | Chirurgie digestive   |
| SAMIMI Mahtab .....            | Dermatologie-vénérologie  |
| SANTIAGO-RIBEIRO Maria .....   | Biophysique et médecine nucléaire                               |
| SAUTENET-BIGOT Bénédicte ..... | Thérapeutique   |
| THOMAS-CASTELNAU Pierre .....  | Pédiatrie   |
| TOUTAIN Annick.....            | Génétique   |
| VELUT Stéphane.....            | Anatomie  |
| VOURC'H Patrick.....           | Biochimie et biologie moléculaire                               |
| WATIER Hervé .....             | Immunologie   |
| ZEMMOURA Ilyess .....          | Neurochirurgie  |

## **PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE**

---

DIBAO-DINA Clarisse  
LEBEAU Jean-Pierre

## **PROFESSEURS ASSOCIES**

---

MALLET Donatien.....Soins palliatifs

## **PROFESSEUR CERTIFIE DU 2<sup>ND</sup> DEGRE**

---

MC CARTHY Catherine.....Anglais

## **MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS**

---

AUDEMARD-VERGER Alexandra.....Médecine interne  
BISSON Arnaud .....Cardiologie (CHRO)  
BRUNAULT Paul .....Psychiatrie d'adultes, addictologie  
CARVAJAL-ALLEGRIA Guillermo.....Rhumatologie (au 01/10/2021)  
CLEMENTY Nicolas .....Cardiologie  
DOMELIER Anne-Sophie .....Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière  
DUFOUR Diane .....Biophysique et médecine nucléaire  
FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie.....Anatomie et cytologie pathologiques  
GARGOT Thomas .....Pédopsychiatrie  
GOUILLEUX Valérie.....Immunologie  
HOARAU Cyrille .....Immunologie  
KERVAREC Thibault .....Anatomie et cytologie pathologiques  
LE GUELLEC Chantal.....Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique  
LEDUCQ Sophie .....Dermatologie  
LEFORT Bruno .....Pédiatrie  
LEJEUNE Julien .....Hématologie, transfusion  
LEMAIGNEN Adrien .....Maladies infectieuses  
MACHET Marie-Christine .....Anatomie et cytologie pathologiques  
MOUMNEH Thomas .....Médecine d'urgence  
PARE Arnaud.....Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie  
PIVER Éric.....Biochimie et biologie moléculaire  
ROUMY Jérôme .....Biophysique et médecine nucléaire  
STANDLEY-MIQUELESTORENA Elodie.....Anatomie et cytologie pathologiques  
STEFIC Karl.....Bactériologie  
TERNANT David.....Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique  
YAYNE Caroline.....Hématologie, transfusion  
VUILLAUME-WINTER Marie-Laure.....Génétique

## **MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES**

---

AGUILLON-HERNANDEZ Nadia.....Neurosciences  
NICOGLOU Antonine .....Philosophie – histoire des sciences et des techniques  
PATIENT Romuald.....Biologie cellulaire  
RENOUX-JACQUET Cécile .....Médecine Générale

## **MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES**

---

AUMARECHAL Alain .....Médecine Générale  
BARBEAU Ludivine.....Médecine Générale  
CHAMANT Christelle .....Médecine Générale  
ETTORI Isabelle.....Médecine Générale  
MOLINA Valérie .....Médecine Générale  
PAUTRAT Maxime .....Médecine Générale  
PHILIPPE Laurence.....Médecine Générale  
RUIZ Christophe.....Médecine Générale  
SAMKO Boris.....Médecine Générale

## **CHERCHEURS INSERM - CNRS - INRAE**

---

BECKER Jérôme.....Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253  
BOUAKAZ Ayache .....Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253  
BOUTIN Hervé.....Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253  
BRIARD Benoit.....Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100  
CHALON Sylvie .....Directrice de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253  
DE ROCQUIGNY Hugues .....Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1259  
ESCOFFRE Jean-Michel.....Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253  
GILOT Philippe.....Chargé de Recherche Inrae – UMR Inrae 1282  
GOMOT Marie.....Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253  
GOUILLEUX Fabrice .....Directeur de Recherche CNRS – EA 7501 - ERL CNRS 7001  
GUEGUINO Maxime.....Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1069  
HEUZE-VOURCH Nathalie.....Directrice de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100  
KORKMAZ Brice.....Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100  
LATINUS Marianne.....Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253  
LAUMONNIER Frédéric .....Directeur de Recherche Inserm - UMR Inserm 1253  
LE MERRER Julie .....Directrice de Recherche CNRS – UMR Inserm 1253  
MAMMANO Fabrizio.....Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1259  
MEUNIER Jean-Christophe .....Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1259  
PAGET Christophe .....Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100  
RAOUL William .....Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1069  
SECHER Thomas.....Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100  
SI TAHAR Mustapha .....Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100  
SUREAU Camille .....Directrice de Recherche émérite CNRS – UMR Inserm 1259  
TANTI Arnaud .....Chargé de Recherche Inserm - UMR Inserm 1253  
WARDAK Claire.....Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253

## **CHARGES D'ENSEIGNEMENT**

---

### *Pour l'éthique médicale*

BIRMELE Béatrice.....Praticien Hospitalier

### *Pour la médecine manuelle et l'ostéopathie médicale*

LAMANDE Marc .....Praticien Hospitalier

### *Pour l'orthophonie*

BATAILLE Magalie.....Orthophoniste  
CLOUTOUR Nathalie.....Orthophoniste  
CORBINEAU Mathilde.....Orthophoniste  
EL AKIKI Carole.....Orthophoniste  
HARIVEL OUALLI Ingrid.....Orthophoniste  
IMBERT Mélanie .....Orthophoniste  
SIZARET Eva .....Orthophoniste

### *Pour l'orthoptie*

BOULNOIS Sandrine.....Orthoptiste

# SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des enseignants et enseignantes  
de cette Faculté,  
de mes chers condisciples  
et selon la tradition d'Hippocrate,  
je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur  
et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits aux indigents,  
et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis(e) dans l'intérieur des maisons, mes yeux  
ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira  
les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas  
à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux(euse) et reconnaissant(e) envers mes Maîtres,  
je rendrai à leurs enfants  
l'instruction que j'ai reçue de leurs parents.

Que les hommes et les femmes m'accordent leur estime  
si je suis fidèle à mes promesses.  
Que je sois couvert(e) d'opprobre  
et méprisé(e) de mes confrères et consœurs  
si j'y manque.

## Remerciements

Ce travail a une symbolique extrêmement particulière. D'abord parce qu'il est le dénouement de nombreuses et longues années d'études, d'abnégation, et de persévérance. Dans ce sens, il sera libérateur, et viendra m'apporter reconnaissance et légitimité, deux notions que je n'ai pas réussi à éprouver suffisamment lors de mon parcours universitaire. Ensuite, il sera réparateur, parce qu'il reflète en partie ma volonté et mon besoin d'être entendue. D'une part dans mon engagement profond pour mon métier, et d'autre part dans mon sentiment d'épuisement et de conviction qu'un soutien politique et académique fort doit être apporté à cette spécialité médicale menacée mais fascinante : la psychiatrie. Enfin, il aborde un sujet qui me touche particulièrement, celui de la différence. Peut-être est-ce parce que moi-même je me suis toujours sentie différente de la majorité. Comment s'adapter et évoluer sereinement dans la société, dans les domaines personnels et professionnels, quand on est à l'écart des normes, quand on est « trop », ou pas « assez » ? Finalement ces différences ne nous poussent-elles pas à nous remettre en question, à sortir de notre zone de confort, et à élargir nos horizons ? Est-ce pour cette raison que parfois, elles nous dérangent autant ? Pourtant il y a bien une chose que nous sommes tous : humain. C'est la nature humaine, en ce qu'elle a d'essentiel et d'universel, l'affect, la sensibilité et le lien, qui devrait nous permettre d'aller au-delà de nos peurs, de nos préjugés, au-delà de nous-même. Ceux qui me connaissent savent à quel point j'aime les mantras, ces petits instruments de pensée que l'on se répète de manière régulière, souvent dans le but de s'apaiser ou de se recentrer. J'aimerais citer ici deux mantras que j'utilise beaucoup. Celui de Christine Orban : « *Le premier ennemi à combattre est à l'intérieur de soi. Souvent c'est le seul.* » et peut-être que vous vous demandez où est le lien avec tout ce que vous venez de lire ? Je trouve qu'il s'adapte bien au sujet des différences et de la stigmatisation : le premier ennemi à combattre, n'est pas « les personnes différentes » ou « les personnes souffrant de troubles psychiques », mais bien ce qui est à l'intérieur de nous : nos propres pensées et nos représentations. Le deuxième mantra, qui parlera à tout le monde j'en suis convaincue, est d'Alexandre Jollien : « *La liberté intérieure, c'est quand le regard de l'autre ne nous détermine pas.* »

Après avoir été fille, sœur, amie, femme, compagne, médecin, mère, je m'apprête aujourd'hui à devenir Docteure, et tout ce chemin a été possible parce que je suis bien entourée. Je souhaite remercier :

### **Ma famille**

#### **Rose, ma fille**

Ma chérie, tu es une véritable douceur qui illumine ma vie depuis 6 ans. Je t'aime de tout mon cœur, et je suis là. Nous passons quelques vagues agitées, mais elles ne seront bientôt qu'un lointain souvenir.

### **Mes parents**

Papa, maman, merci pour tout ce que vous m'apportez, votre amour, vos valeurs, votre éducation. C'est une véritable chance de grandir sans aucun manque, ni affectif ni matériel, de pouvoir parler de tout sans tabou, de pouvoir venir me ressourcer chez vous chaque fois que j'en ai besoin. Je vous vois aussi vous épanouir en tant que grands-parents et c'est un réel bonheur. Maman, merci pour ton soutien indéfectible.

### **Mon frère Charles, ma belle-sœur Amandine, mes neveux Abel et Élie**

J'ai déjà tout dit le jour de votre mariage. Bis repetita. Malgré la distance qui nous sépare vous êtes dans mes pensées chaque jour. Je suis si fière d'être votre sœur et de vous avoir auprès de moi. Merci pour votre amour et votre soutien.

### **Mes grands-parents**

Mamie Coco et papi Gilles. A la mémoire de mes grands-parents paternels, mamie Colette et papi Guy.

### **Mon parrain**

Poilu. A la mémoire de Feuillette.

### **Laurent**

Nous avons partagé 16 ans de notre vie ensemble. J'espère que nous trouverons le meilleur équilibre possible pour notre fille, et je souhaite de tout mon cœur que tu sois heureux dans ta nouvelle vie.

### **Mes amis, une deuxième famille**

Merci à tous pour votre présence et votre affection. Le simple fait de penser à vous est déjà réconfortant. Je partage avec vous mes joies autant que mes peines, mes peurs autant que mes espoirs. Il y a ceux qui m'accompagnent presque depuis toujours : Poussin, Momo, Marine T, Léa, Alexis, Rex, Ophé, Benoit, Amandine B. Ceux que la vie a déposé progressivement sur mon chemin : Angéline, Marine M, Marion, Cancan, Wanda, Monica, Amandine S, Justine. Ceux rencontrés grâce à la médecine : Céline, Soso, Olivia, Charlotte, Odile, Cindy. Une pensée toute particulière à la mémoire de mon amie Julie, même si tu n'es plus là, je sais que tu continues à veiller sur moi.

### **Docteur BOKTOR**

J'ai commencé mes premiers pas d'interne à vos côtés en 2015. J'ai appris tellement de choses auprès de vous, professionnellement et humainement. J'ai beaucoup de chance d'avoir pu bénéficier de la richesse de votre enseignement et de votre grande expérience. J'admire votre intérêt pour votre travail et vos patients, votre efficacité, votre stabilité, votre capacité à être à la fois ferme et juste. Vous avez participé à faire de moi, non seulement la psychiatre (encore et toujours en devenir) que je suis aujourd'hui, mais aussi la femme qui continue à se construire. J'ai été très heureuse de travailler à vos côtés pendant toutes ces années, et votre départ sera une grande perte. Merci pour votre confiance et votre considération. Soyez assuré de ma profonde gratitude.

## **Les équipes du pavillon C, CMP de Buzançais et CMP de Valençay**

### **Les membres de mon jury**

#### **Monsieur le Professeur Wissam EL-HAGE**

Je vous remercie d'avoir accepté de m'accompagner et de diriger ce travail. Il n'aurait pas pu aboutir sans votre patience et votre aide. Veuillez m'excuser si j'ai été parfois maladroite et sachez que ce n'était pas intentionnel, seulement le reflet de quelques blessures passées. Votre disponibilité, votre intérêt pour mon travail, vos nombreuses relectures, vos conseils, ont été très précieux et rassurants pour moi. Soyez assuré de ma profonde reconnaissance et de tout mon respect.

#### **Monsieur le Professeur Vincent CAMUS**

Je vous remercie d'avoir accepté de présider ce jury et de juger ce travail. J'ai également apprécié notre discussion et nos échanges sur les difficultés de l'hôpital de Châteauroux. Votre démarche a permis une reconnaissance de celles-ci ainsi qu'une réparation. Soyez assuré de toute ma reconnaissance.

#### **Monsieur le Docteur Thomas GARGOT**

Je vous remercie d'avoir accepté de juger ce travail. Votre présence est importante et le regard que vous porterez dessus le sera également. Je suis heureuse que votre spécialité, la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, soit représentée, notamment parce qu'elle est aussi concernée par les nombreuses difficultés abordées dans ce travail. Soyez assuré de toute ma reconnaissance.

#### **Madame le Docteur Laura LÉVÊQUE**

Je te remercie d'avoir accepté de juger ce travail. Ta présence est essentielle à la fois parce que tu représentes tous les médecins généralistes, et aussi parce que tu représentes notre génération et les médecins de demain. Reçois tous mes vœux de bonheur pour ton installation.

#### **Note à moi-même**

Sois fière de tout ton parcours, de ce travail, de la personne que tu es devenue, et ne cesse jamais de respecter tes valeurs les plus profondes, l'authenticité et la bienveillance.

# TABLE DES MATIERES

|  |           |
|--|-----------|
| <b>INTRODUCTION</b> .....  | <b>16</b> |
| <b>DE LA REPRESENTATION SOCIALE A LA STIGMATISATION</b> .....                                      | <b>18</b> |
| Concept et définition de la représentation sociale .....   | 18        |
| Concept et définition de la stigmatisation .....   | 20        |
| La stigmatisation à l'égard des patients souffrant de troubles psychiques .....                    | 21        |
| <b>METHODE</b> .....   | <b>25</b> |
| Ethique .....  | 25        |
| Population de l'étude .....  | 25        |
| Design de l'étude .....  | 25        |
| Conception du questionnaire .....  | 25        |
| Déroulement de l'étude .....   | 26        |
| Analyse statistique .....  | 27        |
| <b>RESULTATS</b> .....   | <b>28</b> |
| Données sociodémographiques .....  | 28        |
| <i>Sexe et âge</i> .....   | 28        |
| <i>Villes d'internat</i> .....   | 28        |
| Autoévaluation du niveau de connaissances en santé mentale .....                                   | 28        |
| <i>Autoévaluation du niveau de connaissance en santé mentale de manière générale</i> .....         | 28        |
| <i>Autoévaluation du niveau de connaissance pour les principaux troubles psychiques</i> .....      | 29        |
| Questions relatives à la formation des internes .....  | 29        |
| <i>Suffisance de la formation</i> .....  | 29        |
| <i>Passage dans un service de psychiatrie</i> .....  | 29        |
| Représentations et attitudes concernant la maladie mentale .....                                   | 29        |
| <i>Représentations mentales</i> .....  | 29        |
| <i>Attitudes en pratique</i> .....   | 30        |
| <i>Représentations et attitudes concernant les patients souffrant de troubles psychiques</i> ..... | 31        |
| <i>Influence des médias</i> .....  | 31        |
| <i>Influence de l'entourage</i> .....  | 31        |

|  |           |
|--|-----------|
| Questions diverses .....   | 31        |
| <i>Perte de chance pour l'accès aux soins somatiques</i> .....           | 31        |
| <i>Systématicité lors de l'examen clinique</i> .....                     | 31        |
| <i>Collaboration entre psychiatres et autres spécialités</i> .....       | 32        |
| <i>Orientation des patients</i> .....                                    | 32        |
| <i>Moyens pour la recherche en santé mentale</i> .....                   | 32        |
| <i>Être soi-même confronté(e) à un trouble psychique</i> .....           | 32        |
| Choix de la psychiatrie .....  | 32        |
| <b>DISCUSSION</b> .....  | <b>34</b> |
| Discussion générale .....  | 34        |
| <i>Données sociodémographiques</i> .....                                 | 34        |
| <i>Autoévaluation du niveau de connaissances en santé mentale</i> .....  | 36        |
| <i>Formation des internes</i> .....                                      | 36        |
| <i>Représentations concernant la maladie mentale</i> .....               | 37        |
| <i>Attitudes concernant la maladie mentale</i> .....                     | 38        |
| <i>Influence des médias</i> .....  | 41        |
| <i>Influence de l'entourage</i> .....                                    | 42        |
| <i>Perte de chance pour l'accès aux soins somatiques</i> .....           | 43        |
| <i>Collaboration entre psychiatres et autres spécialités</i> .....       | 45        |
| <i>Moyens pour la recherche en santé mentale</i> .....                   | 46        |
| <i>Être soi-même confronté(e) à un trouble psychique</i> .....           | 46        |
| <i>La psychiatrie : l'une des 4 spécialités les moins choisies</i> ..... | 47        |
| Forces de l'étude .....  | 52        |
| Faiblesses de l'étude .....  | 53        |
| Propositions pour l'avenir .....   | 54        |
| <b>CONCLUSION</b> .....  | <b>57</b> |
| <b>BIBLIOGRAPHIE</b> .....   | <b>58</b> |

|   |           |
|---|-----------|
| <b>ANNEXES</b> .....  | <b>65</b> |
| Annexe 1. Questionnaire de l'enquête. ....  | 65        |
| Annexe 2. Notice d'informations du questionnaire. ....  | 67        |
| Annexe 3. Figures représentant les résultats de l'autoévaluation des connaissances pour<br>chaque trouble psychique. .... | 68        |
| Annexe 4. Commentaires libres sur le choix de la psychiatrie. ....  | 70        |

*"C'est seulement par la ténacité et l'endurance que l'on arrivera à changer la stigmatisation des malades psychiques". Matthias ANGERMEYER*

## **INTRODUCTION**

La relation entre les professionnels de la médecine générale et les patients souffrant de troubles psychiques revêt une importance cruciale dans la prestation des soins de santé. Les représentations et attitudes des médecins généralistes envers ces patients jouent un rôle déterminant dans la qualité des soins dispensés, l'accès aux traitements appropriés, et le bien-être global des personnes concernées (1,2,3). L'évolution des approches médicales et sociétales a mis en lumière la nécessité de comprendre et de remettre en question les stigmates souvent associés aux troubles psychiques, encourageant ainsi une approche plus empathique et centrée sur le patient (4,5,6).

Dans le préambule de sa constitution de 1946, l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) rappelle que « la santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ». La santé mentale est ainsi un aspect fondamental de la santé qui permet à l'être humain de tirer pleinement partie de ses aptitudes cognitives, affectives et relationnelles. La psychiatrie, en tant que discipline médicale inscrite dans le champ de la santé mentale, explore ce continuum allant du bien-être à la pathologie psychiatrique, faisant de ces deux entités des aspects indissociables. Comment ne pas considérer ce domaine comme passionnant, alors qu'il s'efforce de comprendre et de traiter au mieux les dérèglements de cet instrument incroyable avec lequel nous sommes nés : notre cerveau ? Comme l'exprime Michel Laforcade, " La dimension humaine y est omniprésente avec ses douleurs, ses angoisses, ses représentations, ses rêves, son déni et peut-être ses génies incompris. Il s'agit d'une des rares disciplines où tout le monde peut se retrouver : qui ne voit pas une partie de soi-même dans la pathologie de l'autre ? C'est pour cela qu'elle nous fascine et que nous l'aimons tant " (4).

Dans le monde, 450 millions de personnes sont concernées par un trouble psychique (7), et chaque année environ 2 millions de Français sont pris en charge en psychiatrie (8). L'OMS estime qu'une personne sur quatre sera touchée par des troubles psychiques à un moment de sa vie. La pandémie SARS-CoV2, par ses multiples effets systémiques, est venue fragiliser la santé mentale de la population générale, mais aussi celle des professionnels de santé, et a rappelé l'importance de la prendre en compte (9,10). Parmi les personnes souffrant de troubles psychiques, peu oseront en parler publiquement, considérant ce sujet comme plus intime, secret, caché. Cela devenant public quand l'expression du trouble deviendra trop intense, et quand il perturbera la famille, le milieu du travail ou la société. La fréquence des troubles psychiques dans notre société, en tant que cause importante de maladie et d'incapacité, en fait donc un enjeu majeur de santé publique. Alors pourquoi, depuis des temps immémoriaux, bien que courante et universelle, la maladie mentale intrigue, fascine, inquiète et effraie-t-elle autant ?

Malgré les progrès de la science et de nos connaissances sur ce sujet, la stigmatisation concernant la psychiatrie en général reste aujourd'hui très prononcée (11,12,13). Henri Ey, psychiatre du XXe siècle, définissait la psychiatrie comme « une pathologie de la liberté et de

la vie de relation. La maladie mentale c'est ce qui aliène. » La société, par sa fonction de contrôle social, comme la décrit Foucault vis-à-vis des institutions, vient également questionner cette liberté et engendre elle aussi une forme d'aliénation chez toute personne qui ne rentrerait pas dans le cadre normatif constitué par notre regard sur l'autre (14). De cette différenciation entre le "nous" et le "eux" va découler le processus de stigmatisation (15,16). La sociologie, en interrogeant nos rapports du quotidien et notre conception du normal, éclaire nos représentations, notamment celles liées à la maladie mentale.

Le poids de nos représentations sociales sur les personnes souffrant de maladie mentale détermine le développement et l'intégration de ces individus. Ces représentations peuvent véhiculer des images négatives, contribuant ainsi à une mauvaise prise en charge des usagers de psychiatrie (11,12,13,17,18). La peur des patients de consulter et d'être jugés, la crainte des soignants à l'égard des patients ayant des troubles psychiques, et les attitudes de rejet de la société, constituent des obstacles majeurs à l'accès aux soins et à l'intégration des malades dans la cité (17,18,19,20,21).

En parallèle de ce constat, se heurte un autre phénomène tout aussi préoccupant : la pénurie médicale grave et le désintérêt croissant pour la discipline qu'est la psychiatrie. En effet, elle est de plus en plus délaissée par les étudiants en médecine, phénomène observé à l'échelle internationale. En France, c'est l'une des quatre spécialités les moins choisies par les étudiants. En 2019, le pourcentage de postes d'internes en psychiatrie non pourvus à l'issue des épreuves classantes nationales était de 17,5% (22,23).

La prise en charge des patients souffrant de troubles psychiques constitue un défi majeur pour les professionnels de la santé, notamment en médecine générale. Les représentations sociales et les attitudes des médecins généralistes envers ces patients jouent un rôle crucial dans la qualité des soins et le bien-être global des individus concernés. De nombreuses études ont été réalisées sur les représentations de la santé mentale en population générale, mais notre connaissance des représentations des professionnels de santé, en particulier des médecins, dans ce domaine est limitée (24,25,26).

Pour chacun d'entre nous, et d'autant plus en tant que médecins, mieux comprendre et appréhender nos représentations autour de la santé mentale, en prendre conscience, sont des éléments indispensables pour lutter efficacement contre la stigmatisation. Cela pourrait contribuer à renforcer les liens confraternels entre psychiatres et autres spécialités, favorisant la coopération, l'entraide, l'échange, la pluridisciplinarité, des liens précieux dans notre pratique médicale. Nous pensons que les médecins ont des représentations sur la maladie mentale similaires à celles de la population générale, pouvant façonner des attitudes négatives et contribuer au désintérêt pour la spécialité psychiatrie.

L'objectif de notre travail était d'explorer cette question auprès des internes de médecine générale à l'aide d'un questionnaire. Nous cherchons à comprendre si ces représentations influent sur le choix de spécialité des étudiants en médecine et si elles peuvent être en partie responsables du manque d'attractivité de la psychiatrie. Cette étude cible les internes de médecine générale en raison de leur rôle crucial dans la prise en charge des patients souffrant de troubles psychiques. Notre hypothèse principale est que leurs représentations sont similaires à celles observées dans la population générale, allant parfois jusqu'à la stigmatisation.

# DE LA REPRESENTATION SOCIALE A LA STIGMATISATION

## Concept et définition de la représentation sociale

Il est bien sûr difficile de décrire de façon précise et complète le concept de représentation sociale même si certains auteurs ont tenté d'en donner une définition globale.

Le terme "représentation" vient du latin « repraesentatio » et désigne étymologiquement « l'action de replacer devant les yeux de quelqu'un ». Une représentation, au sens courant, est donc l'image que l'on se fait du monde, autrement dit le monde replacé devant ses propres yeux. Plus généralement, c'est « ce qui est présent à l'esprit, ce que l'on "se représente", ce qui forme le contenu concret d'un acte de penser » (Lalande 1993 (27)).

On découvre l'origine de ce concept dans les travaux du sociologue Emile Durkheim (1858-1917) qui introduit la notion de "représentation collective" dans un article publié en 1898 qui, le premier, souligna l'importance fondamentale de la pensée sociale, montrant ainsi la spécificité et surtout la primauté du social par rapport à l'individuel. Durkheim oppose les représentations collectives aux représentations individuelles par un même critère, à savoir la stabilité de la transmission et de la reproduction des unes, et la variabilité, le caractère éphémère des autres. En effet, selon lui, la représentation collective, à l'inverse de la représentation individuelle, a une certaine fixité, une certaine objectivité, puisqu'elle est partagée et reproduite de manière collective, ce qui lui donne ainsi le pouvoir de pénétrer dans chaque individu, comme du dehors, et de s'imposer. Il dit à ce sujet : « tandis que l'individu est sensible même à de faibles changements qui se produisent dans son milieu interne ou externe, seuls des événements d'une suffisante gravité réussissent à affecter l'assiette mentale de la société » (28). On peut déjà souligner avec cette théorie, la force de la pensée sociale, qui serait donc plus permanente, et par conséquent, invariante, plus difficile à modifier, à interroger, que la pensée individuelle, qui elle serait fluctuante et vite oubliée.

A la suite de Durkheim, Lévy-Bruhl (1857-1939) applique ce concept à l'étude de la différence entre société primitive et société moderne pour montrer que c'est essentiellement une différence dans la représentation des lois naturelles (lois mystiques pour les sociétés primitives, lois logiques pour les sociétés modernes) qui induit des représentations différentes de la réalité, produisant des modes de vie différents.

Ce n'est que par la suite que la psychologie sociale a fait des représentations collectives l'un de ses centres d'intérêts. Reformulé par Moscovici (1925-2014) lors de son étude princeps sur les représentations de la psychanalyse (29), le concept a été replacé dans un cadre théorique plus structuré, ouvrant la voie à un vaste champ de recherches articulé autour des représentations sociales. D'après Jodelet, psychologue sociale, une représentation sociale est « une forme de connaissance, socialement élaborée et partagée, ayant une visée pratique, et concourant à la construction d'une réalité commune à un ensemble social » (30). Guimelli parle aussi de "pensée sociale", de "connaissance de sens commun", "dont la spécificité réside dans le caractère social des processus qui la produisent" (31).

Les représentations sociales sont donc constituées de différents éléments, et recouvrent l'ensemble des opinions, des croyances, des connaissances, des valeurs, des idéologies, qui sont produites et partagées par les individus d'un même groupe, à l'égard d'un objet social

donné, à un moment donné. La représentation qu'a un groupe social d'un objet, s'appuie donc sur cet ensemble d'informations, relatives à cet objet. Cette représentation s'impose à chacun, telle une image. Elle permet ainsi à ce groupe de définir son identité sociale, d'appréhender, de comprendre, d'expliquer la réalité, et donc, en fonction du contexte, d'orienter son action, ses choix et ses attitudes. Beaucoup plus ancrées dans le domaine affectif que dans le domaine intellectuel, elles infiltrent les comportements et survivent largement à l'expérience et au savoir (18). L'impact de ces représentations, de ces idées reçues, est d'autant plus fort qu'elles sont en partie inconscientes et véhiculées insidieusement par l'ensemble du corps social. Elles sont fortement suggérées à l'individu par la société et vont être à la base des codes de vie de la communauté. C'est ainsi que l'individu subit la contrainte des représentations dominantes dans la société, et c'est dans leur cadre qu'il pense ou exprime ses sentiments. A noter que ces représentations peuvent différer selon la société et le temps dans laquelle elles prennent naissance et sont façonnées. Depuis une quarantaine d'années, le concept de représentation connaît un remodelage, lié à un changement social et autour de lui se posent des questionnements fondamentaux sur le fonctionnement de la société moderne, le rôle des individus, des groupes, des idées. L'étude des représentations doit donc s'adapter à l'évolution du monde, dans lequel la communication et l'information jouent un rôle essentiel aujourd'hui. A ce sujet, Moscovici précisait que "la révolution provoquée par les communications de masse, la diffusion des savoirs scientifiques et techniques, transforment les modes de pensée et créent des contenus nouveaux" (32).

Nous comprenons bien alors que les représentations sociales s'avèrent ainsi être des phénomènes très complexes, et très présents dans la société, navigant sans cesse du particulier au général, de l'individuel au collectif, mais aussi du plus récent au plus ancien, du plus fragile au plus stable. C'est d'ailleurs en ce sens que Guimelli parle aussi, pour les définir, de « théories naïves » faisant référence en cela à des constructions plus ou moins élaborées, mais qui s'opposent à celles de l'expert ou du scientifique. Ce dernier point est fondamental car c'est en cela que les représentations sociales constituent un lieu privilégié où s'exprime la pensée sociale (31).

Dans l'objectif de mieux comprendre la formation des représentations sociales, il convient de distinguer deux aspects : l'objectivation et l'ancrage. L'**objectivation** est à l'origine de la représentation. Ce processus consiste à rendre concret quelque chose (une situation, un état, etc.) qui serait abstrait, pour lui donner une place dans un monde imaginaire. Ainsi, selon Moscovici, l'objectivation réside dans le fait de fournir un noyau figuratif, une image stable et communicable. Mais cette objectivation passe par une transformation de l'objet de la représentation. Elle n'est pas la vérité de cet objet, pas la réalité. Ainsi une représentation est-elle nécessairement fautive ? (elle n'est pas l'objet, elle est réductrice par rapport à son objet) ; est-elle en partie vraie ? (elle apporte un certain type de connaissance à propos de son objet). L'**ancrage** permet l'enracinement social de la représentation. Elle va lui donner un sens en créant des liens entre ce nouveau domaine et ce qui nous est déjà connu, et permettre ainsi sa concrétisation et son fonctionnement quasi instantané dans notre façon d'agir et de penser. Pour Abric, il en résulte que « les comportements des sujets ou des groupes ne sont pas déterminés par les caractéristiques objectives de la situation, mais par la représentation qu'ils ont de cette situation » (33).

Toujours d'après Abric, les représentations sociales auraient donc quatre fonctions principales :

- Une fonction de savoir : elles vont permettre par leurs contenus de comprendre et d'expliquer la réalité. Si la représentation peut désigner une idée que l'on se fait sur le monde, elle exprime aussi le fait de communiquer cette idée. Elles permettent donc ainsi la communication et les échanges sociaux.
- Une fonction identitaire : elles servent à définir l'identité sociale de chaque individu et ainsi préservent la spécificité des groupes sociaux. Cette fonction va intervenir dans les processus de socialisation ou de comparaison sociale.
- Une fonction d'orientation : elles vont permettre au sujet d'anticiper, de produire des attentes, mais également de se fixer ce qu'il est possible de faire dans un contexte social particulier. Autrement dit, elles guident les comportements et les pratiques.
- Une fonction justificatrice : Elles peuvent aussi intervenir a posteriori et servir à justifier nos choix et attitudes. Par-là, elles jouent un rôle essentiel dans le maintien ou le renforcement des positions sociales.

Les représentations sociales sont constitutives de notre pensée, et en ce sens à la base de notre vie psychique. Elles sont perpétuellement en œuvre chez chacun de nous, dans chacune des situations, dans chaque événement et sont porteuses de sens. A partir d'elles, nous appréhendons, découvrons et comprenons ce qui nous entoure. Elles concourent à l'organisation de nos attitudes et comportements. Les étudier permet ainsi de mieux comprendre les individus et les groupes en analysant la façon dont ils se représentent eux-mêmes, les autres et le monde, et en analysant aussi l'étude du sens commun, et des relations sociales au sens large. Elles permettent ainsi de mieux comprendre les aspects cognitifs et sociaux de la relation entre l'individu et le monde (hommes et objets), la relation entre l'individu et l'action (la sienne et celle des autres), la relation de l'individu avec lui-même. Le défi consiste alors à étudier les représentations, les comportements, et les rapports sociaux, sans toutefois ni les déformer, ni les simplifier.

Aborder les maladies psychiques sous l'angle des représentations permet de comprendre les comportements qui y sont associés. Dans ce domaine, une bonne compréhension des mécanismes de construction des représentations et des facteurs pouvant les modifier s'avèrerait utile pour mettre au point des stratégies de lutte contre la stigmatisation.

## **Concept et définition de la stigmatisation**

Quand on regarde son étymologie, le mot « stigmatisation » est dérivé du verbe « stigmatiser », lui-même issu du latin « stigma », qui signifie « marquer au fer rouge ». Ceci renvoyait à la marque physique d'identification marquée au fer sur la peau des esclaves de la Grèce antique pour indiquer au reste de la société leur moindre valeur, ou leur statut inférieur en tant que membres de cette société. Au sens propre, stigmatiser c'est alors l'action de marquer le corps de quelqu'un de manière définitive, indélébile, afin de lui donner une caractéristique distinctive, et permettre à tous de savoir, de reconnaître cette distinction. Une marque déposée afin que puisse être connues de tous l'opprobre, l'ignominie de celui qui la porte (18). Ces marques, comme le rappelait le sociologue Goffman (1922-1982), peuvent revêtir des formes

très variées (tatouages, brûlures, scarifications...) mais ont en commun de révéler l'infamie de celui qui la porte (34). Vers la fin du Moyen Age, ce mot a pris le sens d'une diffamation publique (marque au fer rouge faite aux criminels pour les rendre reconnaissables de tous). Il s'agissait là d'un insigne de la honte et d'une désapprobation sociale grave. Progressivement, cette notion de stigma a infiltré le champ de la santé, et a été associée à certains diagnostics, comme par exemple les marques laissées sur la peau par une maladie (comme la variole). On peut citer plusieurs autres maladies fortement stigmatisées comme la lèpre, la tuberculose, le sida, l'épilepsie, ou encore les maladies mentales.

Le stigmatisme se construit à travers ce que Goffman nomme « l'identité sociale virtuelle », qui correspond aux caractéristiques que nous prêtons à une catégorie de personnes, 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 nous pouvons parler de stigmatisation. Le stigmatisme « représente un désaccord particulier entre les identités sociales virtuelles et réelles » (Goffman 1975 (34)). Le stigmatisme est en ce sens un produit social, lié aux interactions entre différents groupes.

Nous appréhendons mieux les liens étroits qui existent entre représentations sociales et stigmatisation. La stigmatisation est un phénomène complexe, et faisant référence à un concept multidimensionnel. C'est une action ou une parole qui transforme une caractéristique distinctive en une marque négative, ou d'infériorité. Par le biais des représentations sociales, nous établissons ainsi différentes catégories de personnes ou groupes (par exemple, la catégorie « les malades mentaux »), auxquels nous attribuons des caractéristiques communes. Parmi la multitude d'informations dont nous disposons par rapport à une catégorie, nous en sélectionnerons certaines. Cette sélection se fera selon un principe de pertinence qui dépend de notre contexte social et culturel. Lorsque nous rencontrons des personnes appartenant à un groupe identifié, nous aurons tendance à leur attribuer d'emblée ces caractéristiques présélectionnées. On peut nommer ces croyances préétablies des stéréotypes (par exemple, « les schizophrènes sont violents »). Les représentations sociales liées à ces stéréotypes nous amènent à nous figurer le monde de manière simplifiée, erronée. C'est pourquoi la stigmatisation est en général la conséquence d'une désinformation et de l'existence de stéréotypes sur un sujet donné. Ces stéréotypes donnent du sens à nos comportements et sont à l'origine d'attitudes stigmatisantes (par exemple, distance sociale, méfiance, peur) et de comportements discriminatoires (par exemple, rejet, exclusion). Cette mise à l'écart, ce rejet social d'une personne ou d'un groupe de personnes, sont liés à leurs différences qui sont considérées comme contraires ou allant à l'encontre des normes de la société à laquelle elles appartiennent. Pour résumer, nous pouvons dire que la stigmatisation combine plusieurs mécanismes incluant des problèmes de connaissance (ignorance), des attitudes (préjugés), et des comportements (discrimination) (35).

## **Stigmatisation à l'égard des personnes ayant un trouble psychique**

Link et Phelan (36) ont développé un modèle intégratif permettant d'appréhender le processus de stigmatisation. Ce modèle vient rejoindre nos définitions, et résume les principaux concepts interdépendants : l'étiquetage, les stéréotypes, la mise à distance sociale, la perte du statut social, la discrimination, les réponses émotionnelles du stigmatisé et du stigmatisant.

La stigmatisation des maladies psychiques repose en partie sur des représentations sociales négatives associées à celle-ci, qui sous-tendent et génèrent les attitudes et les comportements de la société vis-à-vis de la personne souffrant d'un trouble psychique. Dans les études interrogeant les opinions du grand public, les stéréotypes fréquents attachés à l'étiquette « malades mentaux » comprennent la notion de danger, la peur, l'incurabilité, l'exclusion de la communauté (12,37). Dans leur mission de réflexion et de prospective dans le domaine de la santé mentale, les Dr Piel et Roelandt dans leur introduction rappellent qu'au début du troisième millénaire, l'image du « malade mental » dans le grand public reste encore archaïque : « c'est une personne malade, imprévisible, dangereuse, qui peut commettre des actes illégaux, qu'il faut enfermer à l'hôpital psychiatrique pour la soigner par des médicaments ». Le trouble mental est encore, synonyme d'exclusion sociale, et la honte associée redouble l'exclusion. » (5)

Selon l'étude de Crisp et al. (13), un aspect très important pouvant expliquer les attitudes de la société vis-à-vis des personnes ayant une maladie psychique, est la perception de la différence, la perception d'un individu chez lequel celui qui est interrogé ne peut pas se retrouver, ne peut pas s'identifier. La différence, parce qu'elle renvoie à l'inconnu, fait peur et mobilise une réaction du groupe social qui, d'une part, se protège de cette intrusion et, d'autre part, se construit dans cette altérité en se confirmant dans sa norme (18). La personne différente crée de « l'étranger » chez ses semblables et à ce titre, va être marginalisée, voire exclue, et dans ce processus, va faire l'objet d'attitudes humiliantes et déshumanisantes. Le rejet de cette personne renforcera ainsi la cohésion du groupe. Pour Paquet (38), la maladie mentale est considérée comme une « forme de perturbation discursive et comportementale qui se définit par l'écart à la norme et se trouve en contravention avec les règles de l'ordre social établi. » La personne souffrant de troubles psychiques est ainsi définie par des critères sémiologiques mais aussi des critères sociaux définis comme « déviants ». Là encore, c'est la perception de la différence qui est donc en référence. Selon Herzlich (39), « à travers nos conceptions de la maladie, nous parlons en fait d'autre chose : de la société et de notre rapport à elle. Parce qu'elle exige interprétation, la maladie devient support de sens, signifiant dont le signifié est le rapport de l'individu à l'ordre social. » En ce sens la maladie mentale, déviance sociale stigmatisante, sans doute plus que les autres maladies, ferait l'objet de l'imposition de valeurs et de normes communes, par le pouvoir médical et psychiatrique, lui-même instrumentalisé par le pouvoir politique (12). Autrement dit, contrairement à d'autres maladies non psychiques, la désignation du comportement déviant participe au diagnostic. La société intervient donc dans l'établissement du diagnostic en pointant du doigt la différence, le décalage avec la norme établie qui se transforme en stigmat. En nommant la maladie, nous attribuons une étiquette, et cette étiquette est l'élément déclencheur du processus de stigmatisation. Elle contribue à créer et à marquer une séparation entre la personne et le groupe social, entre « nous » et « eux » (16) et par conséquent est à l'origine d'une perte de statut social avec le risque majeur de voir se développer un phénomène d'exclusion.

Il faut savoir que certains pays ont décidé de changer le nom de la schizophrénie (le Japon a été le premier à le faire, remplacé par le terme « integration dysregulation syndrome »), soulignant la connotation trop négative de ce terme et son association systématique à de lourds préjugés. Dans son travail de thèse (40), le Dr Rainteau a confirmé l'impact négatif à lui seul du terme « schizophrénie » (indépendamment de toute symptomatologie ou comportements des patients) sur une tâche de synchronisation motrice par rapport à d'autres

termes. En effet, lorsqu'on poste trois personnes devant un écran d'ordinateur et qu'on leur propose un exercice d'interaction avec des sujets aux profils différents, leur comportement se modifie. Elles étaient informées qu'elles allaient réaliser un exercice de synchronisation motrice avec : un sujet souffrant de schizophrénie, un sujet souffrant d'un trouble de l'interaction neuro émotionnelle, et un sujet sain ; alors que dans la réalité, les trois exercices étaient en fait exactement les mêmes, préenregistrés et produits par l'ordinateur. C'est face à la personne dite schizophrène que l'interaction était la plus dégradée, alors qu'elle ne l'était pas pour les deux autres profils. De plus cette interaction dégradée était la perspective d'une interaction sociale qui serait moins bonne. L'étude montre ainsi comment le terme schizophrénie peut modifier à lui seul notre façon d'interagir (mise à distance sociale). La lecture du mot schizophrénie a engendré automatiquement et inconsciemment l'activation d'un stéréotype, engendrant lui-même une modification du comportement (à savoir la dégradation de la qualité de la tâche de synchronisation motrice).

Malgré les progrès de la recherche, qui ont permis une meilleure compréhension des troubles psychiques, et bien que l'efficacité des traitements se soit considérablement améliorée ces cinquante dernières années, ces évolutions n'ont pourtant pas permis de réduire la stigmatisation des patients souffrant de troubles psychiques, qui est encore universellement vécue. Elle détermine pour ces personnes, une discrimination quasi constante dans leur vie quotidienne et elle constitue un obstacle majeur à leur intégration dans la communauté. Les études dans le monde portant sur ce phénomène sont nombreuses et ont amené à des résultats homogènes : il n'y a pas de société ou de culture où les personnes atteintes de maladie mentale sont traitées à l'égal des autres (18). Si les maladies psychiques se manifestent par des symptômes qui témoignent d'une souffrance de l'individu, et qui engendrent une souffrance chez le sujet et ses proches, il faut souligner que la stigmatisation est aussi une dimension supplémentaire de la souffrance, qui se rajoute à celle de la maladie. La reconnaissance par la société de cette maladie, par la stigmatisation et la discrimination qui en découlent, constitue une autre souffrance que Finzen a qualifié de « seconde maladie », directement liée à la réaction de l'environnement social (41).

En dehors de la *stigmatisation publique vécue* (réactions négatives de l'entourage social), il existe une seconde forme de stigmatisation qui est tout aussi puissante mais peut-être moins évidente : l'*auto stigmatisation*. Déjà très jeune, l'homme développe une représentation de ce qu'est être un malade psychique. Il se construit des idées, qui font que la majorité rejettera les malades psychiques en tant que voisins, collègues de travail etc, et jugera ces personnes comme étant moins compétentes et moins intelligentes (36). Quand on déclare soi-même une maladie psychique, ces notions prennent une pertinence particulière et il y a alors le risque de s'appliquer à soi-même ces stéréotypes. Cette notion amène également celle de la *stigmatisation anticipée* : les malades, victimes eux-mêmes de ces stéréotypes, en prévision d'une réaction discriminatoire de la part de l'autre, vont restreindre leurs comportements ou revoir à la baisse leurs projets. Ils réagissent ainsi souvent de façon défensive et désavantageuse pour eux-mêmes, et par peur d'être rejetés, ils sont dans l'évitement des relations sociales et s'isolent progressivement. Pour les mêmes raisons, ils ne formulent pas de demande d'emploi, ou même n'osent pas rechercher l'aide de professionnels de santé. La stigmatisation ne se limite pas aux malades et peut s'étendre aussi à leur famille, leurs proches, et aux professionnels de santé mentale (phénomène appelé « *courtesy stigma* » par Goffman). Une dernière variante de la stigmatisation est la *stigmatisation structurelle*, incluant les lois, les médias, le système de

santé, qui défavorisent souvent les patients souffrant de troubles psychiques par rapport aux autres personnes (de manière intentionnelle ou non intentionnelle).

Les conséquences de la stigmatisation sont multiples et d'une manière générale elles contribuent à une diminution importante de la qualité de vie des malades (18) :

-conséquences personnelles : la perte de confiance et de l'estime de soi, le sentiment de honte, d'infériorité et de culpabilité, avec à terme, un sentiment de déshumanisation lente et une atteinte à la dignité de la personne.

-conséquences sociales : exclusion du monde du travail, difficultés à obtenir un logement, perte des droits civiques, marginalisation, exclusion sociale et difficultés dans les relations interpersonnelles.

-conséquences sur les soins : difficultés d'accès aux soins, abandons thérapeutiques, manque d'information, privation de liberté.

La réduction de la stigmatisation est devenue un objectif majeur d'organisations internationales telles que l'OMS (7) ou l'Association mondiale de psychiatrie (World Psychiatric Association, WPA) (42). L'OMS a classé la stigmatisation comme « l'obstacle le plus important à surmonter dans la communauté » et a invité tous les États membres à implanter une stratégie nationale incluant des programmes destinés à réduire la stigmatisation et la discrimination. Dans son nouveau tour d'horizon en 2022 (10), elle exhorte à nouveau les décideurs et les défenseurs de la santé mentale à intensifier leur engagement et leur action pour que changent les attitudes, les mesures et les approches à l'égard de la santé mentale, de ses déterminants et des soins qui lui sont consacrés.

# **METHODE**

## **Éthique**

L'enquête a été réalisée en conformité avec le Code de principes éthiques de l'Association médicale mondiale pour la recherche médicale impliquant des sujets humains, également connu sous le nom de Déclaration d'Helsinki. Tous les participants ont exprimé leur consentement après avoir été informés de l'objectif de l'étude. Étant une enquête entièrement anonyme, l'approbation d'un comité d'éthique n'était pas nécessaire.

## **Population de l'étude**

La cohorte d'étude se concentrait sur les internes de médecine générale en France. Tous les internes inscrits au Diplôme d'Études Spécialisées (DES) de médecine générale au moment de l'enquête étaient éligibles, sans distinction de phase d'apprentissage (que ce soit la phase socle ou la phase approfondissement), constituant ainsi le critère d'inclusion unique.

## **Design de l'étude**

Il s'agit d'une étude observationnelle descriptive transversale, les données recueillies sont principalement qualitatives. Pour atteindre nos objectifs, un questionnaire spécifiquement conçu pour cette population a été élaboré. Chaque participant à l'enquête a rempli individuellement ce questionnaire, permettant ainsi la collecte des données par le biais de cette autoévaluation.

## **Conception du questionnaire**

Le questionnaire a été élaboré et mis en ligne via la plateforme Google Forms. Il se composait de 24 questions, et le temps nécessaire pour le remplir était estimé à environ 5 minutes (Voir Annexe 1 : Questionnaire de l'enquête). Aucune information personnelle n'a été sollicitée, et aucune donnée permettant l'identification des répondants n'était requise. Il était explicitement précisé que toutes les réponses demeuraient anonymes et confidentielles, et qu'aucune réponse n'était considérée comme correcte ou incorrecte.

L'objectif du questionnaire n'a pas été explicitement détaillé, une décision motivée que nous détaillerons ci-dessous (dans le but d'éviter le biais de désirabilité sociale). Cependant, il était clairement précisé que ce questionnaire faisait partie intégrante d'un travail de thèse de médecine, spécialité psychiatrie, qu'il était destiné exclusivement aux internes de médecine générale, et que l'étude se concentrait sur la prise en charge des patients souffrant de troubles psychiques en médecine générale (Voir Annexe 2 : Notice d'informations du questionnaire). Pour toute question, une adresse e-mail était mise à la disposition des participants.

Le questionnaire débutait par la collecte de données sociodémographiques (sexe, âge, ville d'internat). Ensuite, il explorait le niveau de connaissance que les répondants estimaient avoir concernant les troubles psychiques principaux. Certaines questions étaient relatives à leur

formation, comme l'estimation de la suffisance de leur formation sur les troubles psychiques, leur expérience dans un service de psychiatrie pendant leurs études, et leur évaluation de la collaboration entre la psychiatrie et d'autres spécialités. Les questions suivantes évaluaient, d'une part, leurs sentiments et pratiques envers les patients atteints de troubles psychiques (leur confort général dans la prise en charge, leurs difficultés face à certains symptômes, la présence de peur, et la systématisme de leurs examens), et d'autre part, leurs représentations des troubles psychiques. Ces dernières englobaient des questions sur les représentations et attitudes prédominantes observées dans la société telles que la dangerosité, l'incurabilité, le besoin de distanciation sociale ; et si les médias avaient influencé leurs représentations. Enfin, la dernière question invitait les participants à exprimer leur opinion sur la raison pour laquelle, selon eux, la psychiatrie faisait partie des quatre spécialités les moins choisies par les étudiants en médecine, en laissant une réponse libre pour permettre à chacun de s'exprimer suffisamment.

## **Déroulement de l'étude**

Pour maximiser la participation à notre enquête, nous avons sollicité l'ensemble des internes par le biais de divers moyens de communication, que nous détaillerons ci-dessous. Un courriel explicatif, décrivant l'objectif de notre enquête et encourageant chaque interne en médecine générale à répondre au questionnaire en ligne via un lien, a été rédigé. Cet email comportait mes coordonnées, celles de mon directeur de recherche, ainsi que l'affiliation à la faculté de médecine dont nous relevons.

Ce courriel a été adressé à :

- Toutes les associations locales des internes de médecine générale en France, couvrant un total de 28 villes d'internat. Les coordonnées de ces associations sont disponibles sur le site internet de l'ISNAR.IMG (Inter Syndicale Nationale Autonome Représentative des Internes de Médecine Générale).

- Tous les secrétariats des départements de médecine générale en France, ainsi que les services de scolarité du troisième cycle des facultés de médecine correspondantes.

Lorsqu'ils acceptaient notre demande, ces interlocuteurs diffusaient ensuite notre email et lien du questionnaire aux internes concernés via leur liste de diffusion. Ainsi, nous n'avons eu aucun accès à ces listes de diffusion qui étaient exclusivement sous le contrôle de nos interlocuteurs.

En parallèle, quand cela était possible grâce à nos recherches personnelles, nous avons également contacté ces mêmes associations via la messagerie Messenger du réseau social Facebook. Cette démarche nous a permis, dans certains cas, de partager notre questionnaire dans des groupes publics ou privés dédiés aux internes de médecine générale. La plupart de ces groupes étaient privés et spécifiquement destinés aux internes de médecine générale, à l'exception d'un groupe national consacré aux internes toutes spécialités confondues.

Quand nous n'obtenions aucune réponse à notre email et notre demande de diffuser le questionnaire, une relance a été effectuée, que ce soit par email ou par les réseaux sociaux quand nous avions leurs contacts, et à plusieurs reprises. En dernier recours, si nous n'avions toujours aucune réponse, nous les avons contactés directement par téléphone quand cela était possible (peu de coordonnées téléphoniques).

Il était impératif de répondre à toutes les questions du questionnaire et de le compléter intégralement pour que la réponse soit prise en compte et enregistrée. La diffusion du questionnaire a débuté le 05/12/2023 et s'est achevée le 19/02/2024.

## **Analyse statistique**

Le traitement des réponses et les analyses statistiques ont été faites à partir du logiciel Google Forms et du logiciel Excel. Nous décrivons notre échantillon à l'aide de statistiques descriptives (effectif et pourcentage pour les variables qualitatives ; moyenne et écart-type pour les variables quantitatives).

## RESULTATS

Au total, 158 réponses ont été recueillies lors de notre enquête.

### Données sociodémographiques

**Sexe et âge.** Plus de trois quarts (78,5%, n=124) des participants de notre enquête était des femmes (21,5 % des hommes, n=34). L'âge moyen de la population étudiée était de 26,7 ans (écart-type 2,3). Comme attendu, la majorité des répondants étaient âgés entre 25 et 27 ans (70,9%, 6,3% âgés de moins de 25 ans, et 22,8% de plus de 27 ans).

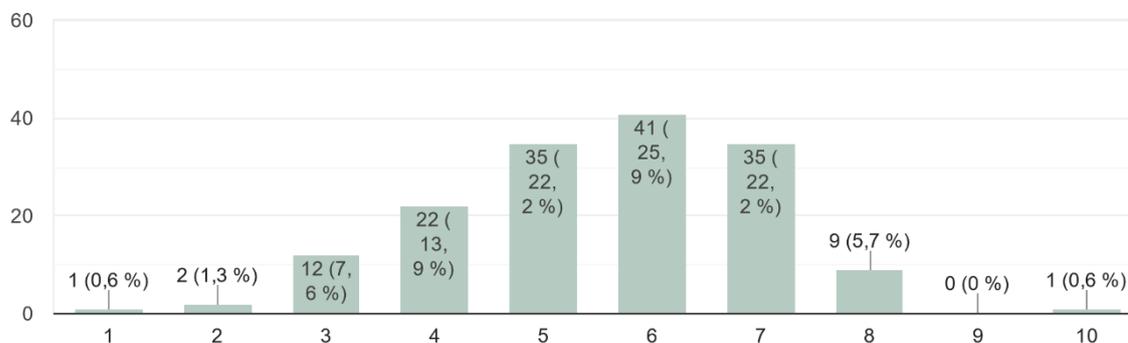
**Villes d'internat.** Concernant la provenance des réponses, sur les 28 villes d'internat en France concernées par notre enquête, seulement 15 villes ont participé (53,6%). La moitié des réponses provenaient des internes de trois villes : Amiens (21,5%, n=34), Limoges (15,8%, n=25), et Angers (13,3%, n=21). Les autres réponses provenaient de Paris (10,1%, n=16), Grenoble (7,6%, n=12), Caen (7%, n=11), Besançon (7%, n=11), Nice (7%, n=11), Tours (2,5%, n=4), Lyon (2,5%, n=4), Lille (1,9%, n=3), Toulouse (1,3%, n=2), Saint-Etienne (1,3%, n=2), Nantes et Reims (0,6%, n=1). Aucune réponse n'a été enregistrée pour les 13 autres villes universitaires (Bordeaux, Brest, Clermont-Ferrand, Dijon, Marseille, Montpellier, Nancy, Poitiers, Rennes, Rouen, Strasbourg, et Outre-mer - Antilles-Guyane et Océan Indien).

### Autoévaluation du niveau de connaissance en santé mentale

**Autoévaluation du niveau de connaissance en santé mentale de manière générale** (1=Aucune connaissance, et 10=Bonnes connaissances). On retrouvait une note moyenne de 5,6/10 (écart-type 1,5) pour l'autoévaluation du niveau de connaissance en santé mentale. La plupart des internes (70,3%, n=111) évaluait leur niveau de connaissance en santé mentale entre 5 et 7/10.

4- Sur une échelle de 1 à 10, à combien évaluez-vous votre niveau de connaissances en santé mentale ?

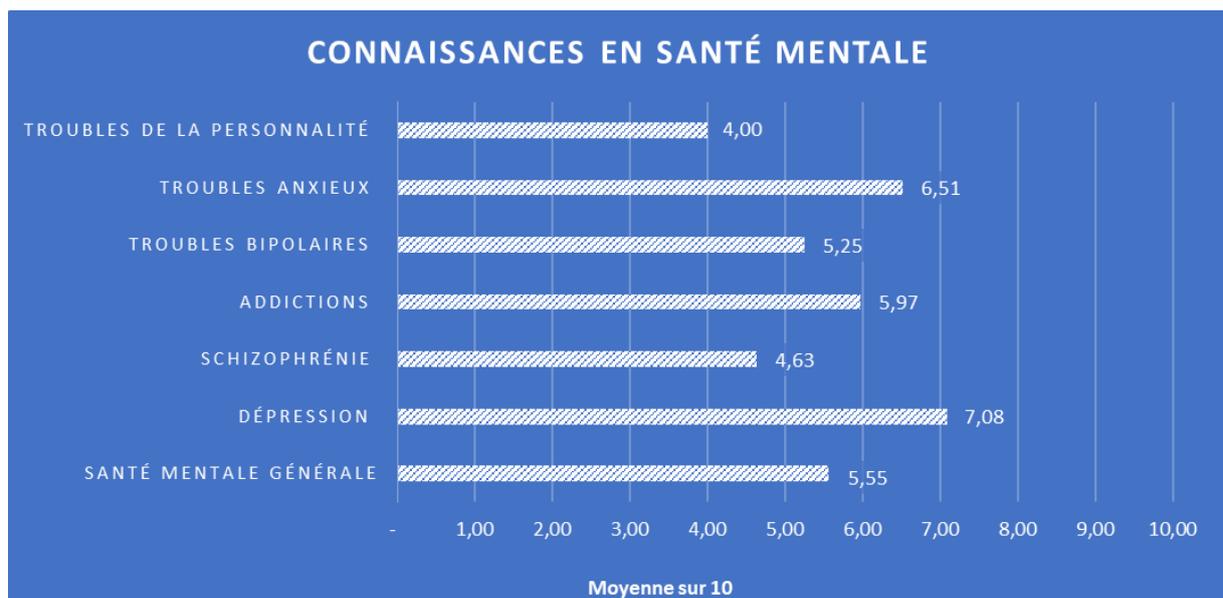
158 réponses



**Autoévaluation du niveau de connaissance pour les principaux troubles psychiques** (1=Aucune connaissance, et 10=Bonnes connaissances). Les résultats principaux à retenir sont un niveau de connaissance évalué plus important pour la dépression (moyenne de  $7,1 \pm 1,4$ ), les troubles anxieux (moyenne de  $6,5 \pm 1,7$ ), et un niveau de connaissance plus faible pour la schizophrénie (moyenne de  $4,6 \pm 1,6$ ) et les troubles de la personnalité (moyenne de  $4 \pm 1,7$ ).

Nous avons détaillé les résultats pour chaque trouble psychique (Voir Annexe 3). La Figure 1 récapitule l'ensemble des résultats pour l'autoévaluation des connaissances en santé mentale.

**Figure 1.** Autoévaluation du niveau de connaissance pour les principaux troubles psychiques.



## Questions relatives à la formation des internes

**Suffisance de la formation.** La grande majorité des enquêtés (84,2%, n=133) estimait que leur formation en matière de troubles psychiques n'avait pas été suffisante.

**Passage dans un service de psychiatrie.** Pendant leurs études, près de la moitié des répondants (48,1%, n=76) n'avait jamais effectué de stage dans un service de psychiatrie. Parmi ceux qui avaient effectué un stage dans un service de psychiatrie, 81,7% (n=67) ont déclaré que cela avait positivement modifié leur perception des troubles psychiques.

## Représentations et attitudes concernant la maladie mentale

**Représentations mentales.** A la question « Quand on aborde la question des troubles psychiques, quels sont les 3 premiers mots auxquels vous pensez immédiatement ? », les mots les plus cités étaient « Dépression » (43,7%, n=69), « Anxiété » (20,9%, n=33) et « Difficile » (13,9%, n=22), suivis par « Traitement » (11,4%, n=18), « Psychiatre » (8,9%, n=14) et « Suicide » (7,6%, n=12).

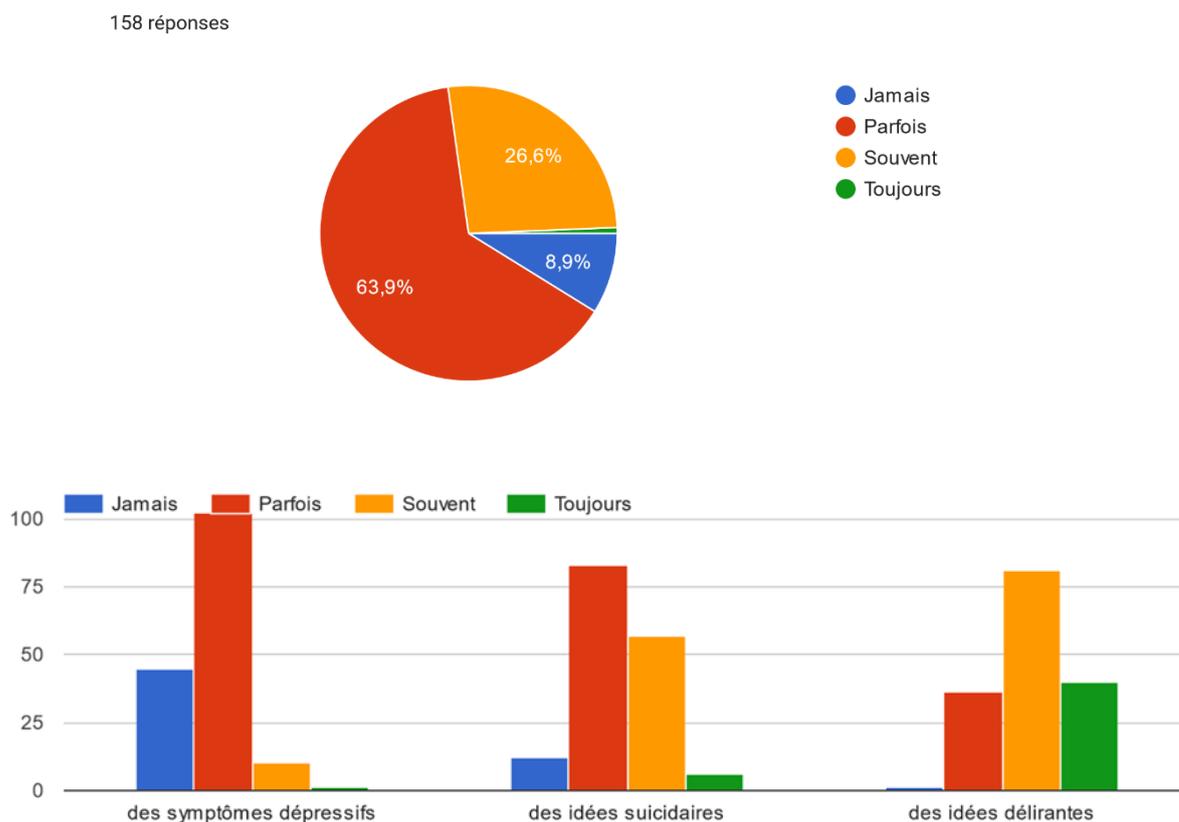
A noter que le mot « Schizophrénie » n'a été cité que 7 fois (4,4%), les mots « Agressivité » et « Fou » n'ont été cités que 2 fois (1,3% pour chacun), les mots « Peur », « Danger », « Violence » et « Délire » n'ont été cités qu'une seule fois (0,6% pour chacun).

Un peu plus de la moitié des internes interrogés (51,3%, n=81) estimait avoir des représentations négatives et/ou préjugés concernant les maladies psychiques.

**Attitudes en pratique.** Considérant le sentiment global d'être à l'aise dans la prise en charge des patients souffrant de troubles psychiques, la majorité des enquêtés (63,9%) se sentait seulement parfois à l'aise (n=101).

Considérant les troubles pris en charge, la majorité des répondants était parfois en difficulté pour les troubles dépressifs (64.6%, n=102), parfois à souvent en difficulté pour les idées suicidaires (88.6%, n=140), et souvent à toujours en difficulté pour les idées délirantes (76,6%, n=121) (Figure 2).

**Figure 2.** Sentiment d'aisance dans la prise en charge d'un patient souffrant de troubles psychiques.



**Représentations et attitudes concernant les patients souffrant de troubles psychiques.** Seulement une minorité des internes interrogés a déclaré n'avoir jamais ressenti de la **peur** dans la prise en charge des patients souffrant de troubles psychiques (24,7%, n=39). La majorité des internes interrogés a déclaré avoir ressenti de la peur parfois (62,7%, n=99), souvent (12%, n=19), ou toujours (0,6%, n=1).

La grande majorité des répondants (80,9%) a déclaré avoir déjà perçu les patients souffrant de troubles psychiques comme **dangereux**, parfois (76,4%, n=120) voire souvent (4,5%, n=7). Seulement 19,1% (n=30) des répondants ont déclaré n'avoir jamais perçu les patients souffrant de troubles psychiques comme dangereux.

La grande majorité des répondants (82,2%) percevait les patients souffrant de troubles psychiques comme **incurables**, parfois (54,4%, n=86) voire souvent (27,8% n=44). Seulement 17,7% (n=28) des répondants ont déclaré n'avoir jamais perçu les patients souffrant de troubles psychiques comme incurables.

De plus, une majorité des internes de médecine générale interrogés (66,2%) ressentait un **besoin de distanciation sociale** avec les patients souffrant de troubles psychiques, parfois (52,2%, n=82), souvent (13,4%, n=21) voire toujours (0,6%, n=1). Seulement 33,8% (n=53) ont déclaré ne jamais ressentir un besoin de distanciation sociale.

**Influence des médias.** Concernant l'influence des médias sur leurs représentations des troubles psychiques, la majorité des internes estimait ne pas avoir été influencés (51,9%, n=82), mais une partie importante pensait avoir été influencés négativement (42,4%, n=67) et seulement une minorité influencée positivement (5,7%, n=9).

**Influence de l'entourage.** La majorité des enquêtés (62%, n=98) avait dans son entourage une personne concernée par un trouble psychique. Parmi eux, 42,9% (n=42) ont indiqué que cela avait amélioré leur perception des troubles psychiques, tandis que 17,3% (n=17) ont déclaré que cela l'avait détériorée. De plus, 39,8% (n=39) ont répondu qu'ils n'avaient pas été affectés par cela.

## Questions diverses

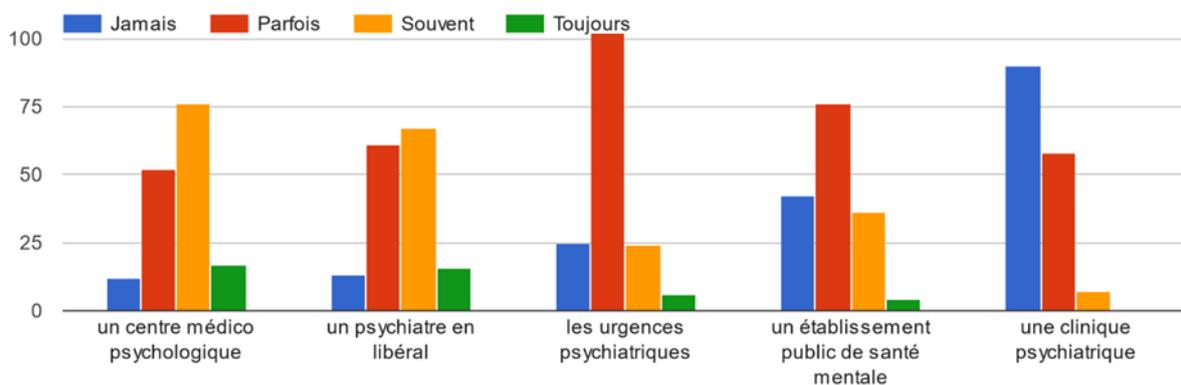
**Perte de chance pour l'accès aux soins somatiques.** La quasi-totalité des enquêtés (96,3%, n=152) a estimé que les troubles psychiques peuvent être une perte de chance pour l'accès aux soins somatiques, avec plus de la moitié ayant répondu souvent (57%, n=90), 20,3% (n=32) toujours, 19 % (effectif de 30) parfois. Seulement 3,8% ont répondu jamais (n=6).

**Systematicité lors de l'examen clinique.** A la question " Pensez-vous être aussi systématique dans vos examens cliniques et paracliniques concernant les patients atteints de troubles psychiques consultant pour une plainte somatique que pour vos autres patients ? ", seulement 24,1% (n=38) des internes ont répondu toujours, 41,8% (n=66) ont répondu souvent, 29,1% (n=46) parfois, et seulement 5,1% (n=8) jamais.

**Collaboration entre psychiatres et autres spécialités.** Dans les réponses recueillies sur la suffisance de la collaboration entre psychiatres et autres spécialités, 55,7% (n=88) ont répondu parfois, tandis que 40,5% (n=64) ont indiqué jamais. Aucun des internes interrogés n'a estimé que la collaboration était toujours suffisante.

**Orientation des patients.** Lors de l'apparition de symptômes révélateurs d'une souffrance psychique, les enquêtés orientaient le plus souvent leurs patients vers un centre médico-psychologique (48,1%, n=76) ou vers un psychiatre en libéral (42,4%, n=67), plutôt que vers un établissement public de santé mentale (22,8%, n=36), vers les urgences psychiatriques (15,2%, n=24) ou vers une clinique psychiatrique (4,4%, n=7).

**Figure 3.** Orientation des patients souffrant de troubles psychiques.



**Moyens pour la recherche en santé mentale.** Une très grande majorité des internes interrogés (95,5%, n=151) pensait qu'il était nécessaire d'allouer davantage de ressources à la recherche en santé mentale.

**Être soi-même confronté(e) à un trouble psychique.** A la question « Pensez-vous pouvoir être confronté(e) à un trouble psychique vous-même en tant qu'individu ? », la majorité (63,5%, n=99) des internes a répondu positivement, 7,1% (n=11) ne se sont pas prononcés, et 29,5% (n=46) pensaient ne jamais souffrir d'un trouble psychique.

## Choix de la psychiatrie

Nous avons analysé les réponses libres des internes à la question « Pourquoi selon vous la psychiatrie est l'une des 4 spécialités les moins choisies par les internes ? » La totalité des commentaires libres sont à retrouver dans l'Annexe 4.

Nous allons citer ici les occurrences revenues majoritairement dans les réponses par ordre décroissant (pourcentages approximatifs) :

- La « difficulté » ou « complexité » de la spécialité dans son exercice (ce facteur était mentionné par plus de 30 % des internes de médecine générale).
- L'éloignement du somatique (plus de 23%).
- Le manque de connaissances et de formation pendant les études médicales (22%).
- Les représentations négatives et la stigmatisation de la spécialité (18%).
- Le manque de moyens (14%).
- Une rémunération trop faible (13%).
- La peur (9%).
- Le manque de reconnaissance et la considération d'une spécialité moins scientifique étaient aussi cités.

## DISCUSSION

L'objectif principal de ce travail était d'étudier les représentations et attitudes des internes de médecine générale à l'égard des patients souffrant de troubles psychiques. L'objectif secondaire était d'évaluer si ces représentations pouvaient être en partie responsables du manque d'attractivité de la spécialité psychiatrie auprès des étudiants en médecine.

Notre étude a pu montrer que la stigmatisation envers la maladie mentale est toujours un facteur influant dans les opinions négatives des étudiants envers la psychiatrie. En effet, les internes de médecine générale partagent des représentations sociales (perception de dangerosité, d'incurabilité) et attitudes négatives (sentiment de peur, d'être mal à l'aise, examens moins systématiques, et besoin de distanciation sociale) à l'égard des personnes souffrant de troubles psychiques qui sont similaires à celles que l'on trouve dans les enquêtes auprès du grand public (11,12,13). Ce constat est observé dans la littérature avec des niveaux variables de stigmatisation parmi les médecins généralistes (1,43) et les étudiants en médecine (44-48). Cependant, dans nos résultats, ces représentations semblent peut-être moins prononcées (c'est-à-dire moins systématiques) que celles observées dans la population générale. Même si ces représentations sont en partie responsables de l'impopularité de la spécialité auprès des internes de médecine générale, d'autres facteurs semblent également en cause dans notre enquête, et venir contrecarrer le potentiel de recrutement de futurs psychiatres, comme la complexité et la difficulté de cette discipline au quotidien (spécificités de l'exercice "à part" de la psychiatrie), l'éloignement de l'aspect somatique, l'insuffisance des connaissances et de la formation concernant la psychiatrie pendant les études médicales ou encore le manque de moyens accordés à la spécialité dans notre système de soins.

Nous examinerons dans la discussion les facteurs qui influencent ces perceptions, les conséquences potentielles sur la qualité des soins, ainsi que les initiatives visant à favoriser une approche inclusive et respectueuse dans la prise en charge des troubles psychiques en médecine générale. Nous aborderons aussi les défis persistants et les opportunités d'amélioration pour renforcer la relation entre les professionnels de la santé et les patients concernés, contribuant ainsi à une meilleure santé mentale au sein de la communauté.

### Discussion générale

#### Données sociodémographiques

**Sexe et âge.** La féminisation de la médecine est un phénomène bien connu. En France en 2021, 50% des médecins en exercice étaient des femmes (contre 42% en 2013, et 24% en 1984) (49,50). Les femmes représentaient 62.5% des candidats classés aux ECN 2023, et 64% des internes ayant choisi la médecine générale à l'issue des ECN (51). Elles sont donc aujourd'hui majoritaires dans cette profession.

Dans notre enquête, les femmes constituaient encore un pourcentage plus important, correspondant à presque 80% des participants (78,5%). Ce chiffre reste donc supérieur aux données habituelles. On peut alors se demander s'il est le reflet d'un intérêt plus important pour le sujet des troubles psychiques chez les internes de sexe féminin que de sexe masculin, ou s'il est lié au fait que les étudiantes sont en général plus disposées à participer aux enquêtes que les étudiants. Certaines études confirment ces hypothèses et indiquent que le sexe féminin est

associé à des attitudes plus positives à l'égard de la psychiatrie et également à un meilleur intérêt professionnel (45,47,52). Une étude mentionne les personnes de sexe féminin comme plus disposées à répondre aux enquêtes (52).

La proportion de femmes parmi les étudiants ayant choisi la psychiatrie à l'issue des ECN est de 63,2% (53) et est donc similaire à celle observée chez les IMG.

La moyenne d'âge de 26,7 ans est tout à fait standard concernant la population étudiée.

**Villes d'internat.** Presque la moitié des villes concernées, c'est-à-dire 13 villes sur 28 (46,4%), n'ont malheureusement pas participé à notre étude. Ceci s'explique en partie par le fait que nous avons rencontré de grandes difficultés pour diffuser notre enquête, ce qui est assez paradoxal étant donné l'essor et la multiplicité des moyens de communication à disposition aujourd'hui en France.

Il est important de préciser que des associations locales d'internes de médecine générale ont refusé de diffuser notre courriel via leur mailing (Antilles-Guyane, Bordeaux, Besançon, Caen, Dijon, Lille, Lyon, Marseille, Montpellier, Nancy, Océan Indien, Poitiers, Rouen, Saint Etienne, Strasbourg, Tours). Les deux raisons invoquées étaient, d'une part, pour ne pas « spammer » les internes (diffuser et partager un questionnaire de thèse permettant l'obtention de notre doctorat est apparemment considéré aujourd'hui comme du « contenu indésirable » par la majorité des internes) et, d'autre part, étant donné les demandes croissantes et en trop grand nombre de diffusion de questionnaires de thèse, il n'était selon elles pas possible de répondre positivement à toutes les demandes.

Certaines villes universitaires (Besançon, Bordeaux, Caen, Lille, Lyon, et Saint Etienne) nous ont transmis un lien vers leur groupe Facebook respectif afin de demander une adhésion.

Les associations locales d'internes de médecine générale de Brest, Clermont-Ferrand, Reims, Rennes, Tours n'ont jamais répondu à nos sollicitations.

Le service de scolarité de 3<sup>e</sup> cycle de la faculté de Médecine de Limoges est le seul à avoir accepté de diffuser l'enquête à tous les internes concernés via son mailing. Pour tous les autres services de scolarité de 3<sup>e</sup> cycle, et les départements de médecine générale, ils n'ont jamais donné suite à notre demande (soit nous avons obtenu un refus, soit nous n'avons jamais eu de réponse).

Nous avons sollicité l'ISNI (Inter-Syndicale Nationale des Internes) et l'ISNAR (Inter-Syndicale Nationale Autonome Représentative des Internes de Médecine Générale) mais les deux n'ont jamais répondu.

Nous pouvons ainsi constater l'efficacité supérieure du mailing pour obtenir un maximum de réponses lors de la diffusion de notre enquête (il aurait permis de recueillir environ 75% des réponses). En effet les villes qui ont répondu majoritairement sont celles qui ont accepté notre demande de diffusion via leur mailing.

A l'inverse, la diffusion sur les différents groupes du réseau social Facebook n'a visiblement pas permis d'obtenir un nombre très important de réponses (autour de 25%). Ce qui est surprenant, nous aurions pu nous attendre à l'inverse, car notre population cible étant jeune, et les jeunes utilisant massivement les réseaux sociaux, l'utilisation de ceux-ci aurait pu

maximiser le nombre de réponses. Cependant, il faut souligner d'une part, que les modalités d'accès et de diffusion sur ces groupes sont très laborieuses. La demande d'adhésion dans un groupe Facebook est soumise à l'accord des modérateurs qui gèrent ce même groupe. Les groupes proposés par les associations locales étaient la plupart du temps des groupes privés et donc dédiés uniquement normalement à des internes de médecine générale, nous avons donc peu de chance que notre demande soit acceptée. Lorsque notre demande était acceptée, notre publication dans le groupe était elle aussi soumise à l'accord des modérateurs, et dans certains cas pour des raisons que nous ignorons elle allait directement dans les indésirables du groupe et était donc non visible du plus grand nombre. D'autre part, la visibilité d'une publication sur les réseaux sociaux est très limitée, étant donné les innombrables publications circulant sur ces groupes chaque jour (annonces d'évènements divers, de codes promotionnels, de recherches de logement, de ventes d'ameublement, de questions personnelles diverses des adhérents...).

### **Autoévaluation du niveau de connaissance en santé mentale**

Les répondants ont évalué leur niveau de connaissance en santé mentale seulement légèrement au-dessus de la moyenne (5.6/10), résultat que nous pouvons mettre en corrélation avec l'insuffisance de leur formation. Le meilleur niveau de connaissance concerne la dépression et les troubles anxieux qui sont les troubles psychiques les plus fréquents rencontrés dans la population générale. Le plus faible niveau de connaissance concerne les troubles de la personnalité et la schizophrénie. La schizophrénie est généralement le trouble psychique autour duquel les représentations et attitudes négatives sont les plus nombreuses, et donc le trouble le plus stigmatisé.

Il semble donc nécessaire que les internes de médecine générale puissent acquérir de meilleures connaissances sur les pathologies psychiques au cours de leurs études de médecine.

### **Formation des internes**

Nos résultats mettent en lumière deux points fondamentaux. Le premier point est que la formation dédiée aux troubles psychiques pendant les études de médecine est largement insuffisante, comme l'indiquait une écrasante majorité des enquêtés (84,2%). Le deuxième point est que le passage en stage dans un service de psychiatrie modifie positivement le regard porté sur les troubles psychiques dans une immense majorité des cas (dans 81,7% des cas dans notre étude).

La question de cette maigre place accordée à la psychiatrie dans la formation des étudiants en médecine (théorique et pratique), et ce tout au long de leurs études, a des conséquences majeures, et contribue à la fois au maintien des représentations négatives et des préjugés, et probablement aussi à l'impopularité et au désintérêt qu'ont les étudiants pour la spécialité psychiatrie, qui ne se dirigent donc que rarement vers ce choix. De plus, l'importance du relationnel en psychiatrie, des techniques d'entretiens, de l'aptitude à désamorcer des crises, de l'empathie, des connaissances des maladies mentales : tout n'est pas inné, tous ces éléments sont nécessaires pour pouvoir prodiguer des soins de qualité.

Plusieurs études récentes menées dans différents pays indiquent que la formation des étudiants, et en particulier le passage dans un service de psychiatrie (souvent appelé dans les études

« l'exposition à la psychiatrie ») améliore d'une part les représentations et attitudes des étudiants en médecine à l'égard de celle-ci (44,45,52) et d'autre part, elle améliore également considérablement leurs connaissances en psychiatrie (54).

Dans l'étude publiée en 2020 de Baminiwatta et al. (52), les auteurs étaient surpris du principal résultat : les étudiants en médecine avaient en effet généralement une attitude favorable à l'égard de la psychiatrie (sur l'ATP-30, qui est une échelle de mesure des attitudes à l'égard de la psychiatrie, 92,2% ont montré une attitude globalement positive, seulement 6,2% ont globalement fait preuve d'une attitude négative, et le reste (1,6%) a montré une attitude neutre). Les auteurs pensent que c'est justement l'introduction récente de la psychiatrie en tant que matière majeure au programme des études de médecine, et donc le renforcement et l'amélioration de la formation psychiatrique, qui pourrait expliquer, au moins en partie, l'attitude positive démontrée par ces étudiants. De plus, un autre constat de l'étude portait sur la durée de la formation. Les étudiants qui avaient bénéficié d'une durée plus longue de formation en psychiatrie avaient de meilleures attitudes que les autres (avec un meilleur score dans 5 des 8 domaines d'attitude de l'ATP-30, c'est-à-dire dans l'attitude à l'égard du traitement, des institutions, de la profession, de la formation et de la psychiatrie en tant que discipline). Ainsi une plus longue durée d'exposition à la psychiatrie a été associée à une plus grande volonté de devenir psychiatre à l'avenir. Dans leur conclusion, les auteurs disent même « on ne peut donc recommander que l'augmentation de la durée de la formation en psychiatrie pour que cela puisse contribuer à réduire la stigmatisation de la psychiatrie parmi les étudiants ».

### **Représentations concernant la maladie mentale**

Tout au long de notre étude, nous avons utilisé les termes « troubles psychiques » ou « troubles mentaux » ou « psychiatrie » afin d'évaluer les représentations et attitudes qui pouvaient y être associées. Nous ne souhaitons pas nous concentrer sur les représentations d'un trouble psychique spécifique ou identifié, mais plutôt pouvoir appréhender les représentations associées à la maladie psychique en général.

La question des 3 premiers mots associés aux troubles psychiques avait pour objectif d'observer si certains mots étaient significativement plus attachés à cette thématique dans l'esprit des internes de médecine générale, et si certains faisaient référence à des représentations sociales potentielles. Les deux mots les plus cités ici étaient eux-mêmes des troubles psychiques, et donc des termes médicaux. Le premier mot le plus cité était « Dépression » suivi du mot « Anxiété ». Ceci faisant probablement référence au fait que ces deux troubles psychiques sont les plus rencontrés en cabinet de médecine générale, et il s'agit de mots génériques facilement utilisés en population générale. Le troisième mot le plus cité était « Difficile ». Ce dernier reflète un point important de notre étude, à savoir la perception par les enquêtés de la psychiatrie (que ce soit la spécialité, les troubles psychiques, ou la prise en charge des patients) comme une spécialité complexe au quotidien. Le mot « Difficile » faisant référence selon sa définition, à « ce qui n'est pas facile à réaliser, qui exige des efforts importants », ou encore « qui demande un effort intellectuel, des capacités, pour être résolu et compris ».

Étonnamment, il faut noter que le mot « Schizophrénie » n'a été cité que 7 fois et le mot « Délire » une seule fois. Nous nous attendions à un résultat plus élevé, la schizophrénie

prenant souvent une place majoritaire dans l'esprit collectif quand le sujet des troubles psychiques est abordé. Cependant dans l'étude en population générale Française de Roelandt et al. (12), dans les dix mots attachés les plus significativement à la thématique du « malade mental » n'apparaissait pas non plus la schizophrénie, les 3 mots revenant le plus étant : cerveau, maladie, et troubler. Dans la thèse de Benjamin Vinnac (55) qui étudiait les représentations sociales de la maladie mentale auprès du personnel travaillant en EHPAD (Etablissement pour Personnes Agées Dépendantes), sur une liste de 25 mots proposés, les répondants devaient choisir ceux qui illustraient le plus pour eux un problème de santé mentale et le mot « Schizophrénie » a été choisi par plus de 74% des professionnels, le mot « Délire » par plus de 60% (près de 31% pour « Déprime » et 28% pour « Angoisse »).

Soulignons que dans notre enquête, les trois mots principaux cités ne font pas référence au danger ou à la peur (les mots « Agressivité » et « Fou » n'ont été cités que 2 fois, les mots « Peur », « Danger », « Violence » une seule fois), alors que ces notions se retrouvent pourtant majoritairement dans les perceptions des internes de médecine générale à l'égard des patients.

Un peu plus de la moitié des internes interrogés estimait avoir des représentations négatives et/ou préjugés concernant les maladies psychiques. Ce résultat est encourageant, avoir conscience de ses propres représentations et pouvoir les identifier, est le premier pas pour les modifier, voire les faire disparaître.

### **Attitudes concernant la maladie mentale**

Dans notre enquête, le sentiment d'être à l'aise dans la prise en charge des patients souffrant de troubles psychiques est loin d'être acquis, la majorité des internes ne se sentant que parfois à l'aise. Ils sont plus à l'aise dans leur prise en charge pour les troubles qu'ils connaissent le mieux (dépression), et plus en difficulté pour les troubles qu'ils connaissent le moins (idées délirantes), ce qui semble logique. Ce sentiment d'être à l'aise peut être influencé par divers facteurs, tels que la confiance en soi et le niveau de connaissances (nous avons montré que les internes jugeaient leur formation insuffisante), le niveau de sécurité, la familiarité avec la situation ou les personnes, ainsi que la perception de contrôle. Nous allons voir ci-dessous comment certains de ces facteurs sont altérés chez les internes de médecine générale lors de leur prise en charge des patients souffrant de troubles psychiques.

Face à un patient souffrant de troubles psychiques, trois quarts des répondants pouvaient ressentir de la peur, plus de 80 % d'entre eux pouvaient percevoir ces patients comme dangereux, plus de 65% d'entre eux pouvaient ressentir un besoin de distanciation sociale et la notion d'incurabilité pouvait être présente chez plus de 80 % des interrogés. Autrement dit, tout comme dans l'étude de Roelandt et al. (12), l'image du « malade mental » dans la population générale renvoie à celle du « fou » pour les comportements violents et toutes les notions associées (anormalité, danger, incurabilité, exclusion, nécessité d'hospitalisation sous contrainte). Dans notre population étudiée, l'image du patient ayant des troubles psychiques renvoie donc également à celle du « fou » observée en population générale, autant pour les notions de peur et de danger que celles de besoin de distanciation sociale ou d'incurabilité.

Même si ces représentations restent très présentes dans notre enquête, nous pouvons malgré tout nuancer sur le fait qu'elles semblent peut-être moins systématiques qu'en population

générale. En effet, une majorité des interviewés ont répondu « parfois » pour le sentiment de peur, la perception de danger, le besoin de distanciation sociale et la notion d'incurabilité.

Dans l'étude Française et multicentrique de Roelandt et al. (12), les représentations sociales liées à 3 items avaient été décrites : celles liées au « fou », à la « maladie mentale » et au « dépressif ». Les représentations sociales liées à la « maladie mentale » en population générale étaient très négatives. De nombreux comportements violents et dangereux étaient associés à l'image du malade mental (comme commettre un viol pour 46% des interrogés, être violent envers les autres pour 43%, battre régulièrement son conjoint ou ses enfants pour 40%). Pour près de la moitié des enquêtés, un « malade mental » ne pouvait pas guérir. Etaient aussi attribués le délire (pour 48% des enquêtés), la déficience intellectuelle (pour 48% également). A l'inverse, n'étaient pas attribués le fait de pleurer (1,1% des interrogés), de se suicider (8%), d'être isolé (3%), d'être anxieux (3%), ces personnes étant donc perçues comme ayant guère d'émotions.

Dans cette étude, dans les mots utilisés par les Français, le « malade mental » a hérité de tous les stigmates du « fou », à la différence que contrairement au « fou », on peut lui attribuer une maladie et/ou une cause médicale, mais cette caution médicale ne diminuait pas les représentations négatives existantes et ne le rendait pas plus acceptable par la société. Comme le disent les auteurs dans leur rédaction, « pour Henri Ey, en ne parlant que de maladies mentales, on aurait pu réduire la question de la folie à une insignifiance. Ce n'est manifestement pas le cas. »

Dans cette enquête, la notion du « fou » et de son image dans l'imaginaire collectif est d'ailleurs tout aussi frappante. En population générale, il « est inadapté au monde, à la société, à la réalité, il ne correspond à aucun des schémas qui régissent l'individu. La seule loi concernant le « fou » est qu'il n'est concerné par aucune. Il ne semble pas répondre à la psychologie humaine ; on peut même se demander s'il répond aux lois de la physique. Le « fou » a quelque chose d'irréel tant il n'est pas de cette réalité. C'est de l'imprévisibilité, du fou que naît le danger. Ne correspondant à rien il est capable de tout. » Si le terme de « fou » s'emploie de moins en moins pour laisser place au terme de « malade mental », les stigmates qui y sont associés eux ne disparaissent pas.

D'autres constats sont à relever dans cette étude (12) :

- Le fait que « selon le milieu social, les différences dans les représentations sont étonnamment faibles, comme si l'univers culturel de classe était largement dominé par celui de la société toute entière » (56).
- Un autre constat est que les représentations des personnes présentant des troubles mentaux diffèrent peu de celles de l'ensemble de la population, aboutissant à de l'auto stigmatisation.
- Les actes criminels sont spontanément « médicalisés » (on pourrait dire aussi « psychiatrisés ») par la population, et déresponsabilisés, et le lieu où devrait être ces « criminels-médicalisés-déresponsabilisés » est essentiellement l'hôpital psychiatrique.

Personne ne semble donc pouvoir échapper à ces représentations ? Ni les professionnels de santé, qu'importe le milieu social, ni les malades eux-mêmes ? Nous comprenons mieux pourquoi la lutte contre la stigmatisation des patients souffrant de troubles psychiques est si difficile. Il est plus que nécessaire de faire cesser cette confusion entre « maladie mentale » et « délinquance - criminalité » qui est omniprésente dans notre société. Justice et psychiatrie,

prison et hôpital psychiatrique, enfermement et soins ne doivent pas être confondus (5). C'est cette confusion qui alimente probablement en partie la peur de la société (dans l'étude de Roelandt et al.), et la peur des internes de médecine générale (dans notre enquête) du « malade mental », les actes dangereux et anormaux étant attribués dans l'imaginaire collectif essentiellement et majoritairement au « fou » et au « malade mental ». C'est ainsi que la médecine psychiatrique devient dans cet imaginaire « un garant de la sortie des malades mentaux ». La folie ne serait plus au XXI<sup>ème</sup> siècle l'expression angoissante de la psychose, mais elle devient le stigmate de l'acte criminel commis par le sujet désigné comme tel, et la dangerosité devient le domaine de compétence majeur assigné aux psychiatres autant par les partenaires judiciaires que par le politique et le public, alors que cela n'entre peut-être pas dans leur champ des connaissances (57). Selon Giordana (18), cet angle nous permet d'appréhender le débat sur la nécessité d'encadrer médicalement les individus violents, voire criminels sortant de prison, la psychiatrie représentant ici cette possibilité de garantir la vie dans la cité pour ceux-ci, le garant social de la non-récidive donc et non pas du soin. Dans cette conception, elle serait une discipline censée expliquer, soigner, guérir le délinquant transformé en « fou » ou « malade mental » suivant les cas.

Le stéréotype de la dangerosité associé à la maladie mentale reste omniprésent aujourd'hui dans la société. Et comme le suggère notre enquête, il touche même les professionnels de santé. Une enquête réalisée en 2018 par la fondation Pierre-Deniker (58) montrait que 77 % des médecins généralistes et 90 % des pharmaciens mettent en avant la dangerosité de la schizophrénie. D'ailleurs, cette enquête confrontait pour la première fois en France le point de vue du grand public, des patients et des aidants, des professionnels de santé, et de décideurs publics sur le sujet de la schizophrénie. Les conclusions sont similaires aux nôtres. La fondation Pierre Deniker insiste sur ce point : « les résultats interpellent sur le déficit de connaissances de tous les répondants mais plus spécifiquement des professionnels de santé, qui semblent victimes eux aussi de représentations inexacts. La stigmatisation de la pathologie paraît s'exprimer au sein même du corps médical ». Ils concluent que les résultats de ce baromètre questionnent sur la formation initiale et continue, et sur l'information donnée aux professionnels de santé.

Pourtant, déjà en 1987 la National Mental Health, association aux Etats-Unis rappelait que « les personnes atteintes d'une maladie mentale ne sont pas plus à risque de réaliser un crime que les autres membres de la population générale ». Dans la population des patients souffrant de troubles psychiques, les données de la littérature concernent surtout la violence et la criminalité dans le sous-groupe des personnes souffrant de schizophrénie. Souvent ces études présentent de nombreuses limites méthodologiques, à la fois dans leurs méthodes et à la fois parce que les notions de violence et de dangerosité sont difficiles à circonscrire et donc à mesurer (18). Seuls 3 à 5 % des actes de violence seraient attribuables à une pathologie mentale (59,60). De plus, si les patients font peur à la population générale, les études internationales montrent que, quand il y a expression de violence chez ceux-ci, c'est le plus souvent à l'encontre des membres de leur famille, et exceptionnellement à l'encontre de personnes sans aucun lien avec le patient (61,62). L'Unafam (Union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques) rappelle dans ce sens que, pour les aidants, « le quotidien avec leur proche malade est parfois difficile, mais ce qui génère un sentiment d'insécurité dans les familles c'est la situation de non soin, l'absence d'interventions de professionnels spécialisés à domicile en cas de crise ou une sortie trop rapide de l'hôpital ». Le sentiment d'insécurité

étant ici lié au fait d'être confrontées à l'expression violente du mal-être de leur proche en rupture de soins, au sentiment d'impuissance face à cette situation, et au sentiment de ne pas être assez écoutées.

Dubreucq et al. (60) rapportent un taux d'homicide de 0,16/100 000 pour les patients souffrant de troubles psychiques. Ils rappellent que la maladie mentale n'est pas prédictive en soi de l'acte violent et que les facteurs de risque généraux pour les actes violents dans la maladie mentale sont en fait les mêmes qu'en population générale (17,18) : jeune âge, sexe masculin, statut socio-économique précaire, abus d'alcool et de toxiques, antécédents de violence. Les troubles psychiatriques et la criminalité partagent de nombreux facteurs de risque communs, ce qui entretient la confusion (17). En pratique clinique, la violence ne résulte pas d'une addition de facteurs selon un modèle linéaire de causalité directe (61). D'autres facteurs que la maladie psychique interviennent donc pour cumuler ce risque et ne doivent pas être oubliés : des facteurs démographiques, biographiques, situationnels, contextuels et cliniques.

Contrairement aux idées reçues, les patients souffrant de troubles psychiques sont le plus souvent victimes de violences, qu'agresseurs eux-mêmes. D'une part, la violence est surtout retournée contre eux (10 à 15 % des patients vivant avec une schizophrénie se suicident, près de la moitié réalisent une tentative de suicide au cours de leur existence (63)). D'autre part, ils sont 7 à 17 fois plus agressés que la population générale et leur vulnérabilité particulière conduit à ce que ces personnes ne signalent que rarement les atteintes dont elles sont victimes (17,61).

Cette stigmatisation est donc très puissante pour les patients souffrant de troubles psychiques et par extension aux services de soins psychiatriques, et nous pouvons comprendre aisément qu'elle est responsable de conséquences majeures, notamment sur l'accès aux soins. La relation entre les patients et leurs médecins, socle de l'alliance thérapeutique, revêt une importance capitale dans la qualité des soins dispensés et dans le processus de rétablissement des personnes concernées. Ainsi, la stigmatisation entourant les troubles psychiques peut affecter cette relation entre le médecin généraliste et le patient. Nous comprenons comment les représentations négatives et idées préconçues sur la maladie psychique peuvent entraîner une réticence envers le patient, une réticence à aborder et à traiter certains troubles ou symptômes. Comment pouvoir établir sereinement ce lien, lorsqu'on se sent mal à l'aise, méfiant, ou encore quand on ressent de la peur ? L'enquête réalisée par la fondation Pierre Deniker abordait également ce point fondamental (58) : « En filigrane on décode aussi l'appréhension et la relation non sereine avec les malades, ce qui peut interroger sur la qualité et de l'accueil et de l'alliance. »

### **Influence des médias**

Sans surprise, nos résultats montrent l'influence négative des médias sur les représentations des troubles psychiques, avec plus de 40% des enquêtés qui déclaraient avoir été influencés négativement par ceux-ci. Ce chiffre souligne l'ampleur et le pouvoir de cette influence, et nous pouvons considérer que si même une population médicale, qui rencontre régulièrement en réel des patients, est autant influencée par ce que véhiculent les médias, alors les répercussions sur le grand public (qui n'a pas le socle de connaissances médicales, et qui n'a

le plus souvent pas rencontré beaucoup de personnes souffrant de troubles psychiques) doivent être bien supérieures.

Les médias jouent un rôle majeur dans la stigmatisation des troubles psychiques en véhiculant massivement des stéréotypes péjoratifs sur la maladie mentale, que ce soit à travers la presse écrite, les émissions de télévision ou le cinéma. La plupart des études analysant la façon dont les médias relatent des événements ou des situations qui concernent des personnes souffrant de troubles psychiques font le constat d'un angle de vue inchangé depuis une quarantaine d'années (18). Le ton est tantôt à la recherche du spectaculaire, de l'épouvante, tantôt celui du ridicule et de la dérision. La personne souffrant d'un trouble psychique est essentiellement présentée comme violente et dangereuse. En dehors de ces deux notions, on y trouve aussi régulièrement l'incurabilité, l'asociabilité et la déficience intellectuelle.

De multiples études (54,64) établissent le lien entre exposition aux médias et attitudes négatives face aux malades psychiques. Angermeyer et al. (64) font même apparaître un lien étroit entre « consommation » de médias (le nombre d'heures passées devant la télévision) et certaines attitudes (renforcement du rejet des malades psychiques, du besoin de distanciation sociale).

Pour illustrer la souffrance des patients face à cette stigmatisation, Friard, infirmier en psychiatrie et animateur de groupes de parole, relevait le sentiment de révolte des patients lorsque l'on représentait les fous comme des délinquants au journal télévisé. Ils s'interrogeaient néanmoins, tous, sur la possibilité un jour de perdre le contrôle de leurs actes. Ils évoquaient le sentiment de fragilité lorsque les médias mettaient en avant un acte commis par un « dangereux schizophrène ». Ils tendaient alors à rester davantage chez eux, ne supportant pas le regard suspicieux des autres et des commerçants qui les environnaient et se demandaient parfois à quoi servaient les soins (65).

Ce sont ces présentations tendancieuses régulières, motivées certainement par des impératifs professionnels de recherche du « sensationnel » et d'« accroche » du grand public qui contribuent chaque jour à la stigmatisation des personnes souffrant de troubles psychiques et à l'amplification des conduites de discrimination et d'exclusion sociale. En tant que professionnel de santé, il est difficile de ne pas s'insurger du traitement médiatique des événements concernant le champ de la psychiatrie. La question qui se pose alors est la suivante : quelles informations peut-on transmettre aux médias afin d'inverser cette dynamique ? Serait-il possible d'envisager que ces deux univers, professionnels de la santé mentale et médias, se rencontrent régulièrement dans un contexte pacifié, afin d'échanger sur les possibilités d'action et de communication contre la stigmatisation des troubles psychiques ?

### **Influence de l'entourage**

Parmi les enquêtés ayant une personne de leur entourage concernée par un trouble psychique, plus de 40% d'entre eux déclaraient que cela avait modifié positivement leur regard sur les troubles psychiques, et presque autant déclaraient qu'ils n'avaient pas été influencés. Une minorité (17,3%) déclaraient avoir été influencés négativement.

Généralement, les études s'accordent sur le fait que la présence d'une personne proche atteinte de maladie mentale est associée à des attitudes plus positives envers la psychiatrie (45,47,52).

Autrement dit, les personnes ayant déjà eu des contacts avec des malades psychiques adoptent une attitude plus positive envers eux. Les émotions joueraient un rôle primordial : les personnes qui ont acquis de l'expérience avec des patients montrent plus d'empathie, de serviabilité, et en même temps les craignent moins (18). C'est d'ailleurs sur ce principe que se fondent certaines associations pour lutter contre la stigmatisation. Ce point est crucial dans la réflexion sur l'efficacité des campagnes de lutte contre la stigmatisation. En effet, les campagnes d'information et de sensibilisation ne modifient pas ou peu les opinions négatives et la volonté de mise à distance sociale de la part de la population (18), même si elles améliorent les connaissances de celle-ci. Avoir du « savoir » ou de la « connaissance » ne semble donc pas suffire à changer les attitudes de la population ! Ce constat met en lumière la différence entre le savoir intellectuel et l'éprouvé émotionnel. A ce sujet, le Dr Christophe André expliquait dans une de ses interviews que souvent, le simple fait de savoir ne suffit pas à nous faire changer, même si nous prétendons être des êtres rationnels et que nous connaissons bien la théorie. C'est plutôt l'expérience vécue, et peut être les émotions et l'impact qu'elle génère en nous (positif ou négatif, bénéfique ou blessant, empathique ou antipathique), qui peut entraîner un changement réel dans nos représentations et nos attitudes. Cette théorie suggère que, c'est seulement en ayant vécu ce type d'expériences auprès des personnes souffrant de troubles psychiques que le grand public pourra changer son regard sur elles. Peut-être alors que cet « autre », par ce qu'il nous fait ressentir, sera perçu comme plus familier, et sa différence ne sera plus associée à la peur ou à la dangerosité.

Dans une étude auprès du grand public en Allemagne, Angermeyer et al. (66) ont montré que sur 20 ans, si l'attitude du public à l'égard des professionnels, des maladies, et des soins de santé mentale s'était considérablement améliorée, les attitudes à l'égard des personnes atteintes de maladies mentales étaient restées inchangées ou aggravées (les répondants avaient tendance à exprimer plus de peur de la part des personnes atteintes de schizophrénie et se sentaient plus inconfortables et peu sûrs avec eux, et exprimaient un désir plus fort d'éloignement social, que deux décennies plus tôt en 1990). D'autres études réalisées aux États-Unis, en Australie et dans certains pays européens ne constataient pas non plus d'amélioration sensible des attitudes à l'égard des personnes atteintes de maladie mentale (67,68).

Ces résultats confirment qu'une modification des représentations ne s'accompagne donc pas pour autant d'une plus grande acceptation des personnes atteintes de maladie mentale et d'une modification positive des comportements. Ce malheureux constat est inquiétant et nous pouvons nous interroger sur les possibilités de changement des préjugés et attitudes. Les idées reçues au sujet de ces troubles sont-elles immuables ? Si essayer de changer les représentations négatives concernant les maladies mentales est un défi de taille, changer les attitudes et comportements qui en découlent (rejet, exclusion sociale) en est un autre tout aussi capital.

### **Perte de chance pour l'accès aux soins somatiques**

La quasi-totalité des enquêtés a estimé que les troubles psychiques peuvent être une perte de chance pour l'accès aux soins somatiques. Pourtant, seulement 24% d'entre eux étaient toujours aussi systématiques dans leurs examens cliniques et paracliniques concernant les patients souffrant de troubles psychiques et consultant pour une plainte somatique. Ce résultat est surprenant et paradoxal. Pourquoi cette différence de prise en charge, bien que conscients de cette perte de chance potentielle pour les patients ?

L'accès aux soins, psychiatriques et somatiques, est un problème de taille pour ces patients. La discrimination et la stigmatisation ont de toute évidence des effets délétères sur le diagnostic, l'évolution de la maladie, sur le pronostic, et sur la mise en place de soins de bonne qualité en général (18). De nombreuses personnes ne consultent pas ou attendent le dernier moment pour le faire à cause de leurs propres représentations et de l'auto stigmatisation. Pour des difficultés psychiques, quand elles décident de consulter, elles envisagent de consulter un médecin généraliste qu'elles jugent plus facilement accessible avant d'envisager en dernier lieu de prendre contact avec un psychiatre (12). Le rôle ici du médecin généraliste en tant que premier interlocuteur est donc fondamental. Nous savons qu'il est nécessaire de reconnaître le plus précocement possible la maladie psychique et que le traitement sera d'autant plus efficace qu'il débutera tôt.

Les patients souffrant de troubles psychiques graves ont des taux plus élevés de mortalité et de morbidité, et ainsi une espérance de vie réduite. En effet, ils ont de 40 à 60% plus de risques que la population générale de mourir prématurément (69), du fait qu'ils souffrent de problèmes de santé physiques qui passent souvent inaperçus (comme les cancers, les maladies cardiovasculaires, le diabète). Cette mortalité accrue peut s'expliquer par plusieurs facteurs, comme une moins bonne prise en charge somatique (comme le suggère notre enquête) alors même que les comorbidités sont nombreuses, des effets indésirables des médicaments (comme le syndrome métabolique), un environnement psychosocial défavorable, ou encore un risque suicidaire majoré (17). Pourtant, ces patients ne bénéficient pas du même accès aux soins somatiques que la population générale. Comparés aux patients non identifiés avec une maladie mentale, de nombreuses études montrent cette inégalité d'accès aux soins, celui-ci pouvant être retardé, inadéquat et/ou non optimal pour ces patients (19-21), les professionnels de santé les orientant moins vers des spécialistes, examens complémentaires, ou traitements appropriés (35,70,71). L'hypothèse étant que les représentations négatives de ceux-ci seraient en partie responsables de ce constat, et influenceraient leurs décisions en matière de soins (35,72). On peut citer, leur pessimisme quant à l'adhésion de ces patients aux soins proposés (20), leur manque de connaissances des pathologies psychiatriques, et leurs difficultés dans la compréhension de la description des symptômes par les patients, dans leur communication avec eux, notamment dans le cas des troubles psychotiques (73). Les cliniciens eux-mêmes soupçonnaient avoir fréquemment sous-estimé les symptômes des patients, en raison de ces difficultés, et les plaintes de ceux-ci pouvaient ne pas être prises au sérieux. L'inconfort et la malaisance dans la relation thérapeutique avec ces patients étaient aussi cités (74). Selon Thornicroft et al. (35), ce phénomène de stigmatisation était particulièrement présent dans les services d'urgence, les patients y ressentaient fréquemment un manque de respect et de dignité, un manque d'informations concernant leur prise en charge et le sentiment de ne pas être pris au sérieux concernant leurs plaintes somatiques. La notion de « diagnostic overshadowing » est ici évoquée et renvoie à l'idée que toute perception du patient est attribuable à la manifestation de sa maladie psychiatrique. Les plaintes somatiques sont ainsi évaluées par les médecins dans l'ombre des symptômes ou du diagnostic psychiatrique et par conséquent sont négligées, ignorées, et/ou attribuées à tort à la maladie psychiatrique. De ce fait, le patient reçoit un diagnostic ou un traitement inadéquat. Certains urgentistes rapportaient qu'une fois l'étiquette « maladie psychiatrique » présente dès l'arrivée aux urgences, leurs réflexions étaient influencées, et ils pouvaient accorder moins de temps à la prise en charge, aussi parfois par craintes d'actes de violences (75).

Les attitudes des médecins généralistes de Hong Kong (76) s'orientaient également dans ce sens. Ils considéraient les patients souffrant de schizophrénie comme moins compliants aux soins, émettaient davantage de doutes quant à leur capacité à être impliqués dans les décisions thérapeutiques, se sentaient impuissants vis-à-vis de leur prise en charge. Ils les considéraient également comme imprévisibles, et étaient mal à l'aise et réservés quant à leur poser des questions personnelles. Par ailleurs, la majorité des praticiens considéraient les patients avec un trouble psychiatrique comme étant « difficiles » et nécessitant de longues consultations, et ils considéraient souvent que les affections douloureuses du patient étaient d'origine psychologique plutôt que physique.

Nous comprenons mieux comment les représentations des médecins à l'égard des maladies psychiques peuvent influencer l'évaluation des symptômes présentés par le patient, l'estimation de la présence d'une maladie organique, et la prise de décision pour faire pratiquer des examens complémentaires. L'utilisation des services de santé et la qualité des prises en charge apparaissent ainsi réduites par rapport à celles dont bénéficie la population générale. Ce constat concerne tous les champs de la santé : la détermination d'un diagnostic, les soins préventifs et curatifs, les actions de dépistage, l'accompagnement en fin de vie. Ces inégalités, associées à la présence de davantage de comorbidités somatiques, retentissent très largement sur l'espérance de vie de ces patients (19).

Afin que les troubles psychiques soient mieux pris en charge par les services de soins primaires, l'OMS et le rapport Cléry-Melin et al. recommandaient que les bases essentielles de la santé mentale soient enseignées au personnel de la santé générale (6,7). En particulier, les capacités diagnostiques et les compétences en relation d'aide des médecins généralistes devraient pouvoir être perfectionnées à l'aide des formations initiales et continues.

### **Collaboration entre psychiatres et autres spécialités**

Les internes déclaraient en majorité l'insuffisance de la collaboration entre psychiatres et autres spécialités. A ce titre, il est important de noter qu'un rapport de 2018 de la Haute Autorité de Santé (77) souligne en France « une coordination insuffisamment développée entre le médecin généraliste et les professionnels spécialisés en psychiatrie et santé mentale » pouvant « aboutir à des ruptures de soins, susceptibles d'avoir des conséquences importantes pour le patient, tant sur le plan psychiatrique que somatique. » Le rapport décrit des échanges de courriers moins systématiques, des demandes des médecins généralistes pas toujours formulées de manière explicite, des psychiatres et psychologues peu accessibles, mais aussi des difficultés d'accès aux médecins généralistes des professionnels de santé mentale. Dans ce sens la HAS a publié un guide pour aider les professionnels à développer et renforcer la coordination interprofessionnelle dans la prise en charge des patients adultes souffrant de troubles mentaux. Dans ce guide, diverses propositions sont abordées, telles que des outils pour améliorer la communication entre ces deux secteurs, des lieux d'exercice partagés, des dispositifs de soins partagés, la coordination du parcours santé, et ce dans le but de mettre en place des soins collaboratifs et intégrés. A titre d'exemple, nous pouvons citer le dispositif de soins collaboratifs entre la médecine générale et la psychiatrie publique dans le 37 (78). Il propose : la possibilité de demander un avis psychiatrique en articulation avec les CMP (Centre Médico Psychologiques) à destination des médecins généralistes, des psychothérapies de groupe pour certains troubles identifiés (dépression, insomnie, bientôt anxiété et souffrance au travail) sur

orientation de leur médecin généraliste et/ou psychiatre, la diffusion et le partage d'une culture commune concernant les soins primaires et la santé mentale avec des soirées thématiques pluri professionnelles.

Le médecin généraliste est un acteur majeur de la prise en charge des troubles mentaux. Il participe à la détection et au traitement des troubles psychiques et accompagne les patients dans le cadre d'une prise en charge globale. C'est pourquoi il est nécessaire d'améliorer la continuité des prises en charge et d'éviter les ruptures de soins en visant l'alliance thérapeutique, et ainsi de mieux prévenir et prendre en charge les troubles mentaux d'une part, et les comorbidités somatiques, plus fréquentes chez les patients souffrant de troubles mentaux, d'autre part.

### **Moyens pour la recherche en santé mentale**

La quasi-totalité des internes pensait qu'il est nécessaire d'allouer plus de moyens pour la recherche en santé mentale.

Ce résultat est loin de ceux observés en population générale. Angermeyer dans sa préface de « La stigmatisation en psychiatrie et en santé mentale » cite les résultats d'une de ses enquêtes réalisées en Allemagne (18). Aux questions de savoir pour quelles maladies les dépenses pour le traitement ou pour la recherche pourraient-elles être diminuées, les réponses choisies en premier étaient la schizophrénie, l'alcoolodépendance et la dépression, tandis que l'infarctus du myocarde et le cancer étaient rarement cités. La population semble donc penser qu'il existe un potentiel d'économies à réaliser principalement pour les maladies psychiques, ce qui n'est pas dépourvu d'une certaine ironie étant donné que dans ce domaine, les ressources financières sont déjà relativement faibles, comme le souligne Angermeyer. Il interroge aussi les conséquences potentielles d'une telle enquête si ces résultats étaient utilisés pour prendre des décisions politiques. Il semble clair qu'il n'est pas populaire de s'engager en faveur des intérêts des patients souffrant de troubles psychiques.

En France, il existe un déficit de la recherche en psychiatrie, avec seulement 2% du financement public de la recherche médicale alloué à la recherche en psychiatrie, comparativement à 7% au Royaume-Uni et 16% aux États-Unis (79). Dans ce sens, la stigmatisation affecte aussi la production de nouvelles connaissances scientifiques sur la maladie psychique. Moins de chercheurs sont attirés par ce domaine qui offre peu de possibilités et moins de fonds (80). Par conséquent, le rythme des nouvelles découvertes en santé mentale peut être ralenti par rapport à d'autres spécialités. Dans le cadre du plan d'action global pour la santé mentale 2013-2030, l'OMS souligne la difficulté à financer la recherche en santé mentale et la nécessité de la développer (81). Nous évoquerons de manière plus détaillée le manque de moyens accordés pour la santé mentale de manière générale.

### **Être soi-même confronté(e) à un trouble psychique**

29.5% des enquêtés ont répondu ne pas pouvoir être confrontés à un trouble psychique eux-mêmes en tant qu'individus et se pensent donc à l'abri de souffrir un jour d'un trouble psychique. Que reflète ce résultat ? Il reflète sans doute cette différenciation entre le « nous » et le « eux » (les malades psychiques), cet « autre », auquel il ne semble pas possible de

s'identifier. Le dénominateur commun à toutes les affections psychiques proposées serait la perception d'une personne différente, la perception d'un individu chez lequel celui qui est interrogé ne peut pas se retrouver (18). C'est justement de cette différenciation dont va découler le processus de stigmatisation. Il reflète sans doute également une certaine peur. Nous pouvons nous imaginer une réticence à envisager pour soi-même l'existence d'une maladie psychique en raison de ses propres opinions et de la conscience que nous avons du sort que fait la société aux personnes concernées par un trouble psychique. Bien-sûr, personne n'est complètement à l'abri de développer un jour un trouble psychique. Les troubles mentaux peuvent toucher n'importe qui, indépendamment de l'âge, du sexe, de l'origine ethnique, du statut socio-économique ou de tout autre facteur. Grenouilloux a écrit à ce sujet (82) : « Pour un professionnel du soin, accompagner le patient souffrant d'une maladie psychiatrique chronique invalidante dans une insertion non normative suppose donc d'accepter – voire parfois de rendre compte – de la singularité des patients comme individus membres de son groupe d'appartenance sans se sentir lui-même menacé. Or, dans la mesure où derrière la représentation sociale de la maladie mentale se cache quelque chose de l'indicible de la folie, cet accompagnement exige aussi d'avoir admis – et le cas échéant de contribuer à faire admettre – que la folie de l'autre soit l'expression de la possibilité de la folie de tout membre du groupe. »

La conscience et l'acceptation de pouvoir soi-même être confronté à un trouble psychique seraient donc nécessaires pour accompagner correctement ces patients ? Pouvoir s'identifier à eux permettrait de réduire le rejet et d'adopter des attitudes plus positives ? Ces questions permettent de faire le lien avec l'émergence du concept de pair-aidance. La pair-aidance repose sur une entraide entre personnes souffrant ou ayant souffert d'une même maladie somatique ou psychique, ou atteintes d'un même handicap. Pour les patients souffrant de troubles psychiques, pouvoir échanger avec une personne ayant vécu une expérience équivalente peut être d'une grande aide en leur permettant de se sentir moins seuls, compris et soutenus, et en ouvrant la perspective d'un mieux-être et d'un rétablissement. La pair-aidance se fonde sur le partage de l'expérience de chacun. Le pair-aidant échange avec les autres sur la compréhension de sa situation et la recherche de solutions aux problèmes qu'il rencontre.

### **La psychiatrie : l'une des 4 spécialités les moins choisies**

La pénurie médicale grave et le désintérêt croissant pour la discipline qu'est la psychiatrie sont extrêmement préoccupants et concernent à la fois la psychiatrie adulte et la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. En effet, elle est de plus en plus délaissée par les étudiants en médecine, phénomène observé à l'échelle internationale. En France, c'est l'une des quatre spécialités les moins choisies par les étudiants. En 2019, le pourcentage de postes d'internes en psychiatrie non pourvus à l'issue des épreuves classantes nationales atteignait son maximum et était de 17,5%. Il était de 11,7 % en 2023 (53). Ce pourcentage a nettement augmenté ces dix dernières années (entre 2012 et 2018, entre 1% et 4% des postes d'internes en psychiatrie restaient vacants). « La psychiatrie mise au ban » était l'un des titres du magazine « What's Up Doc » dans son numéro dédié aux classements des villes et de spécialités en mars 2020. Un titre peu flatteur, voire plutôt agaçant pour ceux qui sont persuadés d'avoir choisi la spécialité la plus passionnante qui soit.

Les études réalisées qui tentent de comprendre ce phénomène, indiquent que la psychiatrie est considérée négativement par les étudiants en médecine depuis de nombreuses années (47,48).

En France, ceux-ci (externes et internes) ont justement été sollicités pour y apporter eux-mêmes des éléments de réponse dans plusieurs enquêtes lancées par l'AFFEP (Association Française Fédérative des Etudiants en Psychiatrie) (22,83) sur les déterminants de l'attractivité de la psychiatrie.

Par l'intermédiaire de notre enquête, les internes de médecine générale ont été sollicités aussi dans ce sens. Nous allons revenir sur les items cités majoritairement dans les réponses libres de notre dernière question par ordre décroissant. Pour rappel la question était « Pourquoi selon vous la psychiatrie est l'une des 4 spécialités les moins choisies ? »

**La « difficulté » ou « complexité » de la spécialité dans son exercice :** ce facteur était mentionné par plus de 30% des internes de notre enquête, et était cité aussi par Lyons dans sa revue systématique (47). Rappelons que le mot « Difficile » était également le 3<sup>e</sup> mot le plus cité à la question 7 (« Quand on aborde la question des troubles psychiques, quels sont les 3 premiers mots auxquels vous pensez immédiatement ? »).

Dans leurs réponses, les internes de médecine générale détaillent que cette difficulté concerne à la fois la spécialité en elle-même, les troubles psychiques, et la prise en charge des patients. Beaucoup font référence à la complexité des prises en charge sur un plan émotionnel pour eux-mêmes, évoquant la crainte d'être confrontés à la souffrance psychique au quotidien et d'un investissement personnel et émotionnel trop important. Nous observons ici l'importance de l'affect dans la décision du choix de la spécialité. L'affect est un état de l'esprit tel qu'une sensation, une émotion, un sentiment ou une humeur, qui nous influence et nous motive, dans notre pensée ou dans notre comportement. Ce rôle de l'affect dans la décision du choix de spécialité est probablement sous-estimé dans les études en général, peut-être aussi parce qu'il est plus difficile de l'objectiver. L'idée de chronicité et d'incurabilité dans les prises en charge était aussi largement citées par les internes.

D'autres études insistent sur la complexité des troubles psychiques, dans le sens où leur origine est multifactorielle (biologique, psychologique, systémique, contextuelle et culturelle) (84). Ce niveau de complexité, ainsi que le manque de familiarité des étudiants en médecine avec ce type d'approche bio-psycho-sociale, pourrait expliquer le manque apparent d'attractivité de la spécialité (85).

**L'éloignement du somatique :** pour plus de 23 % des internes. Item cité aussi par Lyons (47).

**Le manque de connaissances et de formation pendant les études médicales :** ce facteur fait écho à notre résultat sur l'insuffisance de la formation concernant les troubles psychiques. De plus, dans leurs réponses les internes expliquent que pendant l'externat, pour eux, la spécialité psychiatrie est perçue comme « floue » « abstraite » « mystérieuse », et qu'elle n'est absolument pas valorisée, et très rarement présentée pendant le cursus. Cet item est cité aussi par d'autres études (45,48).

***Les représentations négatives et la stigmatisation de la spécialité*** : en plus de la stigmatisation habituelle bien connue et de leurs propres représentations, certains ajoutent aussi comme facteur l'importance du regard négatif porté par les autres spécialités sur les psychiatres.

Cette distinction se retrouve dans plusieurs études (23,47,86) et notamment l'étude française de l'AFFEP en 2012-2013 (23), qui décrivait en partie les représentations de l'interne en psychiatrie par les autres spécialités, la discipline étant fréquemment perçue "moins scientifique" que les autres, entretenant une distinction arbitraire entre psychiatres et "vrais médecins". Malgré un profil sociodémographique et scolaire homogène entre internes de psychiatrie et les autres spécialités, de véritables préjugés étaient émis sur l'interne en psychiatrie par les internes non psychiatres : on le jugeait "plus littéraire que scientifique", "bizarre", "n'étant plus médecin", "tire au flanc", "ayant raté l'ECN" voire "contagieux", dernière réponse qui laissait supposer un amalgame entre la santé mentale des internes en psychiatrie et les patients.

Ce fait est aussi important, il confirme qu'en plus des informations formelles (formation, connaissances), d'autres sources informelles d'informations sur la psychiatrie, telles que les médias dont on a déjà parlé, mais aussi les pairs (pouvant être les autres étudiants, collègues, famille, proches), peuvent également potentiellement modifier les attitudes des étudiants (87), et modifier le choix porté vers cette profession.

***Le manque de moyens accordés à la psychiatrie*** : les répondants font référence au manque de moyens par rapport aux autres services et/ou spécialités, « peu de moyens financiers », « isolée par rapport aux autres spécialités », « locaux souvent vétustes », « souvent mise à part ». Autrement dit, une spécialité perçue comme délaissée par les pouvoirs publics, avec de mauvaises conditions d'accueil, de soins, et de travail : une spécialité précaire. Cette dimension quasi politique est probablement largement sous-estimée dans les études habituelles qui s'intéressent aux déterminants de l'attractivité en psychiatrie, et elle mérite toute notre attention.

Giordana dans son ouvrage (18), fait référence à ce manque de moyens en évoquant « la vétusté des établissements et services destinés à accueillir des malades psychiques » ainsi que « les particularités de leur implantation géographique » « généralement éloignés des populations urbaines, dans des banlieues paupérisées faisant elles-mêmes l'objet de fantasmes négatifs ». Le plan de Santé Mentale de 2005-2008 avait d'ailleurs un axe « réinvestir dans les murs » et faisait le constat de conditions déplorables dans lesquelles les malades étaient accueillis et soignés dans certains lieux. L'argument généralement opposé à ce constat était le manque de ressources pour le développement et la réhabilitation des services de santé mentale. L'auteur conclut ainsi : « force est de constater une évidente disproportion entre la gravité des problèmes causés par les maladies psychiques et les ressources (et notamment les moyens économiques) qui sont employées pour y faire face. Il est probable que ce constat d'une plus grande difficulté pour obtenir des fonds destinés aux soins pour les malades psychiques plutôt que pour des malades souffrant d'affections somatiques puisse, au moins en partie, être attribué à la stigmatisation et discrimination liées à la maladie psychique et aux malades psychiques ».

En France, les dépenses de santé octroyées à la psychiatrie se situaient entre 1 et 5 % seulement du budget santé global, selon le rapport OMS 2001 (7). Qu'en est-il de la place réservée à la

santé mentale par les institutions politiques qui nous gouvernent ? Suite à ce rapport, vingt ans plus tard, l'OMS constate à nouveau le déficit d'investissement dans la santé mentale au niveau mondial et étend ses objectifs pour 2030 avec le Plan d'action global pour la santé mentale 2013-2030 (81). Elle souligne la difficulté à financer des politiques publiques de santé mentale, et la nécessité de l'inclure dans les plans d'urgence ainsi que les services de médecine de premier recours, en plus de promouvoir le développement de la recherche en santé mentale. Depuis trop longtemps, la santé mentale a été l'un des domaines les plus négligés de la santé publique, ne recevant qu'une infime partie de l'attention et des ressources dont elle a besoin et qu'elle mérite.

***Une rémunération de la profession estimée trop faible*** : facteur aussi cité par Lyons (47).

***La peur*** : 9 %. Malgré l'immense majorité des internes ressentant de la peur dans leur pratique à l'égard des patients souffrant de troubles psychiques, ce facteur n'est pourtant pas cité en tête de liste des facteurs négatifs pour le choix de la spécialité. Tout comme la notion de danger.

***Le manque de reconnaissance et la considération d'une spécialité moins scientifique*** : facteurs aussi cités (47,48).

L'étude AFFEP (83) retrouve des résultats similaires aux nôtres sur les facteurs :

- Travailler en psychiatrie éloigne trop de la pratique des soins somatiques (66%).
- La psychiatrie et les psychiatres souffrent d'une image dégradée (52%).
- Être confronté à la souffrance psychique est trop difficile (51%).
- Par contre, ici une minorité d'étudiants déclaraient que leur formation théorique en psychiatrie durant l'externat était problématique.
- Comme dans notre enquête, une majorité (70%) des étudiants ayant fait un stage en psychiatrie rapportaient que la rencontre avec les patients ainsi que les discussions avec les équipes avaient modifié positivement leur perception de cette spécialité. Cependant, parmi eux, plus d'un tiers estimait que cela les avait convaincus en dessous de 4/10 de choisir cette spécialité. Pour une majorité, le stage permettait une vision plus positive, mais pas suffisamment pour envisager ce choix de spécialité.

Ce constat est partagé par la quasi-totalité des études : si le passage dans un service de psychiatrie améliore les représentations et attitudes des étudiants en médecine à l'égard de la psychiatrie en général, en revanche, cela n'augmente pas l'intérêt pour la psychiatrie en tant que choix de spécialité (45,47,48,52). Dans une autre étude, Lyons (54) indiquait un résultat différent : le nombre d'étudiants « envisageant définitivement » la psychiatrie comme carrière a doublé après le stage de psychiatrie. Une autre enquête indiquait qu'une plus longue durée d'exposition à la psychiatrie (période de stage plus longue) pendant les études a été associée à une plus grande volonté de devenir psychiatre à l'avenir (52).

Dans tous les cas, la nécessité d'un passage dans un stage de psychiatrie semble fondamentale. Comment se faire une idée juste et fiable d'une spécialité sans y être passé en stage ? Il est nécessaire de pouvoir se projeter quand on fait le choix de sa future spécialité. En effet, selon l'AFFEP « choisir une spécialité sans y être passé en stage en tant qu'externe, ça reste en général assez anecdotique, et peu nombreux sont les téméraires qui se sont lancés dans l'internat de psychiatrie sans en avoir fait une petite expérience au cours de leur externat ». Sachant que 2 étudiants sur 5 ne font aucun stage en psychiatrie, et déclaraient avoir du mal à passer dans un stage de psychiatrie. La question d'instaurer un stage obligatoire en psychiatrie au cours de l'externat, comme c'est déjà le cas pour d'autres disciplines, peut se poser.

L'enquête « Choisir Psychiatrie » (22) qui était destinée aux internes de psychiatrie indique que le stage était déterminant pour ce choix : ceux qui choisissaient psychiatrie connaissaient la spécialité et y étaient passés en stage pour 93% d'entre eux. Contrairement aux idées reçues, la psychiatrie est une discipline volontairement choisie, et non prise par défaut : 82% des internes avaient choisi psychiatrie en premier choix.

Les facteurs positifs attirant vers la spécialité étaient : une meilleure qualité de vie, l'attrait pour les psychothérapies, la possibilité d'exercer en libéral, prendre de la distance avec les soins somatiques. D'autres facteurs cités étaient la stimulation intellectuelle, le sentiment d'une grande tolérance/empathie au sein de la communauté des psychiatres, l'attrait du financier, l'ouverture sur les autres disciplines.

Mais, quatre internes sur 10 déclaraient ne pas être certains d'exercer ce métier toute leur vie à cause de la notion émotionnelle (« épuisement psychologique », « charge mentale excessive »), point qui rejoint notre résultat, et souligne à nouveau l'importance de cette spécificité pour la spécialité.

Concernant les possibilités d'exercices sur le long terme, l'attrait vers le libéral semble de plus en plus important. Un interne sur 4 se projetait en cabinet libéral ou en clinique. Près d'un quart des psychiatres diplômés envisageait également cette perspective. L'hypothèse est que ces projets sont fortement corrélés aux mauvaises conditions de travail à l'hôpital public, associées notamment à la charge administrative ou aux relations complexes avec les directions et l'administration des établissements (point négatif cité par les internes dans cette étude). Si ces résultats peuvent constituer un signal inquiétant pour la psychiatrie publique, faisant craindre une « fuite » massive vers d'autres modes d'exercice, ils mettent aussi en évidence de potentiels leviers d'action dont devraient se saisir les pouvoirs publics. Enfin, conséquence possible du "vécu de stigmatisation très important" de leur spécialité, un interne sur 3 évite toujours ou souvent de mentionner sa spécialité auprès des personnes qu'il rencontre.

Dans une étude française publiée en 2020 sur l'attractivité de la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent (85), les principales raisons évoquées pour le choix de la spécialité étaient l'intérêt pour le travail avec les enfants, l'intérêt pour la psychothérapie et l'influence d'un stage en pédopsychiatrie effectué pendant les études de médecine. Les facteurs d'attrait signalés incluaient la diversité de la pratique clinique, l'approche multidisciplinaire et une perception positive de l'entourage concernant ce choix de spécialité. Le manque d'attractivité de la pédopsychiatrie était principalement attribué à un manque de ressources, à un manque de reconnaissance de la discipline et à la complexité des situations cliniques et sociales rencontrées dans la pratique quotidienne. Enfin, les principaux facteurs susceptibles d'augmenter l'attractivité étaient une meilleure visibilité de la spécialité pendant les études de

médecine, une rémunération plus élevée des pédopsychiatres et une reconnaissance académique accrue. L'exposition précoce pendant les études semblait être l'un des aspects les plus importants du recrutement pour cette spécialité.

Un autre facteur non mentionné dans notre enquête mais pouvant être lié à l'impopularité de la spécialité est la notion de contrainte dans les soins, avec tous les aspects que cela implique avec la question de la privation de liberté et des intrications avec la justice. Cette question à part, celle des soins sans consentement, ne concerne aucune autre spécialité médicale que la psychiatrie.

Le constat est lourd : entre les représentations des étudiants sur la spécialité, et la projection qu'ils ont d'eux même dans celle-ci, les déterminants perçus comme pouvant motiver ce choix de spécialité sont donc très pauvres.

## **Forces de l'étude**

La force principale de ce travail est d'apporter des connaissances sur les représentations et attitudes actuelles des internes de médecine générale en France à l'égard des patients souffrant de troubles psychiques, dans un contexte sociétal particulièrement alarmant ou cohabitent fréquence des troubles psychiques, pénurie médicale, et stigmatisation prononcée envers les malades psychiques. Peu de travaux de ce genre ont été menés en France jusqu'à présent, les professionnels de santé étant peu questionnés, et encore moins les médecins. Etudier cette population spécifique est important pour de multiples raisons. L'une d'entre elles est qu'elle est souvent confrontée à ce type de troubles et donc largement impliquée dans la prestation des soins de santé mentale. Connaître et identifier leurs représentations et attitudes négatives à l'égard de la psychiatrie peut permettre d'améliorer la qualité et l'accès aux soins pour les personnes concernées, mais peut aussi aider ces professionnels à avoir un exercice plus serein et confortable en faisant disparaître les notions de peur, d'insécurité, ou de malaisance. Cela permet également de mieux comprendre pourquoi la spécialité est si délaissée par ces futurs praticiens.

De plus, notre enquête est d'autant plus bénéfique car elle questionne aussi les internes dans une situation réelle et vécue, qui est leurs pratiques et ressentis face à ces patients. En effet, beaucoup d'études visant à évaluer les représentations en population générale, ou même chez les étudiants en médecine, questionnent sur des situations hypothétiques, que les interrogés n'ont donc pas forcément déjà rencontrées et qu'ils doivent se représenter. Elles explorent donc dans une majorité des cas des situations imaginaires, les réponses prenant peu en compte les aspects contextuels, ou bien encore la dimension émotionnelle lors de ces événements. Dire ce que nous imaginons que nous ferions dans telle ou telle situation ne rend pas correctement compte du processus de stigmatisation.

L'anonymat dans cette enquête permet d'obtenir des réponses plus authentiques, fiables et représentatives de la réalité.

L'intérêt de la dernière question avec la possibilité de réponses libres est particulièrement bénéfique. Il a permis de recueillir l'avis détaillé de chaque répondant sur les facteurs impliqués

dans le désintérêt de la spécialité psychiatrie et cela met la lumière sur certains facteurs qui était moins connus des études déjà réalisées.

## **Faiblesses de l'étude**

Notre étude est descriptive, les résultats ne permettent pas d'utiliser un test statistique dans l'objectif d'obtenir des résultats significatifs, et nous ne pouvons que formuler des hypothèses en nous appuyant sur ces résultats obtenus.

## **Biais de sélection**

Comme nous avons été limités dans la diffusion du questionnaire (pour des raisons déjà expliquées ci-dessus), par conséquent nous avons obtenu un nombre limité de réponses. Un nombre plus important de participants aurait permis plus de puissance à notre étude.

Nous souhaitions une enquête à l'échelle nationale, et pouvoir interroger les internes de médecine générale correspondant aux 28 villes d'internat, mais les difficultés de diffusion ont eu pour conséquence la non-participation de 13 villes. Cependant, il faut retenir que plus de la moitié des villes ont participé, apportant plus de représentativité que si notre étude concernait un seul lieu ou une seule région.

Comme les secrétariats des différents départements de Médecine Générale et facultés de Médecine ont refusé pour l'immense majorité de diffuser l'enquête via leur mailing, notre interlocuteur principal était donc pour les villes qui ont participé les associations locales d'internes de médecine générale, ce qui implique donc que les internes devaient adhérer à l'association pour pouvoir recevoir notre email. L'utilisation d'autres moyens de diffusion, comme les réseaux sociaux, a dû permettre de diminuer légèrement ce biais.

Le mode de diffusion de l'étude était à distance, de ce fait nous ne pouvions pas vérifier que les répondants étaient bien des internes de médecine générale. Cependant étant donné nos interlocuteurs principaux (associations et groupes de réseaux sociaux identifiés d'internes de médecine générale), la certitude que tous les répondants soient bien des internes de médecine générale est grande.

La littérature nous indique que, le sexe féminin, être passé dans un stage de psychiatrie, et avoir un proche atteint d'une maladie psychique, sont des facteurs associés à une attitude plus positive vis-à-vis de la psychiatrie. Dans notre étude, 78.5% des répondants sont des femmes, 51.9% ont effectué un stage en psychiatrie et 62% ont un proche souffrant de trouble psychique. Par conséquent, nous pouvons nous interroger sur des résultats « plus positifs » que ceux observés dans une population plus représentative. Cela s'explique sans doute par le fait que ces facteurs sont associés à un intérêt plus important pour les troubles psychiques, et par conséquent un intérêt plus important pour notre enquête.

Pour toutes ces raisons, notre échantillon n'est certainement pas assez représentatif de la population nationale « internes de médecine générale », ainsi la généralisation et l'applicabilité des résultats à l'ensemble des internes de médecine générale de France est discutable.

## **Biais de désirabilité sociale**

Afin de limiter ce biais (donner des réponses plus socialement désirables, ou vouloir se montrer sous un jour plus favorable pour remplir les attentes du chercheur) qui est l'un des biais principaux de notre enquête, lors de la présentation de celle-ci, que ce soit dans notre courriel, ou au début de notre questionnaire, l'objectif n'a volontairement pas été explicitement détaillé, mentionnant seulement que notre étude portait sur la prise en charge des patients souffrant de troubles psychiques en médecine générale (et ne mentionnant donc pas que nous souhaitions étudier leurs représentations). Le fait que l'enquête soit entièrement anonyme contribue également à limiter ce biais, et encourage le répondant à être transparent et à exprimer pleinement ses opinions sans risque d'être jugé.

## **Biais de non-réponse**

Normalement, il était impératif de répondre à toutes les questions du questionnaire et de le compléter intégralement jusqu'à la fin pour que la réponse soit prise en compte et enregistrée. Cependant nous avons constaté qu'il manquait quelques réponses à certaines questions. Il y avait 157 réponses à la question 13, 15 et 21, 156 à la question 23 et 153 réponses à la question 24 (question avec réponse libre). Sur 158 répondants au total, cela signifie soit qu'ils ont pu valider le questionnaire malgré la non réponse à certaines questions, soit qu'il s'agit d'un bug du logiciel utilisé.

## **Propositions pour l'avenir**

Plus d'études similaires devraient être réalisées en France auprès de toutes les spécialités médicales, à l'échelle nationale, afin de réaliser un état des lieux représentatif sur les représentations et attitudes des médecins à l'égard des patients souffrant de troubles psychiques d'une part, et sur les conséquences de celles-ci d'autre part, notamment sur l'accès aux soins en général.

La question de la formation en psychiatrie pendant le cursus de médecine est fondamentale et pourrait être l'un des leviers permettant aux étudiants de mieux connaître et découvrir la spécialité. La qualité et la quantité de l'enseignement et des stages en psychiatrie nécessitent donc un examen attentif, une réévaluation et sans aucun doute un renforcement. Une meilleure formation et une place suffisante apportée à la psychiatrie pendant les études de médecine pourrait avoir de multiples impacts positifs : diminuer les représentations et attitudes négatives des étudiants, améliorer l'accès et la qualité des soins des personnes concernées, améliorer la découverte et les connaissances des spécificités de la discipline et donc augmenter ses chances d'être choisie. Mettre une période de stage en psychiatrie obligatoire durant l'externat pourrait être une proposition, avoir plus de contacts à la fois avec les patients et avec les professionnels de santé mentale.

Cette question du renforcement de la formation en psychiatrie devient encore plus fondamentale pour les mêmes raisons concernant l'internat de médecine générale, sachant que les médecins généralistes seront régulièrement amenés à prendre en charge ces patients, et seront même parfois les premiers interlocuteurs. Ils sont dans ce sens l'un des acteurs

principaux dans la prise en charge de cette population. Par conséquent, il est indispensable qu'ils se sentent assez à l'aise, bien informés, et formés, pour pouvoir accueillir dans les meilleures conditions les personnes concernées et leur offrir des soins de qualité.

A côté de cette formation pendant le cursus universitaire, nous devrions également inciter les professionnels de médecine générale à se former régulièrement sur les troubles psychiques. Ils pourraient par exemple être sollicités par email une à deux fois par an, courriel qui les informerait de toutes les possibilités de formations sur la santé mentale à l'échelle nationale. Se former continuellement et s'intéresser aux actualités scientifiques est une décision personnelle et dépend des appétences de chacun. En tant que professionnels de la santé mentale, nous devrions réfléchir à l'élaboration de programmes de formation innovants, plus modernes et plus attractifs, sur les troubles psychiques (ateliers, séminaires, organisation de rencontres et témoignages avec des patients et professionnels de la santé mentale). Afin de renforcer l'intérêt, les compétences cliniques, et la confiance de nos collègues médecins généralistes dans leur capacité à diagnostiquer, à traiter et à orienter les patients vers les ressources appropriées.

Si l'exposition à un stage de psychiatrie modifie positivement le regard posé sur la psychiatrie, il n'améliore en revanche que rarement l'intérêt pour elle comme choix de spécialité. Donc d'autres facteurs en cause, autres que les représentations négatives, sont à étudier plus en détails si nous souhaitons bien comprendre ce phénomène et le contrecarrer.

Développer des partenariats locaux entre psychiatrie et médecine générales : rencontres, partage et retour d'expériences.

Même si les moyens actuels de lutte contre la stigmatisation (campagnes d'information et de sensibilisation) les plus utilisés ne semblent pas diminuer la volonté de mise à distance sociale de la part de la population en général, ils permettent malgré tout l'accès à une meilleure connaissance, qui peut permettre à son tour d'améliorer les représentations à l'égard de la psychiatrie. Peut-être qu'une communication basée plutôt sur le rétablissement et la réhabilitation des patients aurait plus de poids pour lutter contre le rejet de ces personnes.

Si agir pour déstigmatiser auprès du grand public reste bien sûr plus que nécessaire, une autre urgence est de le faire auprès de tous les professionnels de santé. Les campagnes de déstigmatisation parlent de promouvoir l'instauration d'une psychiatrie intégrée dans la cité, mais il faudrait qu'elle soit aussi intégrée dans les hôpitaux généraux.

Agir sur la sphère médiatique en envisageant des partenariats entre professionnels de santé mentale et journalistes afin de réfléchir à la manière de communiquer sur les troubles psychiques la plus adaptée possible. L'impact des médias joue un rôle essentiel dans la stigmatisation, par l'utilisation de termes décontextualisés, et par le fait que la psychiatrie soit traitée dans les rubriques société, non dans la presse médicale, et presque toujours sous l'angle de la violence et du danger. Nous pensons que si une communication plus directe dans ce domaine était réalisée par des spécialistes, chercheurs, et professionnels du sujet, cela aurait certainement un plus grand impact sur les idées préconçues de la population. Leurs connaissances et leur savoir-faire seraient ainsi codifiés et transmis, conférant à ceux qui les possèdent une certaine autorité. En tant que médecins, il est de notre devoir, ressort et responsabilité, de diffuser les bonnes informations afin d'éduquer et de changer les mentalités sur les maladies psychiques.

La stigmatisation est un processus sociologique complexe à décrypter, c'est pourquoi il serait nécessaire d'envisager de nouveaux outils pour l'étudier, avec l'aide de nouvelles technologies et d'évaluations implicites (comme le travail du Dr Rainteau) permettant ainsi d'éviter le biais de désirabilité sociale, et de s'approcher des processus cognitifs automatiques et inconscients (et donc des attitudes qui en découlent). La lutte contre la stigmatisation doit être au centre de toutes les attentions et devrait faire l'objet d'un plan national clair, incluant patients, famille, professionnels de santé, associations d'usagers. Comme le dit Matthias Angermeyer, « seule une approche interdisciplinaire nous conduira à mieux comprendre la stigmatisation de la maladie psychique, et permettra que les malades psychiques soient moins stigmatisés et discriminés. »

## CONCLUSION

Dans cette étude, la question de la stigmatisation envers la maladie psychique a été soulevée comme un facteur influent dans les opinions négatives des internes de médecine générale envers les patients. En effet, ceux-ci partagent des représentations sociales négatives sur la maladie mentale qui sont similaires à celles que l'on trouve dans les enquêtes auprès du grand public même si elles semblent moins prononcées. Les représentations sociales liées aux troubles psychiques donnent du sens à nos comportements et sont à l'origine d'attitudes stigmatisantes (distance sociale, méfiance, peur, malaisance) et de comportements discriminatoires (rejet, exclusion, perte de chance pour l'accès aux soins). Elles mettent aussi la lumière, en partie, sur l'impopularité de la spécialité auprès des étudiants en médecine. En ces sens, elles peuvent être considérées comme un problème majeur de santé publique. C'est pourquoi, il convient de les étudier et d'en tirer toutes les conséquences en termes de formations des professionnels de santé, d'organisation de soins, de communication vers la population et les médias ainsi qu'en termes de modifications de nos pratiques et de nos attitudes.

En tant que médecins, notre engagement et notre participation active dans la lutte contre la stigmatisation des maladies mentales sont indispensables. Cependant notre investissement et notre bonne volonté ne seront pas suffisants dans cette lutte s'ils ne sont pas accompagnés par ceux de nos hautes instances gouvernementales. Il existe encore une inadéquation profonde entre les conséquences énormes des pathologies psychiatriques sur la santé publique mondiale ainsi que sur l'économie des différents pays et les moyens proportionnellement dérisoires qui sont mis en œuvre pour lutter contre ce problème. Peut-on alors demander aux futurs professionnels de santé de se diriger vers cette spécialité alors que les moyens qui lui sont accordés sont moindres ? Peut-on leur demander de traiter la psychiatrie avec le même égard que les autres spécialités médicales alors que nos pouvoirs politiques ne le font visiblement pas ? Peut-on espérer lutter activement contre la discrimination et la stigmatisation des personnes souffrant de troubles psychiques auprès du grand public et des professionnels de santé si ceux qui permettent cette action ne sont pas eux-mêmes convaincus ? ...

## BIBLIOGRAPHIE

1. Adriaensen K, Pieters G, De Lepeleire J. Stigmatisation of psychiatric patients by general practitioners and medical students: a review of the literature. *Tijdschr Psychiatr.* 2011;53(12):885-94.
2. Buszewicz M, Pistrang N, Barker C, Cape J, Martin J. Patients' experiences of GP consultations for psychological problems: a qualitative study. *Br J Gen Pract.* 2006;56(528):496-503.
3. Uçok A, Soygür H, Atakli C, Kuşcu K, Sartorius N, Duman ZC, Polat A, Erkoç S. The impact of antistigma education on the attitudes of general practitioners regarding schizophrenia. *Psychiatry Clin Neurosci.* 2006;60(4):439-43.
4. Nicolle B. Rapport "Réinvestir la psychiatrie : une urgence sanitaire, un défi démocratique", Fondation Jean Jaurès Editions, 2022.
5. Piel E, Roelandt JL. De la psychiatrie vers la santé mentale. Extraits du rapport des Dr Eric PIEL et Jean-Luc ROELANDT. *VST - Vie sociale et traitements.* 2001/4 (72):9-32.
6. Clery-Melin P, Kovess V, Pascal JC. Plan d'actions pour le développement de la psychiatrie et la promotion de la santé mentale remis au ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées. Paris : Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées, 2003.
7. OMS. Rapport sur la santé dans le monde, La santé mentale : nouvelle conception, nouveaux espoirs. 2001, Genève.
8. Les patients suivis en psychiatrie, DREES (Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques), ministère des Solidarités et de la Santé, 2021.
9. El-Hage W, Hingray C, Lemogne C, Yrondi A, Brunault P, Bienvenu T, Etain B, Paquet C, Gohier B, Bennabi D, Birmes P, Sauvaget A, Fakra E, Prieto N, Bulteau S, Vidailhet P, Camus V, Leboyer M, Krebs MO, Auouizerate B. Les professionnels de santé face à la pandémie de la maladie à coronavirus (COVID-19) : quels risques pour leur santé mentale ? *L'Encéphale.* 2020;46(3S):S73-S80.
10. OMS. Rapport mondial sur la santé mentale : transformer la santé mentale pour tous. Vue d'ensemble, 2022.
11. Mascayano F, Armijo JE, Yang LH. Addressing Stigma Relating to Mental Illness in Low- and Middle-Income Countries. *Front. Psychiatry*, 6, 2015, p.38.
12. Roelandt JL, Caria A, Defromont L, Vandeborre A, Daumerie N. Représentations sociales du « fou », du « malade mental » et du « dépressif » en population générale en France. *L'Encéphale*, Volume 36, Issue 3, Supplement 1, 2010, p 7-13.

13. Crisp AH, Gelder MG, Rix S, Meltzer HI, Rowlands OJ. Stigmatisation of people with mental illnesses. *Br J Psychiatry*. 2000;177:4-7.
14. Foucault M. Folie et déraison - Histoire de la folie à l'âge classique, Plon, Paris 1961.
15. Link BG, Phelan JC. Conceptualizing Stigma. *Annual Review of Sociology*. 2001;27:363-385.
16. Rush N, Angermeyer MC, Corrigan PW. Mental illness stigma : concepts, consequences and initiatives to reduce stigma. *Eur Psychiatry*. 2005;20(8):529-39.
17. Chevance A. En finir avec les idées fausses sur la psychiatrie et la santé mentale. Editions de l'Atelier, 2022.
18. Giordana JY. La stigmatisation en psychiatrie et en santé mentale. Masson, 2010.
19. Fiton M. Accès aux soins somatiques et stigmatisation des patients souffrant de pathologies psychiatriques sévères. *Sciences du Vivant [q-bio]*. 2020. dumas-02945713.
20. Corrigan PW, Mittal D, Reaves CM, Haynes TF, Han X, Morris S, Sullivan G. Mental health stigma and primary health care decisions. *Psychiatry Res*. 2014;218(1-2):35-8.
21. Gervais J, Haour G, et al. Impact of mental illness on care for somatic comorbidities in France: a nation-wide hospital-based observational study. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 2019;28:495-507.
22. Enquête #ChoisirPsychiatrie Que nous disent les internes ? Association Française Fédérative des Etudiants en Psychiatrie (AFFEP), Congrès Français de Psychiatrie 02/12/2021 – Montpellier.
23. Sebbane D. Les internes de psychiatrie vus par leurs confrères : jugés de près mais préjugés...». *L'information psychiatrique*. 2015/5(91):417-426.
24. Hugo M. Mental health professionals' attitudes towards people who have experienced a mental health disorder. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2001;8(5):419-425.
25. Guibet Lafaye C. Représentations de la maladie mentale et recours à la contrainte. *Psychiatrie et violence*. 2015;14(1).
26. Salvarelli JP. De quoi la psychiatrie est-elle le nom ? : Mais, que fait la psychiatrie ? 1ère partie. *Information psychiatrique*. 2013;89(1):15-31.
27. Lalande A. Vocabulaire technique et critique de la philosophie (1926), entrée: « Représentation », volume 2 /N-Z, Paris, Quadrige/PUF, 3e édition: 1993;920-923.
28. Durkheim E. Représentations individuelles et représentations collectives. *Revue de métaphysique et de morale*. tome VI, numéro de mai 1898.

29. Moscovici S. La psychanalyse, son image et son public. Paris, puf, 1961, Nouvelle Édition 1976.
30. Jodelet D. Les représentations sociales. Regard sur la connaissance ordinaire. Paris, Sciences Humaines, 1993.
31. Guimelli C. Les représentations sociales. Christian Guimelli éd., La pensée sociale. Presses Universitaires de France, 1999, p. 63-78.
32. Moscovici S. Des représentations collectives aux représentations sociales : éléments pour une histoire. in Jodelet D. Les représentations sociales, 6e éd, Paris, PUF, coll. Sociologie d'Aujourd'hui, 1999, p. 79-103.
33. Abric JC. L'Etude expérimentale des représentations sociales. in Jodelet D. Les Représentations sociales, 6e éd., Paris, PUF, coll. Sociologie d'Aujourd'hui, 1999, p. 206-223.
34. Goffman E. Stigmate. Les usages sociaux des handicaps. Paris, Minuit, coll « Le Sens Commun », 1975.
35. Thornicroft G, Rose D, Kassam A. Discrimination in health care against people with mental illness. *International Review of Psychiatry*. 2007;19:113–122.
36. Link BG et Phelan JC. Conceptualizing Stigma. *Annual Review of Sociology*. 2001;27:363-385.
37. Angermeyer MC, Matschinger H, Schomerus G. Attitudes towards psychiatric treatment and people with mental illness: changes over two decades. *British Journal of Psychiatry*. 2013;203(2):146-151.
38. Paquet S. Folie, entraide et souffrance. Anthropologie d'une expérience parentale. Paris / Sainte-Foy, L'Harmattan / Les Presses de l'Université Laval, 2000.
39. Herzlich C. Médecine moderne et quête de sens : la maladie signifiant social, in Augé M. Herzlich C. eds, *Le Sens du mal. Anthropologie, histoire et sociologie de la maladie*, Montreux, Editions des Archives Contemporaines, 1983.
40. Rainteau N. Approche qualitative et quantitative de la stigmatisation de la schizophrénie. Etude de l'effet stigmatisant du terme « schizophrénie » sur les relations interpersonnelles. Thèse de doctorat en médecine sous la direction du Pr Delphine Capdevielle, Université de Montpellier, 2017.
41. Finzen A. Psychose und stigma. Stigmabewältigung. Zum Umgang mit Vorurteilen und Schuldzuweisung, Bonn, Psychiatric Verlag, 2000.
42. Sartorius N. Fighting schizophrenia and its stigma. A new World Psychiatric Association educational programme. *Br J Psychiatry*. 1997;170:297.

43. Thompson C, Dogra N, McKinley R. Survey of general practitioners' attitudes towards psychiatry. *The Psychiatrist*. 2010;34(12):525-528.
44. Shen et al., 2014, What can the medical education do for eliminating stigma and discrimination associated with mental illness among future doctors ? Effect of clerkship training on chinese students' attitudes, *Int. J. Psychiatry Med*. 2014;47:241-254.
45. Alzahrani A. Assessing the attitudes of medical students towards psychiatry : a new paradigm. *Asian Journal of Psychiatry*. 2019;43:17-23.
46. Al Sinawi et Al Alawi. Attitude toward mental health, why should we care? *International Journal of Public Health & Safety*. 2016;1(1).
47. Lyons Z. Attitudes of medical students toward psychiatry and psychiatry as a career: a systematic review. *Acad Psychiatry*. 2013;37(3):150-7.
48. Lingeswaran A. Psychiatric curriculum and its impact on the attitude of Indian undergraduate medical students and interns. *Indian J Psychol Med*. 2010;32:119-27.
49. La démographie médicale à l'horizon 2020. Ministère de l'emploi et de la solidarité. DREES. Etudes et Résultats n°161, mars 2002.
50. Quelle démographie récente et à venir pour les professions médicales et pharmaceutique ? Les dossiers de la DREES n° 76, mars 2021.
51. Analyse du profil des étudiants ayant fait le choix médecine générale à l'issu des ECN de 2010 à 2023, consultable sur <https://www.medshake.net/medecine/ECN/statistiques/medecine-generale/>
52. Baminiwatta AKAB, Bandara WAVS, Athurugiriya AAID, Yangdon T, Cader GR, Bokalamulla LAB, Bandara WRRD, Bandara WMKM, Chandradasa KASIP, Athukorala HP, Dias GSSR. A nationwide survey of attitudes towards psychiatry among final-year medical students in Sri Lanka. *Asian J Psychiatr*. 2020;52:102101.
53. Analyse du profil des étudiants ayant fait le choix psychiatrie à l'issu des ECN de 2010 à 2023, consultable sur <https://www.medshake.net/medecine/ECN/statistiques/psychiatrie/>
54. Lyons Z, Janca A. Impact of a psychiatry clerkship on stigma, attitudes towards psychiatry, and psychiatry as a career choice. *BMC Med Educ*. 2015;15:34.
55. Vinnac B. Les représentations sociales de la maladie mentale auprès du personnel travaillant en EHPAD. Thèse de doctorat en médecine sous la direction du Dr Jean Paul Durand, Université de Lille, 2020.
56. Surault P. Milieu social et santé mentale : représentations, stigmatisation, discrimination. *L'information Psychiatrique*. 2005;81(4):313-324.

57. Gravier B. De la perception de la dangerosité à l'évaluation du risque de violence. In « Psychocriminologie ». Sous la Dir Senon JL, Lopez G, Cario R. Dunod, Paris, 2008:51-64.
58. Fondation Pierre-Deniker. Grand baromètre schizophrénie 2018, réalisé par Opinion Way pour le laboratoire Janssen, la Fondation Deniker et les associations d'usagers Unafam et PromesseS, 2018.
59. Swanson JW. Introduction : Violence and Mental Illness. *Harvard Review of Psychiatry*. 2021;29(1):1-5.
60. Dubreucq JL, Joyal C, Millaud F. Risque de violence et troubles mentaux graves. *Annales Médico-Psychologiques*. 2005;(163):852-865.
61. HAS. Dangerosité psychiatrique : étude et évaluation des facteurs de risque de violence hétéro-agressive chez les personnes ayant des troubles schizophréniques ou des troubles de l'humeur. 2011.
62. Hunt E, Côté G. Le rôle du soutien social dans la prédiction de la violence chez les personnes atteintes de troubles mentaux graves. *Evol Psychiatr*. 2009;74(4):592-605.
63. Florea ML, Courtet P. Schizophrénie et risque suicidaire. Philippe Courtet éd., *Suicides et tentatives de suicide*. Lavoisier, 2010, p. 128-133.
64. Angermeyer MC, Dietrich S, Pott D, Matschinger H. Media consumption and desire for social distance towards people with schizophrenia. *Eur Psychiatry*. 2005;20(3):246-50.
65. Friard D. Schizophrénie et dangerosité, les plus dangereux ne sont pas ceux qu'on pense. *Empan*. 2010;1(77):95-103.
66. Angermeyer MC, Holzinger A, Matschinger H. Mental health literacy and attitude towards people with mental illness: a trend analysis based on population surveys in the eastern part of Germany. *Eur Psychiatry*. 2009;24:225-32.
67. Schomerus G, Schwahn C, Holzinger A, Corrigan PW, Grabe HJ, Carta MG, Angermeyer MC. Evolution of public attitudes about mental illness: a systematic review and meta-analysis. *Acta Psychiatr Scand*. 2012;125(6):440-52.
68. Reavley NJ, Jorm AF. Stigmatizing attitudes towards people with mental disorders: changes in Australia over 8 years. *Psychiatr Res*. 2012;197:302-6.
69. OMS. Plan d'action global pour la santé mentale 2013-2020.
70. Koroukian SM, Bakaki PM, Golchin N, Tyler C, Loue S. Mental illness and use of screening mammography among Medicaid beneficiaries. *American Journal of Preventive Medicine*. 2012;42:606-609.

71. Sullivan G, Han X, Moore S, Kotrla K. Disparities in hospitalization for diabetes among persons with and without co-occurring mental disorders. *Psychiatric Services*. 2006;57:1126-1131.
72. Henderson C, Noblett J, Parke H, Clement S, Caffrey A, Gale-Grant O, Schulze B, Druss B, Thornicroft G. Mental health-related stigma in health care and mental health-care settings. *Lancet Psychiatry*. 2014;1(6):467-482.
73. Björk Brämberg E, Torgerson J, Norman Kjellström A, Welin P, Rusner M. Access to primary and specialized somatic health care for persons with severe mental illness: a qualitative study of perceived barriers and facilitators in Swedish health care. *BMC Fam Pract*. 2018;19(1):12.
74. Lawrence D, Kisely S. Inequalities in healthcare provision for people with severe mental illness. *J Psychopharmacol (Oxford)*. 2010;24:61-68.
75. van Nieuwenhuizen A, Henderson C, Kassam A, Graham T, Murray J, Howard LM, Thornicroft G. Emergency department staff views and experiences on diagnostic overshadowing related to people with mental illness. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 2013;22(3):255-62.
76. Lam TP, Lam KF, Lam EW, Ku YS. Attitudes of primary care physicians towards patients with mental illness in Hong Kong. *Asia Pac Psychiatry*. 2013;5(1):E19-28.
77. HAS. Coordination entre le médecin généraliste et les différents acteurs de soins dans la prise en charge des patients adultes souffrant de troubles mentaux. Rapport méthodologique d'élaboration. 2018.
78. Médecine Générale & Psychiatrie 37, Soins Collaboratifs – Coordination des professionnels de santé en Indre-et-Loire, <https://medecinegeneralepsychiatrie37.fr/>
79. Chevreur K, McDaid D, Farmer CM, Prigent A, Park AL, Leboyer M, Kupfer DJ, Durand-Zaleski I. Public and nonprofit funding for research on mental disorders in France, the United Kingdom, and the United States. *J Clin Psychiatry*. 2012;73(7):e906-12.
80. Stuart H. Stigmatisation. Leçons tirées des programmes visant sa diminution. *Santé mentale au Québec*. 2003;28(1):54–72.
81. OMS, Plan d'action global pour la santé mentale 2013-2030.
82. Grenouilloux A. Éthique et normes en psychiatrie et santé mentale. *L'information psychiatrique*. 2011;87(6):479-486.
83. Sondage « Attractivité de la psychiatrie » pour les étudiants de 2ème cycle, Présentation AFFEP – AG du CNUP 19/06/2020.

84. Deschamps P, Hebebrand J, Jacobs B, Robertson P, Anagnostopoulos DC, Banaschewski T, Birkle SM, Dubicka B, Falissard B, Giannopoulou I, Hoekstra PJ, Kaess M, Kapornai K, Klauser P, Revet A, Schröder CM, Seitz J, Şeker A, Signorini G. Training for child and adolescent psychiatry in the twenty-first century. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2020;29(1):3-9.
85. Revet A, Raynaud JP, Marcelli D, Falissard B, Catheline N, Benvegna G. Career Choice and Attractiveness of Child and Adolescent Psychiatry as a Medical Specialty: A National French Questionnaire Survey. *Front Psychiatry*. 2021;12.
86. Ajaz A, David R, Brown D, Smuk M, Korszun A. BASH: badmouthing, attitudes and stigmatisation in healthcare as experienced by medical students. *BJPsych Bull*. 2016;40(2):97-102.
87. Kar SK, Singh A, Garg K, Gupta B. Source of information about mental illness among medical students in a tertiary care centre of North India. *Asian J Psychiatr*. 2019;39:101-103.

## Annexe 1. Questionnaire de l'enquête.

1- Vous êtes : une femme / un homme ?

2- Votre âge ?

3- Votre ville d'internat ?

4- Sur une échelle de 1 à 10, à combien évaluez-vous votre niveau de connaissances en santé mentale ? (1= aucune connaissance / 10 = bonnes connaissances)

5- Pour chaque pathologie, notez sur une échelle de 1 à 10 le niveau de connaissances que vous estimez avoir parmi la liste suivante (1= aucune connaissance / 10 = bonnes connaissances) :

-Dépression

-Schizophrénie

-Addictions

-Troubles bipolaires

-Trouble anxieux

-Troubles de personnalité

6- Considérez-vous que votre formation a été suffisante concernant les connaissances sur les troubles psychiques ? Oui / Non

7- Quand on aborde la question des troubles psychiques, quels sont les 3 premiers mots auxquels vous pensez immédiatement ?

8- Durant vos études, êtes-vous passé dans un service de psychiatrie ? Oui / Non

Si Oui, est ce que cela a modifié Positivement / Négativement votre regard sur les troubles psychiques ?

9- Pensez-vous avoir des représentations négatives/préjugés concernant les maladies psychiques ? Oui / Non

10- Vous sentez-vous à l'aise dans la prise en charge d'un patient souffrant de troubles psychiques ? Jamais/ Parfois/ Souvent/ Toujours

11- Pensez-vous être aussi systématique dans vos examens cliniques et paracliniques concernant les patients atteints de troubles psychiques consultant pour une plainte somatique que pour vos autres patients ? Jamais/ Parfois/ Souvent/ Toujours

12- Ressentez-vous de la peur face à un patient souffrant de troubles psychiques ? Jamais/ Parfois/ Souvent/ Toujours

13- Percevez-vous un patient atteint d'une maladie psychique comme dangereux ? Jamais/ Parfois/ Souvent/ Toujours

14- Percevez-vous un patient atteint d'une maladie psychique comme incurable ? Jamais/ Parfois/ Souvent/ Toujours

15- Ressentez-vous un besoin de distanciation sociale concernant les patients souffrant de troubles psychiques ? Jamais/ Parfois/ Souvent/ Toujours

16- Pensez-vous que les troubles psychiques sont une perte de chance pour l'accès aux soins somatiques ? Jamais/ Parfois/ Souvent/ Toujours

17- Vous sentez-vous en difficulté lors de votre consultation lorsque le patient vous rapporte : Jamais/ Parfois/ Souvent/ Toujours pour chaque item

- des symptômes dépressifs ?
- des IDS ?
- des idées délirantes ?

18- Lors de l'apparition de symptômes révélateurs d'une souffrance psychique, orientez-vous le patient vers : Jamais/ Parfois/ Souvent/ Toujours pour chaque item

- un centre médico psychologique ?
- un psychiatre libéral ?
- les urgences psychiatriques ?
- un établissement public de santé mentale ?
- une clinique psychiatrique ?

19- Pensez-vous que la collaboration entre psychiatres et autres spécialités est suffisante ? Jamais/ Parfois/ Souvent/ Toujours

20- Pensez-vous avoir été influencé(e) par les médias sur votre représentation des troubles psychiques ? Oui / Non. Si Oui, Positivement / Négativement / Pas influencé(e) ?

21- Pensez-vous qu'il est nécessaire d'allouer plus de moyens pour la recherche en santé mentale ? Oui / Non

22- Avez-vous dans votre entourage une personne concernée par un trouble psychique ? Oui / Non. Si Oui, cela a-t 'il influencé votre manière de voir les choses : Positivement / Négativement / Pas influencé(e) ?

23- Pensez-vous pouvoir être confronté(e) à un trouble psychique vous-même en tant qu'individu ? Oui / Non / Ne se prononce pas

24- Pourquoi selon vous la psychiatrie est l'une des 4 spécialités les moins choisies par les internes ?

## **Annexe 2.** Notice d'informations du questionnaire.

Bonjour,

Je m'appelle Anne et je suis de la faculté de médecine de Tours,

Dans le cadre de ma thèse de Médecine, spécialité psychiatrie, je réalise une étude sur la prise en charge des patients souffrant de troubles psychiques en médecine générale.

Pour cela j'ai besoin de votre participation en répondant au questionnaire suivant qui est composé de 24 questions (temps de réponses estimé ~ 5 min) et qui est adressé aux internes de médecine générale.

Ce questionnaire est confidentiel et anonyme et il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses.

Merci à tous pour votre aide.

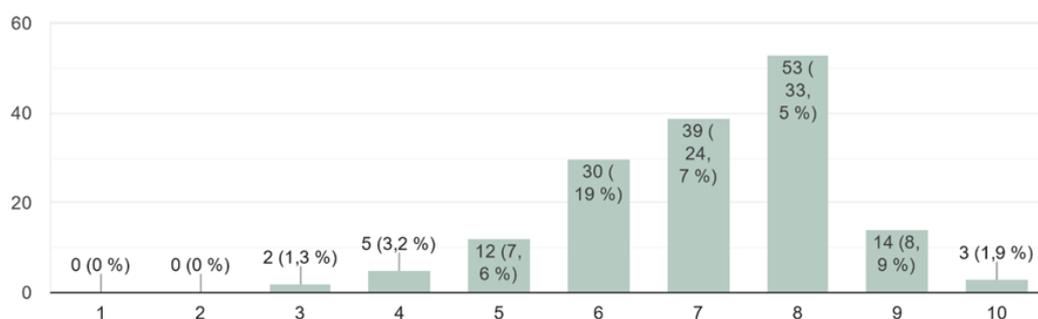
Pour toute question : nane4@hotmail.fr

### Annexe 3. Figures représentant les résultats de l'autoévaluation des connaissances pour chaque trouble psychique.

#### Dépression :

Notez sur une échelle de 1 à 10 le niveau de connaissances que vous estimez avoir pour la dépression :

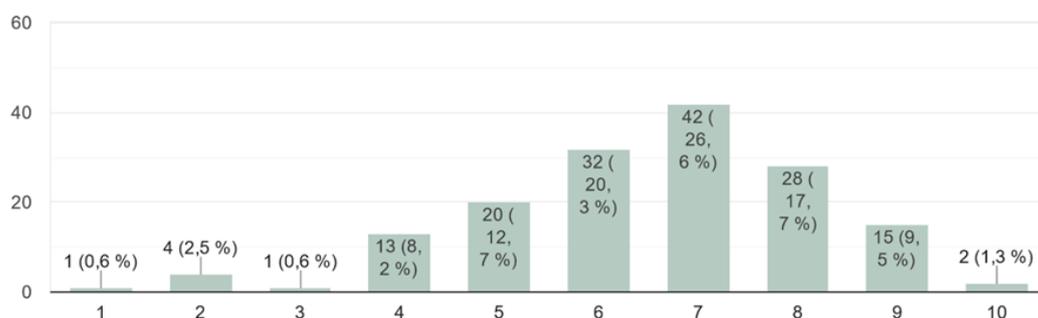
158 réponses



#### Troubles anxieux :

Notez sur une échelle de 1 à 10 le niveau de connaissances que vous estimez avoir pour les troubles anxieux

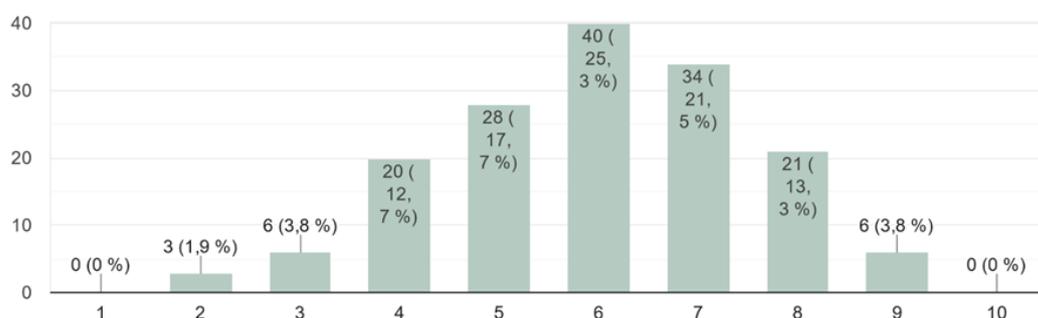
158 réponses



#### Addictions :

Notez sur une échelle de 1 à 10 le niveau de connaissances que vous estimez avoir pour les addictions

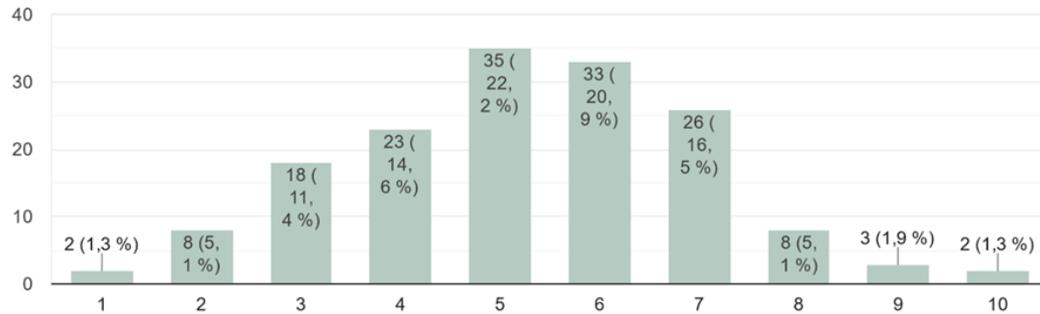
158 réponses



## Troubles bipolaires :

Notez sur une échelle de 1 à 10 le niveau de connaissances que vous estimez avoir pour les troubles bipolaires

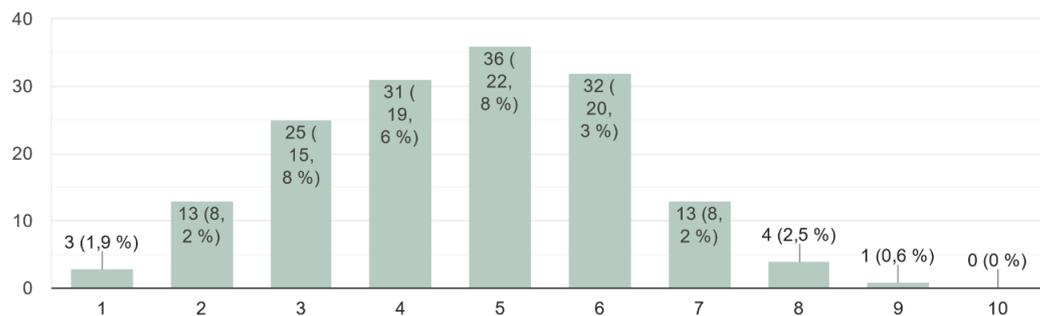
158 réponses



## Schizophrénie :

Notez sur une échelle de 1 à 10 le niveau de connaissances que vous estimez avoir pour la schizophrénie

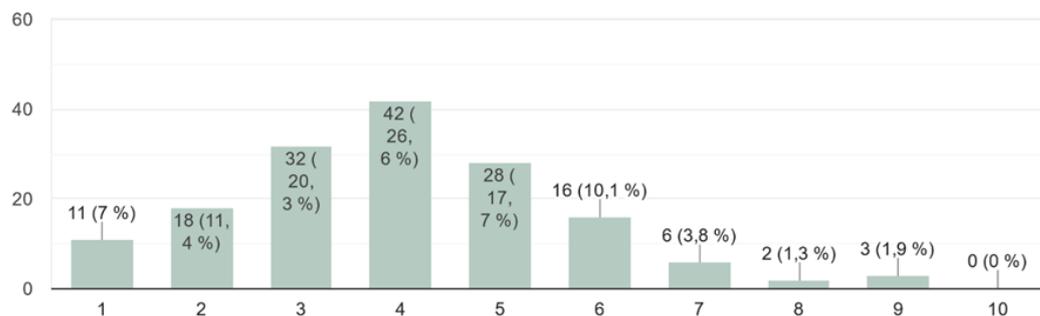
158 réponses



## Troubles de la personnalité :

Notez sur une échelle de 1 à 10 le niveau de connaissances que vous estimez avoir pour les troubles de la personnalité

158 réponses



## Annexe 4. Commentaires libres sur le choix de la psychiatrie.

### 24- Pourquoi selon vous la psychiatrie est l'une des 4 spécialités les moins choisies par les internes ?

Parce que il arrive fréquemment d'être mis en difficulté ou en échec par la patient. Que la plupart des consultations nécessite une prise en charge nettement plus interactive et définitive que de traiter une angine. Que l'on nous apprend plus souvent à voir le patient comme une pathologie et moins comme une entité pluri dimensionnelle.

car pas un terrain de stage obligatoire + pas assez formé + troubles psychiques font "peur"

Trop obscur

Oui

Peu stimulant intellectuellement

Par prejuges sur la psychiatrie en general(difficulte a communiquer avec les patients )

C'est une spécialité qui demande beaucoup d'effort et de concentration

Complexe et parfois dangereux

Souffre d'une mauvaise image en général, certaines situations difficiles d'un point de vue moral, moins rémunérée

trop compliqué et stigmatisé

Très complexe et beaucoup de social

Représentations négatives de la spécialité, des pathologies rencontrées et des patients

Par peur, par méconnaissance, et peut être car trop éloigné du somatique d'après certaines personnes ?

difficulté de la spe , peur de pas gérer les émotions ,

Peur de la discrimination, vision négative de la société sur les patients, peut ne pas être considérée comme une "vraie" spécialité médicale par certains autres professionnels de santé ou certains patients

Une spécialité tout de même dure, avec peu de reconnaissance et sûrement des idées préconçues sur les patients et leurs prises en charges.

Internat trop long, spécialité peu attractive

Spé qui peut faire peur (vis à vis de patient avec comportements imprévisibles)

Peur, transfert

Méconnue, faisant peur, peut déteindre sur le médecin

Représentation négative, sentiment de frustration thérapeutique récurrent

difficulté de prise en charge , mauvaise compréhension de la spécialité , représentations négatives de la spécialité vis a vis des autres spé, durée d'études et le manque d'heures la concernant

La formation est insuffisante pendant l'externat, cela parait plus abstrait, les connaissances sont limitées, ça nous est un peu transmis comme des pathologies incurables que l'ont essayé tant bien que mal de soulager. Je pense que ça fait peur à certaines personnes, que ce sont des pathologies incomprises qui énervent un grand nombre et qu'il y a un sentiment d'impuissance au niveau de la prise en charge face à ce genre de pathologies.

pas prestigieuse, les résultats ne sont pas palpables et longs à obtenir, flou, peu cartésien, demande du temps avec les patients, pas axé sur la T2A, peu rentable, pas d'acte technique

Difficulté des prises en charge, souffrance des patients

Épuisement moral plus fréquent je pense

Pas assez confronté à ce qu'est réellement la psychiatrie pendant l'externat, ça reste très mystérieux, et les cours théoriques ne permettent pas de tout d'appréhender la spécialité à mon sens

Elle peut être source de crainte d'une vie professionnelle complexe.

Difficulté de l'exercice / relationnel compliqué

C'est forcément un avis personnel vu que je n'ai pas choisi cette spécialité. Personnellement j'ai souvent eu l'impression que les psychiatres avaient un contact très particulier et étaient négativement influencés par leurs contacts répétés avec les patients souffrants de troubles psychiques, et ça donnait envie de ne pas faire psychiatrie. Ensuite la spécialité de psychiatrie ampute une bonne partie de ce qui fait l'intérêt de la médecine : gestes techniques, examens cliniques, complexité d'une prise en charge globale. Ce n'est pas pour rien que les psychiatres appellent les autres médecins des somaticiens ! Pas sûr que les étudiants commençant médecine débutent avec cette spécialité en tête, contrairement à d'autres spécialités (médecine générale, chirurgie) qui sont les moteurs initiaux de faire médecine, et donc la vocation se développe en cours de cursus. Je suis passé en stage de psychiatrie en secteur fermé, c'était intéressant mais assez étrange, avec une ambiance peu conviviale, je n'ai pas accroché. A l'opposé certains stages hospitaliers (gériatrie, pédiatrie) étaient composés d'équipes que j'ai trouvé fantastiques et où j'étais triste de parti, et qui avaient l'air heureux d'exercer leur métier : ça change tout et ça forge les choix d'internat.

financier, prend du temps, à risque,

spécialité pour moi très floue, avec une impression d'absence de traitements qui fonctionnent vraiment

appréhension, salaire, difficulté de prise en charge des patients avec parfois peu de solution

stigmatisation, manque d'intérêt, mauvaise valorisation du travail, conditions d'exercice difficile

Pas/peu de médecine somatique, suivis généralement longs sans certitude que cela fonctionne, internat long (par rapport aux 3 ans de médecine générale), traitements compliqués

salaire, attractivité, absence de prise en charge somatique, internat mal vu

salaire bas ; pas de somatique ; une médecine différente

fausse idée de la psychiatrie, mauvaise représentation du métier de psychiatre, au sein même de la médecine, beaucoup de critique vis à vis de cette spécialité

Idées préconçues / peu de somatique / pas d'attrait salarial

Manque d'examen clinique

Manque d'informations

Par méconnaissance

Abandon total de l'examen somatique

Peu connue

Mal « vendue » lors des études, clichés sur les patients, pertes des gestes

spécialité difficile

Manque de moyen dans les HP

Peu étudiée dans le cursus commun et/ou sensation d'importance moindre lors de notre formation, spécialité moins "cartésienne"

Pour moi les raisons sont les suivantes:

- Une faible rémunération comparée aux autres spécialités
  - Moins de possibilités d'exercice (comparée à la médecine générale)
  - Les situations sont plus lourdes et plus complexes qu'en médecine générale
  - C'est une spécialité difficile: difficultés spécifiques de la psychiatrie par manque d'offre de soins et donc des conséquences désastreuses pour les patients dont on est témoin au quotidien. Il faut donc être capable de relativiser et accepter son impuissance relative
  - Une plus faible diversité des situations rencontrées (comparé à la médecine générale)
  - L'internat est 100% hospitalier ce qui est un rebutoir après l'externat pour ceux qui se projettent dans du libéral
  - Enfin, des stéréotypes bien ancrés même chez les étudiants en médecine, auquel se surajoute un mépris de classe, les étudiants en médecine étant majoritairement issus de milieux bourgeois et "CSP supérieures"
  - Dans la même veine, le profil sociologique des internes de médecine ne doit pas être exactement le même que celui des internes de médecine générale ou d'autres spécialités. Les internes de psychiatrie sont davantage concernés par des troubles psychiatriques (pour eux-même et/ou leur entourage) et ont un peu plus de personnes issues de milieux modestes que les autres spécialités
- Peu clinique, coup sur le mental sur le long terme

l'absence de prise en charge en somatique, la durée et les nombreux échecs de prise en charge...

méconnaissance, peur des patients

Préjugé, manque d'information et de stimulation de son intérêt pendant les études

Non connue, non considérée, difficile

Oui

Particulière dans l'absence de soin somatique

stigmatisation des patients et de la spécialité

Salaire ?

Salaire ?

Pas assez de traitements, pas assez de résultats concrets, bizarrerie, longues consultations

Appétance pour l'organicité

Clinique purement interrogatoire et l'absence de gestes ; de ce fait que les symptômes et signes soient plus difficiles à retrouver voir parfois abstrait et des thérapeutiques à part ; formation trop légère en externat ; souvent vu en hospitalier comme "si y a rien de somatique, c'est psy, donc pas pour nous" avec un appel au psychiatre comme spé vraiment à part des autres ;

moins connu et peut être moins intéressante sur le plan clinique type examen clinique qu'on apprend dans les études

Métier difficile

Trop flou, pas rémunératrice, pas d'aura

Difficulté de résultats

Internat plus long, spécialité complexe demandant également beaucoup des compétences relationnelles et de la patience

Mauvais a priori sur cette spécialité pourtant indispensable à la santé des patients !

Cas cliniques toujours très caricaturaux alors qu'en pratique, les formes sont toujours plus insidieuses  
Retard en France sur l'importance de la santé mentale, de la psychologie, de la psychiatrie : non, ça ne devrait pas être un tabou !!!!

Tendance à trop dichotomiser "pathologies somatiques" et "pathologies psychiatriques"

Manque de moyens  
 État précaire de la psychiatrie hospitalière et absence de moyen  
 Difficulté de diagnostiquer, relation particulière avec patient, spécialité peu valorisée  
 Mauvaise réputation et spe non médicale  
 Très peu d'aspect clinique, Subjectif, Thérapeutiques peu performantes ou grande dépendance,  
 Difficile moralement  
 Exercice assez particulier de la médecine, qui se base peu sur le somatique, et qui pour être  
 correctement pratiquée doit souvent répondre à une vocation et à une patiente que beaucoup de  
 gens à l'issue des ECN n'ont pas  
 méconnaissance, peu de clinique, pathologies chroniques avec beaucoup de rechutes  
 Peu connu, peu payé, mauvaise représentation  
 Difficulté à prendre de la distance avec les situations  
 J'aurais peur de finir dépressive  
 Pas assez de moyen financier alloué à la sante mentale donc sentiment d'impuissance  
 difficultés d'accès à la psychiatrie donc tension du secteur, peu de reconnaissance  
 Pas de preuve clinique fiable  
 Moins de somatique, consultation plus longues, pathologie difficilement curable, moins bien rémunéré  
 Pas de somatique  
 Difficulté  
 Spécialité dénigrée  
 Le travail demandé et la relation avec les patients, souffrance psychique intense rapportée parfois par  
 les patients  
 pas assez de clinique examen somatique (c'est plus de la parole de l'entretien verbal), et pas assez de  
 diversité (on retombe vite sur les quatre/cinq grandes pathologies psy), et peur des malades en  
 décompensation psychiatrique  
 Spécialité non somatique, beaucoup d'incertitude, beaucoup de social  
 peu de moyen, pas de reconnaissance, "pas assez scientifique, un problème = une réponse", dur  
 psychologiquement  
 Manque de clinique, a priori  
 Méconnue et peu attrayante que ce soit en terme d'image véhiculée par les troubles psy et de manqué  
 de moyen  
 Difficulté à gérer, mauvaise communication, " si tu es psychiatre tu as forcément un problème psy toi  
 même"  
 Peur, malconnaissance, étudiants en medecine ploutot orientés vers la part somatique  
 Peur des maladies psychiatrique, méconnaissance et préjugés sur la spécialité. La dichotomie entre  
 somatique et psychique. Spécialité "non clinique" (ce ne sont pas mes a priori, la psy est une spé riche  
 et intéressante comme une autre <3)

Pas assez valorisé durant l'externat et pathologies parfois difficiles à gérer psychologiquement

Peur du patient +++

Salaire, plus de somatique

Specialite méconnue, selon moi difficile à exercer, pas très bien payée. + on perd quand même pas mal de somatique

Manque de budget de la psychiatrie

Manque de formation pendant l'externat

Peu de moyen, chronophage, sensations d'arrêt Des connaissances du somatique, pratique concrète peu abordé, et parfois rencontre avec psychiatre de chu gros cons qui donne 0 envies de faire de la psy ou donne voir un.

Peu de perspective de traitement

Dévalorisation

je pense que c'est parce que cela donne l'impression que le côté somatique n'est plus présent et car il existe encore beaucoup de zones d'ombres pour les traitements possibles

Prises en charge complexes, on a du mal à expliquer les maladies psychiatriques purement

scientifiquement comme les autres maladies, c'est pour moi le côté "abstrait" de la médecine

Difficultés en lien avec le mode de vie et la précarité précurseuse ; souffrance psychique parfois

omniprésente ; complexité de la prise en charge ; chronicité des pathologies +++

Abstrait, difficulté à se projeter les symptômes du patient qui repose uniquement sur ce qu'il nous dit de même pour l'amélioration avec traitement. Peut être difficile au quotidien

Peu de somatique, peu de moyen

Internat long, peur d'être une éponge émotionnelle

Perte du côté clinique

Préjugés, peur de l'échec d'une prise en charge, épuisant mentalement, ça peut être dur d'être confronter à des personnes qui souffre autant que nous ou nos proches

Manque d'information sur cette spé

Mauvaises image de la spé, manque de moyens

Rémunération, manque de "prestige", peu de connaissance de la spé

Manque de curabilité concrète

Spé complexe, mal payée, beaucoup d'investissement pour des résultats pas toujours à la hauteur, beaucoup de représentations négatives, guérisons parfois difficiles, rechutes fréquentes. Et surtout, possibilité de faire médecine générale et de se spécialiser en psychiatrie après. Inverse impossible.

Dévalorisée - Marginalisée - Nécessité d'un investissement personnel et émotionnel important

trop engageante, trop cloisonnée (pas de somatique), maladies chroniques, psy dans les autres spé

Manque de moyens

Formation peu intéressante voire casi inexistante durant l'externat (collège peu stimulant aussi vs ce que je découvre pendant mon internat de la variété de PEC en psychiatrie) + la « sacralisation » du somatique, pendant mon externat si j'écouais les professeurs les voies les moins « valorisées » étaient santé publique, santé du travail, psychiatrie et la médecine générale...

Pas assez exploré lors de l'externat, pas assez de somatique  
Approche très différente de la plupart des autres spécialités, on en a moins l'expérience  
Formation initiale déplorable (ça ne donne pas envie), préjugés portant sur la spécialité, manque de moyens alloués à la spécialité  
Peur des pathologies, difficulté de prise en charge  
Manque d'intérêt clinique, une des spé les moins bien payées  
Peu de reconnaissance bcp de travail bcp de trt difficiles/lourds formation limitée  
Peu de moyen, formation en retard en France, pas à l'aise avec les maladies psychiques  
frustrant de ne pas toujours pouvoir guérir quelqu'un, population psy compliquée qui est difficile à apprécier et donc à soigner tous les jours, métier peu valorisant car peu d'amélioration clinique et bcp d'échecs thérapeutiques  
Peu de somatique  
Difficulté du dialogue médecin-patient, manque de somatique, spécialité qui n'intéresse pas les étudiants en médecine  
Peu connue, très spécialisée  
Méconnaissance de la spécialité  
trop peu de moyens, mal payé et mal rémunéré  
Peu de moyens mis en oeuvre par le système de santé et de manière générale pour une bonne prise en charge des patients

Pas assez de terrains de stage pendant l'externat / moins le côté somatique de la médecine  
Complexité des patients, manque de somatique, lourdeur des situations sociales à gérer, préjugés sur les maladies psychiatriques  
Spécialité méconnue, vivre la douleur psychique des patients au quotidien peut être très très très lourd  
A priori négatifs sur la pratique et les patients, méconnaissance du monde psychiatrique  
Peut être par le fait qu'on n'aborde pas assez cette spécialité durant l'externat  
Moins concrète en terme de physiopathologie et moins de base théorique reposant sur des faits scientifiques  
A cause d'une connotation injustement péjorative  
Elle n'est p-e pas assez mise en avant contrairement aux spécialités d'organes  
Dévalorisation, études centrées sur le somatique  
risques d'agression par les patients, manque de ressources, tristesse de certaines situations, salaire ?  
Dur au quotidien de faire face à des personnes avec des troubles psychiques .  
Charge émotionnelle importante

manque de somatique

Peu varié

Pas de reconnaissance, abandon du somatique, internat trop long

Très peu de somatique, spécialité "lourde", mauvais état au sein du système de santé

Stigmatisation

manque d'intérêt personnel

peu connue

mal payé

difficile

Spécialité qui me paraît très difficile psychologiquement.

Moyens alloués à la prise en charge des pathologies psychiatriques dérisoires et donc conditions de travail compliquées.

Très peu valorisé en ambulatoire / Salaire bof pour la quantité de travail.

manque de rémunération/reconnaissance et difficulté psychologique

Spécialité lourde d'un point de vue psychologique, confrontation à des situations difficiles rapportées par les patients (inceste, viol, maltraitance...), patients parfois (souvent?) compliqués (possible hétéroagressivité, patients qui peuvent parfois nous mettre en situation d'échec, impression que certains patients "ne s'en sortiront jamais"...), santé mentale de la population en déclin avec peu de moyens/structures (délai d'attente pour les CMP par exemple, coûts des consultations psychologues, délai chez le psychiatre)

L'intérêt pour la psychiatrie est déjà présent ou non dès le début de l'externat et sur le nombre total d'étudiants, peu font médecine pour la psychiatrie.

Pas assez de moyen

**Vu, le Directeur de Thèse**



Professeur Wissam EL-HAGE

**Vu, le Doyen  
De la Faculté de Médecine de Tours  
Tours, le**

## VOUILLON Anne

79 pages - 10 figures - 4 annexes

### Résumé :

**Introduction.** Malgré les progrès de la science et de nos connaissances sur les troubles psychiques, la stigmatisation concernant la psychiatrie en général reste aujourd'hui encore très prononcée. La relation entre les médecins généralistes et les patients souffrant de troubles psychiques revêt une importance cruciale dans l'accès aux soins appropriés, et le bien-être global des personnes concernées. L'objectif principal de ce travail était d'étudier les représentations et attitudes des internes de médecine générale à l'égard des malades souffrant de troubles psychiques. L'objectif secondaire était d'évaluer si celles-ci pouvaient être en partie responsables du manque d'attractivité de la psychiatrie auprès des étudiants en médecine.

**Méthode.** Il s'agit d'une enquête observationnelle descriptive transversale réalisée entre décembre 2023 et février 2024 à l'aide d'un auto-questionnaire anonyme auprès des internes de médecine générale de France.

**Résultats.** Dans leur prise en charge d'un patient souffrant de troubles psychiques, plus de 75% des 158 répondants déclaraient avoir déjà ressenti de la peur, plus de 80 % avoir déjà perçu ces patients comme dangereux et incurables, plus de 65% avoir déjà ressenti un besoin de distanciation sociale. Moins de 25% étaient toujours aussi systématiques dans leurs examens cliniques. Passer dans un service de psychiatrie et avoir un proche souffrant de troubles psychiques étaient des facteurs positifs sur les représentations pour la majorité. A l'inverse, plus de 40% déclaraient avoir été influencés négativement par les médias. D'autres facteurs étaient cités comme responsables de l'impopularité de la spécialité, comme la difficulté de la discipline et l'insuffisance de formation pendant les études médicales, l'éloignement en pratiques des soins somatiques, ou encore le manque de moyens accordés à la spécialité dans notre système de soins.

**Conclusion.** La stigmatisation concernant la maladie mentale est toujours un facteur influant dans les représentations négatives des étudiants en médecine générale envers la psychiatrie et contribue à son désintérêt. Il est urgent de déconstruire ces préjugés afin de garantir une offre de soins en santé mentale de qualité, et d'améliorer le recrutement en psychiatrie.

**Mots clés :** Représentations - Stigmatisation - Troubles psychiques - Internes - Médecine générale – Psychiatrie

### Jury :

Président du Jury : Professeur Vincent CAMUS

Directeur de thèse : Professeur Wissam EL-HAGE

Membres du Jury : Docteur Thomas GARGOT

Docteur Laura LÉVÊQUE

Date de soutenance : 24 avril 2024