

# World Psychiatry

OFFICIAL JOURNAL OF THE WORLD PSYCHIATRIC ASSOCIATION (WPA)

Volume 9, Numéro 3



octobre 2010

Traduction intégrale en français du sommaire, des abstracts et de certains articles choisis

COMITE DE REDACTION DE LA VERSION FRANÇAISE DE WORLD PSYCHIATRY	3	La grande course sur place G. PARKER	32
TEXTES D'ACTUALITÉ DE LA PSYCHIATRIE FRANCOPHONE	4	Une réponse positive ou négative R.H. BELMAKER	
ÉDITORIAL Le facteur d'impact de la revue <i>World Psychiatry</i> M. MAJ	6	Pléomorphisme clinique de la dépression majeure comme défi dans l'étude de sa physiopathologie J.J. MANN	
ARTICLES ORIGINAUX		RAPPORTS DE RECHERCHE	33
Quelques conseils de la WPA sur les manières de lutter contre la stigmatisation de la psychiatrie et des psychiatres N. SARTORIUS, W. GAEBEL, H.-R. CLEVELAND, H. STUART, T. AKIYAMA ET AL <i>Traduction Intégrale en français</i>	6	Réduire l'écart de traitement des troubles mentaux : Une enquête de la WPA J. PATEL, M. MAJ, A.J. FLISHER, M.J. DE SILVA, M. KOSCHORKE ET AL	
La résilience sous des conditions de stress extrême : une perspective multi-niveaux D. CICCHETTI <i>Traduction Intégrale en français</i>	20	Les modes de traitement de la dépression chez des anciennes combattantes souffrant de maladies cardiovasculaires ou de diabète EU. SAMBAMMORTI, C. SHEN, P. FINDLEY, S. FRAYNE, R. BANERJEA	33
FORUM : PHYSIOPATHOLOGIE DE LA DEPRESSION Existe-t-il des données probantes qui soient pertinentes pour les cliniciens ? G. HASLER	32	RAPPORT SYNTHETIQUE L'utilisation des diagnostic de la CIM-10 dans les services hospitaliers de soins psychiatriques danois entre 2001 - 2007 P. MUNK-JØRGENSEN, M. NAJARRAQ LUND, A. BERTELSEN	34
COMMENTAIRES DES DISCUTANTS Traduire les progrès de la recherche sur la dépression pour la clinique : Une avancée progressive sur long parcours W.C. DREVETS	32	POLITIQUE DE SANTÉ MENTALE Quelques leçons tirées du développement des soins communautaires de santé mentale en Afrique C. HANLON, D. WONDIMAGEGN, A. ALEM <i>Traduction Intégrale en français</i>	34
L'approche biologique dans les recherches sur la dépression : Commentaires d'un clinicien J. ANGST		ACTUALITÉS DE LA WPA La mise en œuvre du Plan d'action 2008-2011 de la WPA.	41
Psychiatrie biologique : Encore un pas en avant dans l'impasse H.M. VAN PRAAG		Mon expérience en Haïti : Un bref rapport K. RAVENSCROFT	

## THE WORLD PSYCHIATRIC ASSOCIATION (WPA)

The WPA is an association of national psychiatric societies aimed to increase knowledge and skills necessary for work in the field of mental health and the care for the mentally ill. Its member societies are presently 134, spanning 112 different countries and representing more than 200,000 psychiatrists.

The WPA organizes the World Congress of Psychiatry every three years. It also organizes international and regional congresses and meetings, and thematic conferences. It has 65 scientific sections, aimed to disseminate information and promote collaborative work in specific domains of psychiatry. It has produced several educational programmes and series of books. It has developed ethical guidelines for psychiatric practice, including the Madrid Declaration (1996).

Further information on the WPA can be found on the web- site [www.wpanet.org](http://www.wpanet.org).

### WPA EXECUTIVE COMMITTEE

President – M. Maj (Italy)

President-Elect – P. Ruiz (USA)

Secretary General – L. Küey (Turkey)

Secretary for Finances – T. Akiyama (Japan)

Secretary for Meetings – T. Okasha (Egypt)

Secretary for Education – A. Tasman (USA)

Secretary for Publications – H. Herrman (Australia)

Secretary for Sections – M. Jorge (Brazil)

### WPA SECRETARIAT

Psychiatric Hospital, 2 Ch. du Petit-Bel-Air, 1225 Chêne- Bourg, Geneva, Switzerland. Phone: +41223055736; Fax: +41223055735; E-mail: [wpasecretariat@wpanet.org](mailto:wpasecretariat@wpanet.org).

## WORLD PSYCHIATRY

World Psychiatry is the official journal of the World Psychiatric Association. It is published in three issues per year and is sent free of charge to psychiatrists **whose names and addresses are provided by WPA member societies and sections.**

Research Reports containing unpublished data are welcome for submission to the journal. They should be subdivided into four sections (Introduction, Methods, Results, Discussion). References should be numbered consecutively in the text and listed at the end according to the following style:

1. Bathe KJ, Wilson EL. Solution methods for eigenvalue problems in structural mechanics. *Int J Num Math Engng* 1973;6 :213-26.
2. McRae TW. The impact of computers on accounting. London: Wiley, 1964.
3. Fraeijs de Veubeke B. Displacement and equilibrium models in the finite element method. In: Zienkiewicz OC, Hollister GS (eds). *Stress analysis*. London: Wiley, 1965:145-97. All submissions should be sent to the office of the Editor.

**Editor**– M. Maj (Italy).

**Associate Editor**– H. Herrman (Australia).

**Editorial Board**– P. Ruiz (USA), L. Küey (Turkey), T. Akiyama (Japan), T. Okasha (Egypt), A. Tasman (USA), M. Jorge (Brazil).

**Advisory Board**– H.S. Akiskal (USA), R.D. Alarcón (USA), S. Bloch (Australia), G. Christodoulou (Greece), J. Cox (UK), H. Freeman (UK), M. Kastrup (Denmark), H. Katschnig (Austria), D. Lipsitt (USA), F. Lolas (Chile), J.J. López-Ibor (Spain), J.E. Mezzich (USA), R. Montenegro (Argentina), D. Moussaoui (Morocco), P. Munk-Jorgensen (Denmark), F. Njenga (Kenya), A. Okasha (Egypt), J. Parnas (Denmark), V. Patel (India), N.

Sartorius (Switzerland), B. Singh (Australia), P. Smolik (Czech Republic), R. Srinivasa Murthy (India), J. Talbott (USA), M. Tansella (Italy), S. Tyano (Israel), J. Zohar (Israel).

Office of the Editor – Department of Psychiatry, University of Naples SUN, Largo Madonna delle Grazie, 80138 Naples, Italy. Phone: +390815666502; Fax: +390815666523; E-mail: [majmario@tin.it](mailto:majmario@tin.it).

Managing Director & Legal Responsibility - Wubbo Tempel (Italy).

Published by Elsevier S.r.l., Via P. Paleocapa 7, 20121 Milan, Italy.

World Psychiatry is indexed in PubMed, Current Contents/Clinical Medicine, Current Contents/Social and Behavioral Sciences, Science Citation Index, and EMBASE.

All back issues of World Psychiatry can be downloaded free of charge from the PubMed system (<http://www.pubmedcentral.nih.gov/tocrender.fcgi?journal=297&action=archive>).

# World Psychiatry

Édition Française

Journal officiel de l'Association Mondiale de Psychiatrie (WPA)

Volume 9, Numéro 3



octobre 2010

Président : Pr Mario Maj Vice-présidente : Pr Helen Herrman

Rédacteur en chef : Dr Rachid Bennegadi Rédactrice en chef adjointe : Mme Stéphanie Larchanché

Secretariat de rédaction & PAO : Mme Ursula Acklin-Kalil

Représentants de zone : - Zone 1, Pr Raymond Tempier - Zone 6, Pr Linda Gask, - Zone 11, Pr Driss Moussaoui

Présidents ou délégués des Sociétés Françaises et Francophones membres et affiliées de la WPA :

\* Association Française de Psychiatrie : Dr Michel Botbol, [www.psychiatrie-francaise.com](http://www.psychiatrie-francaise.com)

\* Association Française des Psychiatres d'Exercice Privé, [www.afpep-snpp.org](http://www.afpep-snpp.org)

Dr Chantal Jacquié-Ledun \* Alfapsy Dr Antoine Besse, [www.alfapsy.org](http://www.alfapsy.org)

\* L'Evolution psychiatrique Dr Yves Thoret, [www.evolutionpsychiatrique.asso.fr](http://www.evolutionpsychiatrique.asso.fr)

\* Société de l'Information Psychiatrique Dr Thierry Trémone, [www.info-psy.com](http://www.info-psy.com)

\* Société Médico-Psychologique, Pr Jean-François Allilaire, [www.smp.asso.fr](http://www.smp.asso.fr)

Président de la Fédération Française de Psychiatrie : Pr Gérard Schmit, [schmitg@chu-reims.fr](mailto:schmitg@chu-reims.fr)

Représentants de Centres de Recherches :

\* Centre Française Minkowska : Pôle Enseignement, Études et Recherche (P.E.E.R.) :

Dr Rachid Bennegadi, Mme Stéphanie Larchanché, [www.minkowska.com](http://www.minkowska.com)

\* Centre de Recherches d'Epidémiologie Dr Viviane Kovess

\* McGill University / Jewish General Hospital Pr Danielle Groleau, [www.mcgill.ca/tcpsych](http://www.mcgill.ca/tcpsych)

\* McGill University Pr Laurence Kirmayer, [www.mcgill.ca/tcpsych](http://www.mcgill.ca/tcpsych)

\* Centre de Recherches sur la Périnatalité Dr Gisèle Apter

\* Unité INSERM U 669, [www.u669.idf.inserm.fr](http://www.u669.idf.inserm.fr) Pr Bruno Falissard, Dr Jean Michel Turin

Pr Julien-Daniel Guelfi, professeur émérite de l'Université Paris-Descartes, praticien attaché, CMME (Service du Pr Rouillon)

Représentants du réseau de bibliothécaires et documentalistes « Ascodoc-psy »

- Dr Christian Muller - Mme Aurore Cartier - Mme Nathalie Berriau

Représentants des pays francophones : Suisse : Pr François Ferrero, Dr Guido Bondolfi, Dr Philippe Huguelet

Les fonctions de ce comité sont :

- La sélection d'articles choisis dans chaque numéro de World Psychiatry pour une traduction intégrale en français.
  - La traduction du sommaire et de tous les abstracts du numéro
- La publication d'un éditorial ou d'informations concernant des publications et des congrès de la psychiatrie francophone
  - La diffusion la plus large possible du contenu de la World Psychiatry.

Disponible en Internet: <http://www.wpanet.org>

# 1<sup>er</sup> Congrès Mondial sur la Résilience De la recherche à la pratique

7-8-9-10 juin 2012  
Paris



**Programme  
et inscription**

Tarif individuel : 200 €  
Tarif étudiant  
(- 26 ans, avec justificatifs) : 75 €  
Formation continue : 400 €

[www.congres-resilience-paris2012.com](http://www.congres-resilience-paris2012.com)

**L**e concept de résilience connaît un si grand succès international qu'il devient nécessaire d'en préciser le contenu afin d'en faire un outil de pensée et de pratique. De nombreux constats cliniques avaient déjà noté que, dans des circonstances adverses, tous les enfants ne sont pas également touchés (Emmy Werner, 1982). Après un fracas psychotraumatique, ceux qui parviennent à reprendre un nouveau développement de bonne qualité ont quelque chose à nous apprendre (Michaël Rutter, 1985). Il faut donc étudier dans quelles conditions internes et externes, ces reprises néo-développementales sont possibles. Les neurosciences permettent aujourd'hui de photographier et de doser les marqueurs biologiques de cette résilience neuronale. Les études éthologiques de comportements d'enfants préverbaux en situation standardisée ont permis de rendre observable, spontanément et expérimentalement, comment cette structuration de leur affectivité organise l'intersubjectivité et leur mode de socialisation. Les échelles statistiquement validées, les entretiens semi-structurés et les histoires à compléter offrent des outils pour évaluer la résilience psychologique. Les études de fonctionnement familial peuvent repérer comment certaines familles résistent au trauma et soutiennent leur blessé, alors que d'autres se laissent entraîner dans la déchirure des liens. Les linguistes savent analyser la structure d'un discours qui motive les interactions autour du blessé, lui permettant ainsi de se remettre à vivre mais qui parfois l'empêchent. Les sociologues enfin décrivent les cultures, les mythes et les rites qui protègent les individus d'un groupe. Les déterminants sociaux de la résilience permettent d'agir sur l'école et les structures culturelles qui entourent les familles. L'accumulation de ces données récentes éclaire le processus de résilience. Il importe aujourd'hui de rassembler les chercheurs et de coordonner leurs travaux afin de proposer une attitude intégrative de la recherche et de nouvelles pratiques éducatives et thérapeutiques.

**Boris Cyrulnik**



# Congrès Français de Psychiatrie

1<sup>ère</sup> annonce

**Paris 2012**  
**La Défense - CNIT**

4<sup>ÈME</sup> ÉDITION

**du 28 novembre**  
**au 1<sup>er</sup> décembre**

Psychiatrie,  
intersubjectivité  
et interaction sociale

[www.congresfrancaispsychiatrie.org](http://www.congresfrancaispsychiatrie.org)

Information & inscriptions  
CARCO • 6, cité Paradis 75010 Paris, France  
T + 33 (0)1 55 43 18 18 • F + 33 (0)1 55 43 18 19  
[info@congresfrancaispsychiatrie.org](mailto:info@congresfrancaispsychiatrie.org)



**aviesan**  
alliance nationale  
pour les sciences de la vie et de la santé

## **ÉDITORIAL**

### **LE FACTEUR D'IMPACT DE LA REVUE *WORLD PSYCHIATRY***

M. MAJ

## **ARTICLES ORIGINAUX**

### **QUELQUES CONSEILS DE LA WPA SUR LES MANIÈRES DE LUTTER CONTRE LA STIGMATISATION DE LA PSYCHIATRIE ET DES PSYCHIATRES**

NORMAN SARTORIUS 1, WOLFGANG GAEBEL 2, HELEN-ROSE CLEVELAND 2, HEATHER STUART 3, TSUYOSHI AKIYAMA 4, JULIO ARBOLEDA-FLÓREZ 3, ANJA E. BAUMANN 5, OYE GUREJE 6, MIGUEL R. JORGE 7, MARIANNE KASTRUP 8, YURIKO SUZUKI 9, ALLAN TASMAN 10

1 Association for the Improvement of Mental Health Programmes, Geneva, Switzerland; 2 Department of Psychiatry and Psychotherapy, Heinrich-Heine-University Düsseldorf, Germany; 3 Queen's University, Kingston, Canada; 4 Department of Psychiatry, Kanto Medical Center, University of Tokyo, Japan; 5 World Health Organization Regional Office for Europe, Copenhagen, Denmark; 6 Department of Psychiatry, University College Hospital, Ibadan, Nigeria; 7 Federal University of Sao Paulo, Brazil; 8 Center for Transcultural Psychiatry, Psychiatric Clinic, Rigshospitalet, Copenhagen, Denmark; 9 National Institute of Mental Health, Department of Adult Mental Health, Tokyo, Japan; 10 Department of Psychiatry and Behavioral Sciences, University of Louisville, KY, USA

*En 2009, le Président de la WPA a mis en place un groupe de travail afin de pouvoir examiner les données disponibles sur la stigmatisation de la psychiatrie et des psychiatres, et d'émettre certaines recommandations sur les mesures que les sociétés savantes de psychiatrie dans chaque pays et que les professionnels pourraient mettre en place afin de réduire ou de prévenir la stigmatisation de leur discipline, de même que d'empêcher ses conséquences néfastes. Cet article résume les conclusions et les recommandations de ce groupe de travail. Le groupe a passé en revue la littérature concernant l'image de la psychiatrie et des psychiatres auprès du grand public, des étudiants en médecine, des professionnels de la santé autres que les psychiatres, et auprès des personnes atteintes de maladies mentales ainsi que de leurs familles. Il a également passé en revue les données sur les actions entreprises afin de combattre le stigma et les discriminations qui en découlent, et il a fait un série de recommandations aux sociétés savantes et aux psychiatres à titre individuel. Le groupe de travail a mis l'accent sur la formulation de bonnes pratiques en psychiatrie et de leur mise en application dans les services de santé et par rapport à la révision des programmes de formation du personnel de santé. Il a aussi recommandé que les sociétés savantes de chaque pays établissent des liens avec d'autres organismes professionnels, avec des associations de patients et de leurs familles, ainsi qu'avec les médias, ceci afin d'aborder le problème de la stigmatisation de la manière la plus large. Le groupe de travail a encore souligné le rôle que les psychiatres peuvent jouer dans la prévention de la stigmatisation de la psychiatrie, en mettant en avant le besoin de développer des relations respectueuses avec les patients, de respecter strictement les règles éthiques dans la pratique de la psychiatrie, et de maintenir de bonnes compétences professionnelles.*

Mots-clés: Stigmatisation, psychiatrie, psychiatres, grand public, médias, étudiants en médecine, patients et familles, règles éthiques

(World Psychiatry 2010;9:131-144)

Un des objectifs qui figure dans le Plan d'Action 2008-2011 de la WPA, adopté par l'Assemblée Générale de la WPA, concerne l'amélioration de l'image de la psychiatrie et des psychiatres aux yeux des professionnels de la santé, du grand public, des décideurs de la santé, et des étudiants dans les professions de la santé (1,2). C'est pour pouvoir réaliser cet objectif que le Président de la WPA a mis en place un groupe de travail, à qui il a confié la formulation des grandes lignes directrices sur les manières de lutter contre la stigmatisation de la psychiatrie et des psychiatres.

Cet article propose une revue des connaissances sur ce thème, et il liste une série de recommandations sur les mesures qui peuvent être engagées pour attaquer le problème.

### **MÉTHODES EMPLOYÉES POUR LA REVUE DES PUBLICATIONS**

Le groupe de travail a effectué une revue de la littérature afin d'identifier les publications concernant l'image de la psychiatrie, les psychiatres, les institutions psychiatriques, et les traitements psychiatriques. L'algorithme de recherche sélectionné a ainsi été appliqué dans différents moteurs de recherche: Social SciSearch/Social Science Citation Index, PsycINFO, Embase, Somed (recherches combinées via le méta-moteur de recherche Dimdi, par titre seulement) and Medline (titres et résumés).

L'objectif de cette recherche était d'obtenir un état des lieux détaillé sur les stéréotypes liés à la psychiatrie et aux psychiatres. Cependant, il y a plusieurs thèmes concernant les attitudes envers la psychiatrie et les psychiatres (e.g., le besoin d'aide, la

compliance) qui n'ont pas pu être complètement intégrés, et qui n'apparaissent seulement lorsqu'ils ont un lien avec notre analyse.

La recherche a été réalisée en juillet 2009. Elle ne s'est limitée à aucune année, et a identifié les articles publiés en anglais ou en allemand. Les membres du groupe de travail ont apporté des suggestions à partir de publications dans d'autres langues et dont ils avaient connaissance. La recherche initiale a produit 8,217 articles, dont 7,296 ont été retenus après l'élimination de doubles. Après avoir passé en revue les titres et les résumés, nous avons identifié 398 articles potentiellement pertinents. Une revue plus approfondie des références a permis d'identifier d'autres publications. En tout, 503 études potentiellement pertinentes ont été étudiées en détail, et celles-ci ont servi de base à cette analyse.

## RÉSULTATS DE LA REVUE DES CONNAISSANCES

Nous avons défini le concept de stigmatisation de façon large, afin de pouvoir inclure les stéréotypes négatifs et les croyances préjudiciables que les gens peuvent avoir, de même que les pratiques discriminatoires ou inéquitables qui peuvent en découler. Nous avons également pris en compte le fait que la stigmatisation et la discrimination peuvent intervenir au niveau de l'individu, à travers les interactions interpersonnelles, de même qu'au niveau des structures sociales, par le biais de politiques, de pratiques, et de lois injustes (3). Nous abordons d'abord la stigmatisation de la psychiatrie (et des traitements psychiatriques), puis la stigmatisation des psychiatres.

### La stigmatisation de la psychiatrie

#### *Le grand public*

L'opinion publique sur les infrastructures psychiatriques a été négative durant ces dernières décennies, et ce de manière récurrente. L'image de «l'hôpital psychiatrique» est restée celle d'une institution de grande taille, semblable à une prison (4), aux portes fermées, et située en marge de la communauté (5,6). En Allemagne, dans un sondage représentatif de la population, 25% des personnes interrogées pensaient qu'on n'y laissait pas sortir les patients, et 50% croyait qu'on y faisait toujours usage des camisoles de force.

Avec le développement des soins de santé mentale communautaires, on a pu observer, au long des années 70, certains changements positifs (7). Pourtant, les habitants ont aussi exprimé leur résistance aux soins communautaires, laquelle a donné son nom au syndrome NIMBY (*not in my backyard* -) « pas dans mon jardin ». Une étude a ainsi montré, par exemple, que même si 81% des américains rejettent l'idée que «le meilleur moyen de

contenir les malades mentaux est de les garder enfermés», beaucoup moins d'entre eux (31%) seraient disposés à accueillir un centre de santé mentale ambulatoire dans leur quartier (8). Les raisons qui sous-tendent cette résistance sont le déclin de la valeur immobilière, la sécurité des enfants, et la sécurité personnelle (9-12).

Au sein de l'opinion publique, on constate que les avis sur le traitement psychiatrique sont mixtes. Tandis que certaines études ont révélé que les personnes interrogées considèrent que le traitement psychiatrique est utile (13-15), dans d'autres études la qualité et l'efficacité du traitement psychiatrique sont mis en doute (16-18), et certaines études expriment même la dangerosité du traitement (19-21).

Face à un échantillon d'options de traitement, la psychothérapie qui est généralement préférée à une médication par psychotropes (6,20,22-33). Cependant, la formulation des questions semble influencer les résultats. Un choix imposé parmi certaines options de traitement semble produire une préférence pour la psychothérapie, mais si c'est l'acceptation d'un certain type de traitement qui est évaluée, les études montrent souvent de forts taux d'acceptation à la fois pour la psychothérapie et le traitement psychopharmacologique (34-37).

Le grand public tend à surestimer l'efficacité de la psychothérapie, et la recommandent comme traitement unique, même pour des pathologies telles que la schizophrénie pour laquelle les données scientifiques suggèrent qu'un traitement psychopharmacologique est indiqué (22,38). Par contraste, les effets négatifs des psychotropes sont perçus comme étant graves, tandis que les effets positifs sont sous-estimés (31,39,40). Dans certains cas, la majorité des personnes interrogées dit ne pas vouloir prendre de médicaments psychiatriques, même si ces personnes s'accordent sur leur efficacité (41).

En ce qui concerne les psychotropes, on a pu identifier cinq idées fausses répandues dans la population générale. Ces derniers sont perçus comme créant une dépendance (30,31,39,42-44), comme une forme de «sédation sans guérison» (30,38,39,44-46), une «invasion de l'identité» (39), un simple moyen de droguer les patients (40), moyen inefficace dans la prévention des rechutes (30). Ces idées fausses sont également présentes en Afrique, où l'on fait davantage confiance aux guérisseurs traditionnels qu'aux docteurs (47,48).

On observe aussi des réponses négatives au traitement par électro choc (TEC). Une étude effectuée auprès de la population australienne, par exemple, a conclu que dans 7% des cas, le TEC est perçu comme un traitement utile, tandis que dans 70% des cas, il est considéré comme dangereux (22).

### **Les étudiants en médecine**

Parmi les étudiants en médecine, les résultats sont partagés, parfois contradictoires. Tandis que, de manière générale, le statut de la psychiatrie en tant que discipline est bas, certaines études indiquent un changement positif dans les attitudes, que ce changement soit induit par le temps (49,50) ou après avoir effectué un stage en psychiatrie durant les études en médecine (51- 71). Cependant, ce changement d'attitude semble temporaire (72-75). D'autres études ne révèlent aucune amélioration dans les attitudes (76-83). Malgré les attitudes positives, la proportion d'étudiants en médecine disant vouloir choisir la psychiatrie comme profession reste souvent basse (84-91).

Les raisons principales qui sous-tendent ce refus du choix de la psychiatrie comme profession sont le manque de prestige et de respect par rapport aux autres disciplines médicales (49,87,92- 111). Dans un questionnaire récent mené auprès d'étudiants en médecine américains sur les spécialités médicales faisant l'objet de dénigrement, la psychiatrie était classée au troisième rang (39%) après la médecine de famille et la médecine générale interne (112).

Ce qui semble attirer vers la psychiatrie c'est principalement le fait qu'il s'agisse d'une discipline intéressante et intellectuellement stimulante (77,101,110), et qui promet une carrière gratifiante avec de bonnes perspectives de travail (101,113,114). Les étudiants en médecine perçoivent rarement la psychiatrie comme un choix de carrière (intellectuellement) stimulant (101,115-117), et plutôt comme une profession peu gratifiante et épanouissante (109). D'autres études classent pourtant la psychiatrie comme la discipline la plus intellectuellement stimulante (92,118,119).

L'impact des familles des étudiants sur leurs attitudes et leur décision de choisir la psychiatrie comme profession constitue un autre facteur d'influence. Dans les familles des étudiants en médecine, les stéréotypes comme l'idée que se spécialiser en psychiatrie est «une perte de temps» sont répandus (94,120), même si les étudiants ne se sentent pas nécessairement découragés par leurs familles (100,104). Ceci dit, cette attitude reflète une image de la psychiatrie comme n'étant pas de «la véritable médecine» (109).

Les aspects financiers, comme un salaire bas (49, 87, 92, 99, 106,107, 109, 116,121-124) et un manque de financement du gouvernement (103, 125-129), participent aussi à l'image de la psychiatrie en tant que discipline. Ces inconvénients financiers ont un impact sur les attitudes des étudiants en médecine, dans le milieu clinique ou de la recherche.

Les étudiants en médecine ont aussi la sensation que la psychiatrie manque de fondement scientifique solide, faisant autorité (92,97,101,109, 117,119,130-135). Cette attitude découle en partie d'une incertitude en ce qui concerne la nosologie et le diagnostic des maladies mentales, et qui constitue d'ailleurs une des raisons pour lesquelles les étudiants en médecine n'intègrent pas la psychiatrie (109,136,137). La classification des maladies mentales dans les catégories du DSM et de la CIM est critiquée car la majorité des catégories diagnostiques ne sont pas validées par les critères biologiques (138-141), ce qui renforce l'image de la psychiatrie comme n'étant pas de «la véritable médecine». Un aspect de cette discussion inclut la question de savoir si une recherche qui utilise des diagnostics n'étant pas validés comme critères d'inclusion «n'est pas, elle aussi, invalide» (142).

Les résultats qui reflètent l'opinion des étudiants en médecine sur le traitement psychiatrique et ses effets reste partagés. Les étudiants en médecine perçoivent le traitement comme étant inefficace (115,143), et la psychiatrie comme étant «trop lente» (133).

Les étudiants en médecine sont souvent moins sceptiques que le grand public envers les psychotropes (144,145). Cependant, ils reprochent aux psychotropes de ne pas cibler la cause réelle de la maladie (146). Dans certains cas, la psychothérapie reçoit des évaluations plus positives (147). Les avis des étudiants en médecine sur le traitement électro-convulsif (TEC) sont aussi partagés. La plupart des personnes interrogées l'envisagent comme une forme de punition (148,149), et qu'il ne devrait être utilisé qu'en dernier recours (150). Par contraste, dans une étude réalisée au Nigeria, la majorité des étudiants en médecine désapprouvent l'idée que l'on abuse du TEC comme forme de punition (151). Les étudiants anglais rapportent qu'ils ne craignent pas l'abus de TEC par les psychiatres, alors que 30% de leurs homologues irakiens et égyptiens craignent le contraire (152). On peut attribuer ces avis négatifs sur le TEC aux représentations véhiculées par les médias de masse et les films (148,153), alors que les étudiants anglais sont plus à même d'avoir observé des cas traités par le TEC dans la réalité (152,154).

### **Les professionnels de la santé**

Nous avons examiné l'attitude des médecins de famille envers la psychiatrie à travers certaines études. Nous avons identifié deux raisons principales vis à vis des absences d'orientation (155): les inquiétudes concernant l'efficacité du traitement psychiatrique et la stigmatisation du patient. Les psychotropes sont souvent jugés comme étant nécessaires, mais la psychothérapie et les approches combinées sont également recommandés (156,157).

L'image de la psychiatrie du point de vue des psychiatres n'a pas été beaucoup étudiée. Une étude a évalué sur un échantillon de psychiatres et de pédiatres leur sentiment sur leur spécialité, et a révélé un fort taux de satisfaction chez les psychiatres (158), sans différence avec les pédiatres. Dans leur analyse des raisons qui expliquent pourquoi les médecins quittent la spécialité qu'ils ont initialement choisie, Lambert et al (136) rapportent que les raisons principales énoncées par les psychiatres incluent la mauvaise image de la spécialité aux yeux du public, l'impression d'un manque de respect chez les autres médecins, et l'impression d'un manque de ressources. Dans une étude menée en Angleterre, seulement 71% des psychiatres rapportent une volonté générale de prendre des antipsychotiques eux-mêmes dans le cas d'une schizophrénie (159).

Il apparaît que les étudiants infirmiers et les infirmiers ont des avis positifs sur la psychiatrie (160-166). De même pour les étudiants en pharmacie (167).

L'avis des professionnels de la santé sur les traitements spécifiques en psychiatrie semble coïncider avec celui du grand public et des étudiants en médecine. Le traitement est ainsi souvent perçu comme coercitif et comme compromettant l'autonomie du patient (168,169), la psychothérapie est préférée aux antidépresseurs (170), et les psychotropes sont souvent acceptés uniquement en dernier recours (171). Cependant, l'avis des travailleurs sociaux sur les psychotropes est positif (172,173). Seulement 35% des professionnels non-médicaux de la santé mentale rapportent qu'ils prendraient en considération un traitement par antipsychotique pour eux-mêmes en cas de schizophrénie, tandis que 85% le recommanderaient à leurs proches (159). Les infirmiers en santé mentale recommandent le TEC seulement en cas de dépression sévère (174). Les méthodes de traitement contre la volonté du patient suscitent de fortes émotions chez les infirmiers (175,176).

### **Les patients et les proches**

Le plus souvent, c'est la peur du stigma de la maladie mentale qui pousse les patients à ne pas suivre une orientation chez un psychiatre, plutôt que les attentes négatives par rapport au traitement et à sa qualité (177). Généralement, les patients s'attendent à ce que le traitement soit utile (178,179), et la plupart de patients en ambulatoire dans un centre de santé mentale communautaire sont satisfaits du traitement qu'ils reçoivent (180,181). Ceci étant, souvent les patients s'attendent à ce que les traitements comme le TEC soient douloureux, et à ce que les médicaments leurs soient administrés sans leur consentement (26,182).

En ce qui concerne les formes spécifiques de traitement psychiatrique, les patients et leurs proches

nourrissent les mêmes stéréotypes sur les psychotropes que le grand public. Ils rejettent donc souvent les médicaments parce qu'ils pensent que ces derniers créent une dépendance (32,183-185), qu'ils n'agissent pas sur les causes réelles de la maladie (32), qu'ils produisent des changements de personnalité (179,186) et qu'ils inhibent les sentiments normaux (184). Certaines études rapportent une nette préférence pour la psychothérapie plutôt que le traitement pharmacologique (19,26,187,188) et souvent les patients n'attendent pas à ce qu'on leur prescrive des psychotropes au tout début du traitement (178,179,189). Le traitement psychiatrique est souvent perçu soit comme étant lent à faire effet, soit comme complètement inefficace (190).

Ceci étant, contrairement au grand public, les patients psychiatriques et leurs proches semblent avoir des avis plus positifs sur les psychotropes (191-195), et certaines études rapportent que le taux de satisfaction avec ce type de traitement est élevé (196-198). Les patients ayant été précédemment hospitalisés semblent plus favorables au traitement psychiatrique (199-201).

Si les patients perçoivent généralement le TEC comme une méthode de traitement efficace (202,203), la plupart s'attendent à ce qu'elle produise des effets secondaires (204,205), et par conséquent la considèrent comme un traitement de dernier recours. Cependant, ceci n'est pas le cas pour les patients ayant déjà subi le TEC (206 - 208). De même, si la majorité des patients rapporte ne pas être en faveur du traitement coercitif, lequel limiterait leur autonomie, ceux ayant fait l'expérience d'un tel traitement l'évaluent comme ayant été efficace (197,209-218).

### **Les médias**

La représentation globale de la psychiatrie dans les médias d'information et de divertissement est essentiellement négative. Un commentaire paru dans les médias dépeint ainsi la psychiatrie comme «une discipline sans véritable savoir, sans méthodes scientifiques ni techniques de traitement efficaces» (219). Les journaux et les films ont souvent transmis une image négative des hôpitaux psychiatriques (220,221). Ces images ont rapidement été généralisées et ont contribué à l'image négative de la psychiatrie dans son ensemble (222,223). Les centres de santé mentale communautaires modernes sont rarement décrits dans les médias (224).

La représentation des traitements psychiatriques est souvent tout aussi négative, avec les images persistantes d'électrochocs inefficaces et punitifs (225), de l'enfermement, ou du traitement psychanalytique (224,226,227). La «mythologie hollywoodienne de la psychiatrie» (228) véhicule l'idée que le traitement efficace n'est pas basé sur la prise

de médicaments et sur une évolution progressive, mais sur une séance unique et cathartique. Les rapports des journaux sur les psychotropes ont été considérablement plus critiques que les rapports sur les traitements cardiaques, en soulignant souvent les effets secondaires négatifs des ces premiers, tout en évitant d'informer sur leurs effets bénéfiques (229,230). Les rapports sur le TEC sont fréquemment négatifs et biaisés (231). De nombreux journaux ont ainsi critiqué de manière répétée le lien entre la psychiatrie et l'industrie pharmaceutique (232).

## **La stigmatisation des psychiatres**

### ***Le grand public***

L'image publique des psychiatres est largement négative, et elle se base sur des informations limitées concernant leur formation, leur expertise, et leur objectif. Par exemple, il n'est pas toujours connu que les psychiatres sont docteurs en médecine, et la durée de leur formation est sous-estimée (6,182,233-235). Les médecins (236), les universitaires (235), et les professions de la santé mentale (237) leur attribuent un faible statut. De nombreuses études rapportent une distinction insuffisante entre les diverses professions de la santé mentale, en particulier entre psychiatres et psychologues (233,237,238). Seules deux études indiquent que les personnes interrogées étaient capables de faire la différence entre les professions (6,235). On accuse les psychiatres de s'appuyer trop sur les traitements médicamenteux (239). En présence d'un problème de santé mentale, c'est l'aide d'un confident (25,27,34) ou d'un médecin de famille (241,242) qui est souvent recommandée, plutôt qu'un traitement chez un psychiatre. Malgré tout, une minorité réduite du grand public cautionne le stéréotype que «les psychiatres sont inefficaces» (22,236,237,243).

Certains stéréotypes s'opposent concernant le rôle professionnel des psychiatres (244,245). D'un côté, ces derniers sont souvent perçus comme des «agents de répression» dont l'objectif est de garantir la conformité des comportements (244), et comme des individus pouvant «lire dans l'esprit des gens» (18). Il est parfois suggéré que les psychiatres ne veulent pas vraiment comprendre leurs patients et qu'ils sont hostiles envers eux (6,107). D'un autre côté, les psychiatres sont perçus comme des oracles, des médiums ou un bons samaritains, et les attentes autour de l'efficacité du traitement et de la guérison sont exagérées (244).

Une autre idée reçue à propos des psychiatres concerne leur rôle auprès de la justice comme experts venant témoigner sur la santé mentale des accusés. Leurs explications sur le comportement d'un accusé sont souvent incomprises et interprétées comme «créant des voies de sortie pour les criminels» (246,247). Dans ce contexte, les personnes interrogées

expriment aussi une confiance limitée dans la capacité des psychiatres à pouvoir déterminer l'aliénation mentale au niveau légal. De même, il est suggéré que le témoignage des psychiatres médico-légaux est basé moins sur l'expertise professionnelle que motivé par des intérêts financiers (219,248,249). Malgré tout, la majorité des avocats et des juges rejettent le stéréotype du manque de compétences (250).

On peut identifier trois autres stéréotypes décrivant les psychiatres dans la littérature, lesquels font référence à la folie, l'étrangeté, et le comportement abusif. Le plus fréquent d'entre eux est sans doute celui du psychiatre qui souffre de troubles mentaux lui-même (18,233, 239,251). Ceci dit, nous n'avons trouvé aucune étude prouvant par les données empiriques que le public de fait cautionne ce stéréotype. Dans une enquête démographique (236), la majorité des individus décrivent les psychiatres comme des personnes utiles, à qui l'on peut faire confiance, et seule une faible minorité les perçoit comme excentriques et hermétiques. Mais, lorsque l'on donne le choix entre les diverses professions de santé mentale, c'est avec les psychiatres que les participants australiens à un questionnaire disent se sentir le moins à l'aise pour parler, et ils les placent au plus haut sur l'échelle de la perception de l'étrangeté (237). Pour finir, les psychiatres sont perçus comme dangereux et manipulateurs (107,252), qui exploitent leurs patients et abusent de leur pouvoir (51), jusqu'à essayer d'obtenir des faveurs sexuelles.

### ***Les étudiants en médecine et les professionnels de la santé***

Les étudiants en médecine indiquent souvent surprendre des commentaires dénigrant sur les psychiatres de la part de leurs enseignants en école de médecine ou lors de leur internat (112,120). A force d'entendre que «les psychiatres doivent être fous parce qu'ils sont capable de s'occuper des fous» (244) ou que «travailler avec les fous vous rendra fou» (120), les étudiants en médecine perçoivent parfois les psychiatres comme des gens plus émotionnellement instables ou névrotiques que les autres professionnels de la santé (65,94,97,253). Les étudiants en médecine peuvent aussi considérer les psychiatres comme des gens dont la pensée est bizarre, floue, confuse, et qui sont donc complexes et difficiles à comprendre (79,94,253,254).

Au sein de la communauté médicale, le statut des psychiatres est généralement décrit comme étant faible. Certains auteurs suggèrent qu'il existe un «manque de respect au sein de la communauté médicale» (120), qui stéréotype les psychiatres comme des individus «peu sûrs, inefficaces, incapables et incompréhensibles» (244). Cette perception des psychiatres comme n'étant pas de «véritables médecins» se reflète dans le fait que, dans leurs courriers d'orientation chez le psychiatre, les médecins de famille ne font que rarement références

aux symptômes physiques (255). Ceci dit, les médecins reconnaissent que les psychiatres peuvent aider les personnes atteintes de troubles mentaux, et qu'ils ont l'expertise requise pour cela (256). Ils disent également apprécier et souhaiter les conseils des psychiatres consultants (257-259), même s'ils ne désirent pas que ces derniers interviennent dans un traitement sur le long terme (250,261). Malgré ces attitudes favorables, 35% des médecins non-psychiatres perçoivent les psychiatres comme étant émotionnellement moins stables que les autres médecins, et 51% d'entre eux comme étant névrotiques (256).

D'un autre côté, les psychiatres se considèrent comme étant plus introspectifs, moins autoritaires, plus cultivés et matures que leurs collègues médecins. Soixante dix sept pour cent rejettent l'idée qu'ils seraient plus névrotiques. Ceci étant, les psychiatres sont bien conscients de leur image négative (246,256,262). Ils sont généralement bien acceptés par les autres professionnels de la santé mentale (263,264). En termes de compétences, les psychologues, infirmiers et travailleurs sociaux évaluent les psychiatres de la même manière que les autres groupes professionnels, bien qu'ils les estiment systématiquement comme étant moins chaleureux (265).

#### ***Les patients et les proches***

Les avis des patients et de leurs proches sur les psychiatres sont ambivalents. En terme de performance, le taux de satisfaction tend à être élevé (196,198), et les avis sont d'autant plus favorables dans le contexte d'une hospitalisation (161). Une inquiétude est fréquemment exprimée en ce qui concerne les pressions du temps qui existent dans le cadre des centres de soins psychiatriques, ainsi que le manque de temps pour des conversations intensives qui en découlent. (196,266-269). Certains patients décrivent les psychiatres comme voulant tout contrôler (267) et certains proches les perçoivent comme arrogants (268). Strehlow and Piesiur-Strehlow (270) montrent comment le manque de connaissances sur l'expertise des psychiatres et les images négatives de la psychiatrie amène les parents à ne faire appel aux psychiatres qu'en dernier recours pour leurs enfants atteints de troubles mentaux.

#### ***Les médias***

La caricature des psychiatres faite par les médias reprend beaucoup des stéréotypes répandus dans le grand public. Par exemple, les psychiatres sont dépeints comme étant peu serviables, incapables d'assurer des traitements efficaces (128, 224), et d'expliquer ou de prévoir le comportement de leurs patients (271). De plus, les termes dérogatoires et familiers sont fréquemment utilisés pour décrire les psychiatres (107). Dans la première partie du siècle

dernier, la caricature du psychiatre était celle d'un individu malveillant, autoritaire (272), le fonctionnaire d'un état oppressif (227). Par la suite, différents sous-types de psychiatres se sont développés. Par exemple, Schneider a pu distinguer un Dr. Farfelu, ou un Dr. Formidable, et un Dr. Diabolique, chacun représentant les stéréotypes du psychiatre fou, du super-guérisseur, et du psychiatre qui exploite ses patients et transgresse les règles. Une analyse filmographique aboutit à une classification similaire (226). Typiquement, les avis favorables sur les psychiatres soulignent leur disponibilité envers leurs patients (228). Une revue des films américains (274) indique que la moitié des productions décrit les psychiatres comme étant serviables et sympathiques, tandis que l'autre moitié les décrit comme malveillants et enclins à transgresser les règles.

### **LES INTERVENTIONS DESTINÉES À COMBATTRE LA STIGMATISATION DE LA PSYCHIATRIE ET DES PSYCHIATRES**

Notre revue de la littérature sur la stigmatisation de la psychiatrie et des psychiatres a révélé qu'il existe très peu d'études sur le développement et l'évaluation des interventions destinées à combattre la stigmatisation. Les résultats de ces rares études sont présentés séparément, en commençant par ceux qui concernent la stigmatisation de la psychiatrie, puis ceux qui rendent compte de la stigmatisation des psychiatres.

#### **Les interventions destinées à combattre la stigmatisation de la psychiatrie**

Pour ce qui est de la stigmatisation envers les traitements psychiatriques, il est prouvé qu'informer les individus sur les troubles mentaux par le biais d'un «cours d'introduction à la santé mentale» améliore la concordance avec les thérapies généralement recommandées (275). Il est aussi démontré que la circulation d'informations concernant les troubles mentaux et leurs traitements, de même que l'organisation de rencontres avec les personnes atteintes de ces troubles, amélioreraient les attitudes envers les structures communautaires (276). Battaglia et al (277) démontrent qu'une présentation faite par un psychiatre à des lycéens sur les questions de santé mentale n'a pas seulement eu pour effet d'améliorer les connaissances sur la santé mentale, mais sans doute grâce à la plus grande familiarité qui en découle, a aussi favorisé les demandes de soin et l'appréciation des psychiatres.

Changer l'image de la psychiatrie dans les médias est un préalable incontournable pour changer l'opinion publique, en particulier en mettant en avant des exigences réalistes sur les modalités de traitement et leur succès (234,239). Stuart (278) suggère que les professionnels de la santé mentale ainsi que les patients devraient être plus présents dans les médias, afin de pouvoir donner une image des traitements

psychiatriques et de leurs consommateurs qui soit plus proche de la réalité. La formation du personnel de santé mentale aux stratégies médiatiques pourrait aussi améliorer leur crédibilité et l'admissibilité de leur message. Kutner et Bresin (279) décrivent une intervention en particulier, dont l'objectif est d'améliorer les relations entre les psychiatres et les médias. Ils proposent un programme de formation ciblée sur le monde des médias, programme qui se base sur l'idée que le manque d'assurance dans une situation d'interview avec les médias peut passer comme une forme d'arrogance. Les internes en médecine sont ainsi partagés en groupe de six dans des ateliers de travail. On leur apporte des informations sur les médias et leur fonctionnement, et on organise des jeux de rôles où ils mettent en pratique leurs compétences de présentation. Bien qu'aucune évaluation formelle n'ait été rapportée, les auteurs affirment que la formation a débouché sur des expériences positives.

La plupart des interventions visant à changer l'attitude des étudiants en médecine envers la psychiatrie ont porté sur des changements au niveau des modalités d'enseignement et du cursus en école de médecine. Des études comparatives sur les différents types d'enseignement (e.g., enseignement traditionnel ou expérimental) montrent qu'aucune méthode ne prime sur l'autre (55,67,72). Selon une étude de Singh et al (67), l'acquisition du savoir, une prise de conscience du potentiel thérapeutique des interventions psychiatriques et le contact direct avec les patients, ensemble ont le potentiel de changer les attitudes et de rendre la psychiatrie plus attrayante comme choix de carrière.

Pour corriger les perceptions erronées sur l'inefficacité des traitements psychiatriques, une approche en particulier est mise en avant par Coodin et Chisholm (280). Il s'agit d'un séminaire en psychiatrie, co-dirigé par un patient et un professionnel, qui traite de la guérison chez les personnes atteintes de schizophrénie, et qui a débouché sur des perceptions plus favorables des traitements pour la santé mentale. Quant à Lambert et al (136), c'est en école de médecine et au début de l'internat qu'il faut s'attaquer à l'image négative de la psychiatrie, afin de retenir l'intérêt des psychiatres dans leur choix de carrière. Ils suggèrent également qu'afin d'éviter les mauvais choix, les étudiants en médecine intéressés devraient pouvoir acquérir davantage d'expérience dans le cadre de stages en psychiatrie avant de poursuivre une carrière à long terme en psychiatrie.

### **Les interventions pour combattre la stigmatisation des psychiatres**

Nous n'avons pu trouver aucune étude sur des interventions ciblant spécifiquement la stigmatisation et la discrimination des psychiatres. Il existe cependant un certain nombre de recommandations

liées au changement de leur image négative, et la plupart d'entre elles se concentrent sur le développement d'une relation positive avec les médias. Ceci inclut la participation active des psychiatres dans la circulation de l'information (233), ainsi que l'apport de leur expertise sur les problèmes de santé mentale (281) et les situations médico-légales (282).

Avec l'aide d'une agence de communication, l'Association Québécoise de Psychiatrie a articulé des propositions sur les façons d'améliorer l'image des psychiatres. Leurs stratégies comportent une plus grande visibilité dans les médias, une mobilisation face aux besoins publics et aux événements graves, et une présence plus visible au sein de la communauté (283). Ils ajoutent que les psychiatres devraient réagir publiquement face aux critiques qu'on adresse à leur profession. Felix (284) et Davidson (285) suggèrent davantage de visibilité et un meilleur engagement auprès de la communauté, en précisant que le bénévolat constitue une démarche importante pour obtenir une plus grande reconnaissance publique.

Dans l'intérêt de réduire la stigmatisation au sein de la profession médicale, il est recommandé d'aborder les problèmes de la stigmatisation lors des cours sur la psychiatrie (120), en dressant aux étudiants en médecine un tableau plus précis de la psychiatrie en tant que discipline, et en leur offrant des modèles de réussite (94,176,286). Afin de créer des liens positifs avec les médecins en formation, il est recommandé de favoriser les consultations de liaison avec un psychiatre (287). A cet égard, il est important que le psychiatre favorise «d'abord sa position de médecin avant son rôle de spécialiste», sur la base d'une connaissance médicale solide (176,288). Spiessl and Cording (289) proposent un service de liaison facilement accessible aux médecins de famille qui puisse réduire les délais d'attente lors des orientations. Ils proposent également des séminaires pratiques pour les médecins de famille, les informant sur la maladie mentale mais aussi sur les institutions psychiatriques, de même qu'une formation continue dans le cadre du service de psychiatrie de liaison.

### **RECOMMANDATIONS**

Notre revue de la littérature sur la stigmatisation de la psychiatrie et des psychiatres n'a produit qu'un petit nombre d'articles sur les études concernant le développement et l'évaluation des interventions visant à réduire cette stigmatisation. Les résultats significatifs soulignent l'importance d'une collaboration de proximité avec les médias. A cet égard, plusieurs stratégies telles que l'amélioration des relations publiques, la participation experte des psychiatres dans les médias sur les sujets liés à la psychiatrie, de même que l'organisation d'ateliers de travail pour les psychiatres sur les façons d'échanger avec les médias, ont pu réduire de manière efficace la stigmatisation de la psychiatrie et des psychiatres. De

plus, les médias jouent un rôle important en termes d'information et de rectification des idées reçues sur le traitement et les institutions psychiatriques, comme sur le travail des psychiatres. Le second résultat important concerne l'amélioration de l'image de la psychiatrie et des psychiatres à travers un mélange de savoir et de contact avec les personnes atteintes de maladies mentales. Des approches plus spécifiques concernant l'attitude des étudiants en médecine proposent d'aborder la stigmatisation de la psychiatrie et les idées reçues sur la discipline au cours de la formation médicale, et d'améliorer l'enseignement de la psychiatrie.

A partir de son expérience dans le programme sur la réduction de la stigmatisation et de la discrimination de la schizophrénie (290-293), la WPA recommande également les actions suivantes afin de combattre la stigmatisation de la psychiatrie et des psychiatres.

### **Recommandations aux associations nationales de psychiatrie**

Les organisations nationales de psychiatrie devraient définir les bonnes pratiques en psychiatrie et suivre de près leur mise en application dans le système de santé mentale.

Au-delà de la publication de directives appropriées sur les bonnes pratiques, les organisations psychiatriques devraient trouver une manière d'intégrer leur contenu dans les programmes d'études en médecine, et de faire de l'apprentissage de leur usage la pierre angulaire de l'internat ou du résidennat en psychiatrie. Le fait que des directives sur les bonnes pratiques existent et qu'elles sont appliquées devrait être publiquement reconnu.

Les organisations psychiatriques devraient assurer une réponse rapide aux cas de violations des droits de l'homme dans le cadre de la pratique ou de la recherche en psychiatrie, et clairement rapporter les effets d'une telle intervention. Elles devraient mettre l'accent sur le développement de techniques qui faciliteront le contrôle de la qualité des soins en clinique, et sur l'étendue de l'utilisation de ces techniques. Dans le cadre de leurs échanges avec les gouvernements, elles devraient fournir des comptes rendus réguliers sur les performances et les réussites scientifiques dans l'offre de soins aux personnes souffrant de troubles mentaux. Elles devraient œuvrer à une transparence complète dans leurs relations avec les industries liées à la santé.

*En collaboration avec les institutions universitaires concernées, les organisations psychiatriques nationales devraient réévaluer les programmes d'études en médecine avant et après le concours.*

Dans un certain nombre de pays, il est démontré que les étudiants en médecine ont une faible opinion de la

psychiatrie et qu'ils choisissent de moins en moins la psychiatrie comme spécialité après le concours. Comme l'a montré notre rapport, ceci est en partie dû à l'influence des enseignants dans d'autres disciplines médicales qui partagent cette opinion, et d'autre part à la façon dont, dans la plupart des pays, la psychiatrie est présentée et enseignée dans les écoles de médecine. Il existe une variété de méthodes qui pourraient rendre le sujet de la psychiatrie plus attrayant, mais celles-ci sont rarement utilisées. Elles incluent une intensification de l'enseignement sur les compétences (qui peut être utilisée lorsqu'on aborde le sujet de la maladie mentale, mais aussi la pratique de la médecine en général), une rencontre avec les personnes ayant reçu un traitement pour leur maladie psychiatrique et qui ont guéri, une participation des proches à l'enseignement sur l'encadrement quotidien de la maladie mentale et du handicap dans la communauté, une exposition à l'efficacité des soins de santé communautaires pour les gens souffrant de troubles mentaux, le recours aux universités d'été et aux programmes d'échange pour augmenter l'attrait de la psychiatrie, et une meilleure intégration de l'enseignement de la psychiatrie avec celui des neurosciences et des sciences comportementales. Afin de pouvoir travailler avec les médias et les organes gouvernementaux, les compétences en présentation et en communication sont d'une importance considérable si l'on veut développer les services de santé mentale et appuyer les efforts pour changer l'image de la psychiatrie. A ce jour, ces compétences ne sont enseignées qu'à titre exceptionnel. L'enseignement de troisième cycle devrait aussi inclure des cours sur les origines de la stigmatisation de la maladie mentale et sur les méthodes auxquelles on peut recourir pour la combattre.

*Les associations nationales de psychiatrie devraient resserrer les liens et collaborer avec d'autres associations professionnelles, les associations de patients et de leurs familles, et d'autres associations impliquées dans les soins de santé mentale et la rééducation des malades.*

L'image de la psychiatrie et des psychiatres dépend largement de l'opinion d'autres spécialistes de la médecine, ainsi que de la perception de la discipline par ceux qui utilisent les services psychiatriques. Les associations psychiatriques ont souvent des liens fragiles avec les autres associations professionnelles ainsi qu'avec les associations de patients et de leurs familles. Elles se trouvent même souvent dans une relation de confrontation avec ces dernières. La direction de projets communs (ex , les recherches sur la comorbidité des troubles mentaux et physiques) et la collaboration avec les associations de patients et de leurs familles sur la production de lignes directrices et de standards d'exercice pourraient réduire le fossé qui existe actuellement entre ces associations et

contribuer à l'amélioration de l'image de la psychiatrie.

La collaboration avec les associations de patients et de leurs familles peut aussi contribuer aux efforts pour rendre les services psychiatriques plus efficaces et accueillants. L'expérience de certains pays sur cet aspect (ex , le choix en commun d'un médiateur puissant aider à résoudre les problèmes qui émergent dans les services de santé mentale et l'introduction de réunions régulières entre les représentants des associations de patients et de leurs familles et des leaders des programmes de santé mentale) peut amener à réduire le nombre de conflits et créer des opportunités de rencontre et de collaboration.

La collaboration avec les écoles et les associations d'enseignants de même qu'avec d'autres associations telles que le Rotary Club peut aider à réduire la stigmatisation de la psychiatrie.

***Les associations nationales de psychiatrie devraient chercher à établir et à maintenir de bonnes relations de travail avec les médias.***

Les médias ont une influence croissante sur le grand public. Or les informations qu'ils disséminent au sujet de la pratique de la psychiatrie sont souvent incomplètes ou obsolètes. Les associations nationales de psychiatrie devraient examiner d'autres manières de fournir des informations à jour et de développer des relations de travail avec les représentants des médias, en organisant par exemple des ateliers de travail, en produisant des bulletins d'information et des communiqués de presse réguliers, en impliquant

les représentants des médias dans la mise en place de nouveaux services et autres projets adaptés au pays en question.

### **Recommandations aux chefs des services de psychiatrie et aux psychiatres**

Les psychiatres doivent prendre conscience que leur comportement peut contribuer à la stigmatisation de la psychiatrie en tant que discipline, et à les stigmatiser eux-mêmes en tant que ses représentants. Le comportement des psychiatres dans leur pratique clinique est d'une importance décisive pour l'image de la psychiatrie et des psychiatres. C'est sur les aspects suivants qu'il s'agit de porter une attention particulière: a) le développement d'une relation respectueuse avec les patients et leurs familles; b) la capacité à se tenir au courant des progrès de la recherche et des pratiques psychiatriques, ainsi que leur application clinique; c) le strict respect des principes éthiques dans l'offre de soins et dans l'organisation des services; d) la collaboration avec d'autres spécialistes en médecine et travailleurs de la santé, ainsi qu'avec d'autres professionnels impliqués dans les soins pour les personnes atteintes de troubles mentaux.

### **Remerciements**

Les auteurs tiennent à remercier Mme M. Marekwica, Mme K. Samjeske et Mme P. Schlamann pour leurs contributions à cet article et leur aide précieuse.

### **Références**

1. Maj M. The WPA Action Plan 2008-2011. *World Psychiatry* 2008; 7:129-30.
2. Maj M. The WPA Action Plans in progress. *World Psychiatry* 2009; 8:65-6.
3. Stuart H. Fighting the stigma caused by mental disorders: past perspectives, present activities, and future directions. *World Psychiatry* 2008;7:185-8.
4. Angermeyer MC. Public image of psychiatry. Results of a representative poll in the new federal states of Germany. *Psychiatrische Praxis* 2000;27:327-9.
5. Gibson R. The psychiatric hospital and reduction of stigma. In: Fink PJ, Tasman A (eds). *Stigma and mental illness*. Washington: American Psychiatric Press, 1992:185-8.
6. Redlich FC. What the citizen knows about psychiatry. *Ment Hyg* 1950;34:64-79.
7. Weinstein RM. Attitudes toward psychiatric treatment among hospitalized patients: a review of quantitative research. *Soc Sci Med* 1981;15:301-14.
8. Borinstein AB. Public attitudes toward persons with mental illness. *Health Affairs* 1992;11:186-96.
9. Arens DA. What do the neighbors think now? Community residences on Long Island in New York. *Commun Ment Health J* 1993;29:235-45.
10. Dear M. Understanding and overcoming the NIMBY syndrome. *Journal of the American Planning Association* 1992;58:288-300.
11. Lauber C, Nordt C, Haker H et al. Community psychiatry: results of a public opinion survey. *Int J Soc Psychiatry* 2006;52:234-42.
12. Takahashi LM. Information and attitudes toward mental health care facilities: implications for addressing the NIMBY syndrome. *Journal of Planning Education and Research* 1997;17:119-30.
13. Kobau R, Dilorio C, Chapman D et al. Attitudes about mental illness and its treatment: validation of a generic scale for public health surveillance of mental illness associated stigma. *Commun Ment Health J* 2010;46:164-76.
14. Flaskerud JH, Kviz FJ. Rural attitudes toward and knowledge of mental illness and treatment resources. *Hosp Commun Psychiatry* 1983;34:229-33.
15. Yang LH, Phelan JC, Link BG. Stigma and beliefs of efficacy towards traditional Chinese medicine and Western psychiatric treatment among Chinese-Americans. *Cultural Diversity & Ethnic Minority Psychology* 2008;14:10-8.
16. Hamre P, Dahl AA, Malt UF. Public attitudes to the quality of psychiatric treatment, psychiatric patients, and prevalence of mental disorders. *Nordic Journal of Psychiatry* 1994;48:275-81.
17. Schnitker J. Misgivings of medicine?: African Americans' skepticism of psychiatric medication. *J Health Soc Behav* 2003;44:506-24.
18. Thornicroft G, Rose D, Mehta N. Discrimination against people with mental illness: what can psychiatrists do? *Advances in Psychiatric Treatment* 2010;16:53-9.
19. Britten N. Psychiatry, stigma, and resistance. Psychiatrists need to concentrate on understanding, not simply compliance. *BMJ* 1998; 317:963-4.
20. Lauber C, Nordt C, Falcato L et al. Lay recommendations on how to treat mental disorders. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2001;36:553-6.

21. De Toledo Piza Peluso È, Luis Blay S. Public beliefs about the treatment of schizophrenia and depression in Brazil. *Int J Soc Psychiatry* 2009;55:16-27.
22. Griffiths KM, Christensen H, Jorm AF. Mental health literacy as a function of remoteness of residence: an Australian national study. *BMC Public Health* 2009;9:1-20.
23. Angermeyer MC, Breier P, Dietrich S et al. Public attitudes toward psychiatric treatment. An international comparison. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2005;40:855-64.
24. Angermeyer MC, Matschinger H. Public attitude towards psychiatric treatment. *Acta Psychiatr Scand* 1996;94:326-36.
25. Angermeyer MC, Matschinger H, Riedel-Heller SG. Whom to ask for help in case of a mental disorder? Preferences of the lay public. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1999;34:202-10.
26. Noble LM, Douglas BC, Newman SP. What do patients expect of psychiatric services? A systematic and critical review of empirical studies. *Soc Sci Med* 2001;52:985-98.
27. 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.
28. Dahlberg KM, Waern M, Runeson B. Mental health literacy and attitudes in a Swedish community sample – investigating the role of personal experience of mental health care. *BMC Public Health*, 2008;8:1-10.
29. Lasoski MC. Attitudes of the elderly toward mental health treatment strategies. *Dissertation Abstracts International* 1984;44:2248b.
30. Hugo CJ, Boshoff DEL, Traut A et al. Community attitudes toward and knowledge of mental illness in South Africa. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2003;38:715-9.
31. Ozmen E, Ogel K, Aker T et al. Public opinions and beliefs about the treatment of depression in urban Turkey. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2005;40:869-76.
32. Lazaratou H, Anagnostopoulos DC, Alevizos EV et al. Parental attitudes and opinions on the use of psychotropic medication in mental disorders of childhood. *Ann Gen Psychiatry* 2007;6:1-7.
33. Zoellner LA, Feeny NC, Cochran B et al. Treatment choice for PTSD. *Behav Res Ther* 2003;41:879-86.
34. Stones CR. Attitudes toward psychology, psychiatry and mental illness in the Central Eastern Cape of South Africa. *South Afr J Psychol* 1996;26:221-5.
35. Wagner AW, Bystritsky A, Russo JE et al. Beliefs about psychotropic medication and psychotherapy among primary care patients with anxiety disorders. *Depress Anxiety* 2005;21:99-105.
36. Givens JL, Katz IR, Bellamy S et al. Stigma and the acceptability of depression treatments among African Americans and Whites. *J Gen Intern Med* 2007;22:1292-7.
37. Ineland L, Jacobsson L, Renberg ES et al. Attitudes towards mental disorders and psychiatric treatment – changes over time in a Swedish population. *Nordic Journal of Psychiatry* 2008;62:192-7.
38. Jorm AF. Mental health literacy: public knowledge and beliefs about mental disorders. *Br J Psychiatry* 2000;177:396-401.
39. Benkert O, Graf-Morgenstern M, Hillert A et al. Public opinion on psychotropic drugs: an analysis of the factors influencing acceptance or rejection. *J Nerv Ment Dis* 1997;185:151-8.
40. De Las Cuevas C, Sanz EJ. Attitudes toward psychiatric drug treatment: the experience of being treated. *Eur J Clin Pharmacol* 2007;63:1063-7.
41. Croghan TW, Tomlin M, Pescosolido BA et al. American attitudes toward and willingness to use psychiatric medications. *J Nerv Ment Dis* 2003;191:166-74.
42. Hegerl U, Althaus D, Stefanek J. Public attitudes towards treatment of depression: effects of an information campaign. *Pharmacopsychiatry* 2003;36:288-91.
43. Kessing LV, Hansen HV, Demyttenaere K et al. Depressive and bipolar disorders: patients' attitudes and beliefs towards depression and antidepressants. *Psychol Med* 2005;35:1205-13.
44. Angermeyer MC, Held T, Görtler D. Pro and contra: psychotherapy and psychopharmacotherapy attitude of the public. *Psychother Psychosom Med Psychol* 1993;43:286-92.
45. Pescosolido BA, Perry BL, Martin JK et al. Stigmatizing attitudes and beliefs about treatment and psychiatric medications for children with mental illness. *Psychiatr Serv* 2007;58:613-8.
46. Angermeyer MC, Matschinger H. Have there been any changes in the public's attitudes towards psychiatric treatment? Results from representative population surveys in Germany in the years 1990 and 2001. *Acta Psychiatr Scand* 2005;111:68-73.
47. Akighir A. Traditional and modern psychiatry: a survey of opinions and beliefs amongst people in plateau state, Nigeria. *Int J Soc Psychiatry* 1982;28:203-9.
48. Alem A, Jacobsson L, Hanlon C. Community-based mental healthcare in Africa: mental health workers' views. *World Psychiatry* 2008;7:54-7.
49. Balon R, Gregory R, Franchini MD et al. Medical students' attitudes and views of psychiatry: 15 years later. *Acad Psychiatry* 1999;23:30-6.
50. Caldera T, Kullgren G. Attitudes to psychiatry among Swedish and Nicaraguan medical students: a cross-cultural study. *Nordic Journal of Psychiatry* 1994;48:271-4.
51. Bulbena A, Pailhez G, Coll J et al. Changes in the attitudes towards psychiatry among Spanish medical students during training in psychiatry. *Eur J Psychiatry* 2005;19:79-87.
52. Creed F, Goldberg D. Students' attitudes towards psychiatry. *Med Educ* 2009;21:227-34.
53. Lau AY, Offord DR. A study of student attitudes toward a psychiatric clerkship. *J Am Coll Med* 1976;51:919-28.
54. Maxmen JS. Student attitude changes during "psychiatric medicine" clerkships. *Gen Hosp Psychiatry* 1979;1:98-103.
55. McParland M, Noble LM, Livingston G et al. The effect of a psychiatric attachment on students' attitudes to and intention to pursue psychiatry as a career. *Med Educ* 2003;37:447-54.
56. McParland M, Noble LM, Livingston G. The effectiveness of problem-based learning compared to traditional teaching in undergraduate psychology. *Med Educ* 2004;38:859-67.
57. Balon R. Does a clerkship in psychiatry affect medical students' attitudes toward psychiatry? *Acad Psychiatry* 2008;32:73-5.
58. Brook P, Ingleby D, Wakeford R. Students' attitudes to psychiatry: a study of first- and final-year clinical students' attitudes in six medical schools. *J Psychiatr Educ* 1986;10:151-69.
59. Shelley RK, Webb MG. Does clinical clerkship alter students' attitudes to a career choice of psychiatry? *Med Educ* 1986;20:330-4.
60. Augoustinos M, Schrader G, Chynoweth R et al. Medical students' attitudes towards psychiatry: a conceptual shift. *Psychol Med* 1985;15:671-8.
61. Burch EA, Smeltzer DJ, Chestnut EC. Tutorial teaching of psychiatry – effects on test-scores, attitudes, and career choices of medical students. *J Psychiatr Educ* 1984;8:127-35.
62. Chung MC, Prasher VP. Differences in attitudes among medical students towards psychiatry in one English university. *Psychol Rep* 1995;77:843-7.
63. Das MP, Chandrasena RD. Medical students' attitude towards psychiatry. *Can J Psychiatry* 1988;33:783-7.
64. Holm-Petersen C, Vinge S, Hansen J et al. The impact of contact with psychiatry on senior medical students' attitudes toward psychiatry. *Acta Psychiatr Scand* 2007;33:308-11.
65. Moos RH, Yalom ID. Medical students' attitudes toward psychiatry and psychiatrists. *Ment Hyg* 1966;50:246-56.
66. Oldham JM, Sacks MH, Ninger JE et al. Medical students' learning as primary therapists or as participant/observers in a psychiatric clerkship. *Am J Psychiatry* 1983;140:1615-8.
67. Singh SP, Baxter H, Standen P et al. Changing the attitudes of 'tomorrow's doctors' towards mental illness and psychiatry: a comparison of two teaching methods. *Med Educ* 1998;32:115-20.
68. Sloan D, Browne S, Meagher D et al. Attitudes toward psychiatry among Irish final year medical students. *Eur Psychiatry* 1996;11:407-11.
69. Wilkinson DG, Greer S, Toone BK. Medical students' attitudes to psychiatry. *Psychol Med* 1983;13:185-92.
70. Wilkinson DG, Toone BK, Greer S. Medical students' attitudes to psychiatry at the end of the clinical curriculum. *Psychol Med* 1983;13:655-8.
71. Reddy JP, Tan SM, Azmi MT et al. The effect of a clinical posting in psychiatry on the attitudes of medical students towards psychiatry and mental illness in a Malaysian medical school. *Ann Acad Med Singapore* 2005;34:505-10.
72. Baxter H, Singh SP, Standen P et al. The attitudes of 'tomorrow's doctors' towards mental illness and psychiatry: changes during the final undergraduate year. *Med Educ* 2001;35:381-3.
73. Burra P, Kalin R, Lechner P et al. The ATP 30 – a scale for measuring medical students' attitudes to psychiatry. *Med Educ* 1982;16:31-8.

74. Sivakumar K, Wilkinson G, Toone BK et al. Attitudes to psychiatry in doctors at the end of their first post-graduate year: two-year follow-up of a cohort of medical students. *Psychol Med* 1986;16: 457-60.
75. Araya RI, Jadresic E, Wilkinson G. Medical students' attitudes to psychiatry in Chile. *Med Educ* 1992;26:153-6.
76. Agbayewa MO, Lechner PP. Effects of a psychiatric rotation on psychiatric knowledge and attitudes towards psychiatry in rotating interns. *Can J Psychiatry* 1985;30:602-4.
77. Fischel T, Manna H, Krivoy A et al. Does a clerkship in psychiatry contribute to changing medical students' attitudes towards psychiatry? *Acad Psychiatry* 2008;32:147-50.
78. Galletly CA, Schrader GD, Chestemtan HM et al. Medical student attitudes to psychiatry: lack of effect of psychiatric hospital experience. *Med Educ* 1995;29:449-51.
79. Guttman F, Rosca-Rebaudengo P, Davis H. Changes in attitudes of medical students towards psychiatry: an evaluation of a clerkship in psychiatry. *Isr J Psychiatry Relat Sci* 1996;33:158-66.
80. Kuhnigk O, Strebelt B, Schilauske J et al. Attitudes of medical students towards psychiatry: effects of training, courses in psychiatry, psychiatric experience and gender. *Adv Health Sci Educ Theory Pract* 2007;12:87-101.
81. Muga F, Hagali M. What do final year medical students at the University of Papua New Guinea think of psychiatry. *PNG Med J* 2006;49:126-36.
82. Tharyan P, John T, Tharyan A et al. Attitudes of 'tomorrow's doctors' towards psychiatry and mental illness. *National Medical Journal of India* 2001;14:355-9.
83. Bobo WV, Nevin R, Greene E et al. The effect of psychiatric third-year rotation setting on academic performance, student attitudes, and specialty choice. *Acad Psychiatry* 2009;33:105-11.
84. Alexander DA, Eagles JM. Changes in attitudes towards psychiatry among medical students: correlation of attitude shift with academic performance. *Med Educ* 1990;24:452-60.
85. Maidment R, Livingston G, Katona C et al. Change in attitudes to psychiatry and intention to pursue psychiatry as a career in newly qualified doctors: a follow-up of two cohorts of medical students. *Med Teach* 2004;26:565-9.
86. Ndetei DM, Khasakhala L, Ongecha-Owuor F et al. Attitudes toward psychiatry: a survey of medical students at the University of Nairobi, Kenya. *Acad Psychiatry* 2008;32:154-9.
87. Niaz U, Hassan S, Hussain H et al. Attitudes towards psychiatry in pre-clinical and post-clinical clerkships in different medical colleges of Karachi. *Pak J Med Sci* 2003;19:253-63.
88. Niedermier JA, Bornstein R, Brandemuhl A. The junior medical student psychiatry clerkship: curriculum, attitudes, and test performance. *Acad Psychiatry* 2006;30:136-43.
89. Rao NR, Meinzer AE, Manley M et al. International medical students' career choice, attitudes toward psychiatry, and emigration to the United States: examples from India and Zimbabwe. *Acad Psychiatry* 1998;22:117-26.
90. O'Flaherty AF. Students' attitudes to psychiatry. *Irish Med J* 1977; 70:162-3.
91. Soufi HE, Raouf AM. Attitude of medical students towards psychiatry. *Med Educ* 1991;26:38-41.
92. Abramowitz MZ, Bentov-Gofrit D. The attitudes of Israeli medical students toward residency in psychiatry. *Acad Psychiatry* 2005;29:92-5.
93. Berman I, Merson A, Berman SM et al. Psychiatrists' attitudes toward psychiatry. *Acad Med* 1996;71:110-1.
94. Buchanan A, Bhugra D. Attitude of the medical profession to psychiatry. *Acta Psychiatr Scand* 1992;85:1-5.
95. Compton MT, Frank E, Elon L et al. Changes in U.S. medical students' specialty interests over the course of medical school. *J Gen Intern Med* 2008;23:1095-100.
96. Eagle PF, Marcos LR. Factors in medical students' choice of psychiatry. *Am J Psychiatry* 1980;137:423-7.
97. Furnham AF. Medical students' beliefs about nine different specialties. *Br Med J (Clin Res Ed)* 1986;293:1607-10.
98. Gat I, Abramowitz MZ, Bentov-Gofrit D et al. Changes in the attitudes of Israeli students at the Hebrew University Medical School toward residency in psychiatry: a cohort study. *Isr J Psychiatry Relat Sci* 2007;44:194-203.
99. Koh KB. Medical students' attitudes toward psychiatry in a Korean medical college. *Yonsei Medical Journal* 1990;31:60-4.
100. Laugharne R, Appiah-Poku J, Laugharne J et al. Attitudes toward psychiatry among final-year medical students in Kumasi, Ghana. *Acad Psychiatry* 2009;33:71-5.
101. Malhi GS, Parker GB, Parker K et al. Shrinking away from psychiatry? A survey of Australian medical students' interest in psychiatry. *Aust N Zeal J Psychiatry* 2002;36:416-23.
102. Monro AB. The status of psychiatry in the National Health Service. *Am J Psychiatry* 1969;125:1223-6.
103. Neff JA, McFall SL, Cleaveland TD. Psychiatry and medicine in the US: interpreting trends in medical specialty choice. *Social Health Illn* 1987;9:45-61.
104. Pailhez G, Bulbena A, Coll J et al. Attitudes and views on psychiatry: a comparison between Spanish and U.S. medical students. *Acad Psychiatry* 2005;29:82-91.
105. Rosoff SM, Leone MC. The public prestige of medical specialties: overviews and undercurrents. *Soc Sci Med* 1991;32:321-6.
106. Singer P, Dornbush RL, Brownstein EJ et al. Undergraduate psychiatric education and attitudes of medical students towards psychiatry. *Compr Psychiatry* 1986;27:14-20.
107. von Sydow K. Das Image von Psychologen, Psychotherapeuten und Psychiatern in der Öffentlichkeit. *Psychotherapeut* 2007; 52:322-33.
108. Yager J, Lamotte K, Nielsen A III et al. Medical students' evaluation of psychiatry: a cross-country comparison. *Am J Psychiatry* 1982;139:1003-9.
109. Wigney T, Parker G. Factors encouraging medical students to a career in psychiatry: qualitative analysis. *Aust N Zeal J Psychiatry* 2008;42:520-5.
110. Lee EK, Kaltreider N, Crouch J. Pilot study of current factors influencing the choice of psychiatry as a specialty. *Am J Psychiatry* 1995;152:1066-9.
111. Creed F, Goldberg D. Doctors' interest in psychiatry as a career. *Med Educ* 1987;21:235-43.
112. Holmes D, Tmuuliel-Berhalter LM, Zayas LE et al. "Bashing" of medical specialties: student's experiences and recommendation. *Fam Med* 2008;40:400-6.
113. Ghadirian AM, Engelsmann F. Medical students' interest in and attitudes toward psychiatry. *J Med Educ* 1981;56:361-2.
114. Samuel-Lajeunesse B, Ichou P. French medical students' opinion of psychiatry. *Am J Psychiatry* 1985;142:1462-6.
115. Calvert SH, Sharpe M, Power M et al. Does undergraduate education have an effect on Edinburgh medical students' attitudes to psychiatry and psychiatric patients? *J Nerv Ment Dis* 1999;187: 757-61.
116. Feifel D, Moutier CY, Swerdlow NR. Attitudes toward psychiatry as a prospective career among students entering medical school. *Am J Psychiatry* 1999;156:1397-402.
117. Malhi GS, Parker GB, Parker K et al. Attitudes toward psychiatry among students entering medical school. *Acta Psychiatr Scand* 2003;107:424-9.
118. Maidment R, Livingston G, Katona M et al. Carry on shrinking: Career intentions and attitudes to psychiatry of prospective medical students. *Psychiatr Bull* 2003;27:30-2.
119. Yellowlees P, Vizard T, Eden J. Australian medical students' attitudes towards specialties and specialists. *Med J Australia* 1990; 152:587-8, 591-2.
120. Cutler JL, Harding KJ, Mozian SA et al. Discrediting the notion "working with 'crazies' will make you 'crazy'": addressing stigma and enhancing empathy in medical student education. *Adv Health Sci Educ Theory Pract* 2009;14:487-502.
121. Cutler JL, Alspector SL, Harding KJ et al. Medical students' perceptions of psychiatry as a career choice. *Acad Psychiatry* 2006; 30:144-9.
122. Garfinkel PE, Dorian BJ. Psychiatry in the new millennium. *Can J Psychiatry* 2000;45:40-7.
123. Martin VL, Bennett DS, Pitale M. Medical students' interest in child psychiatry: a clerkship intervention. *Acad Psychiatry* 2007; 31:225-7.
124. Syed EU, Siddiqi MN, Dogar I et al. Attitudes of Pakistani medical students towards psychiatry as a prospective career: a survey. *Acad Psychiatry* 2008;32:160-4.
125. Byrne P. Challenging healthcare discrimination. *Advances in Psychiatric Treatment* 2010;16:60-2.

126. Stoudemire A. Quo vadis, psychiatry? Problems and potential for the future of medical student education in psychiatry. *Psychosomatics* 2000;41:204-9.
127. Wigney T, Parker G. Medical student observations on a career in psychiatry. *Aust N Z J Psychiatry* 2007;41:726-31.
128. Arboleda-Flórez J. Considerations on the stigma of mental illness. *Can J Psychiatry* 2003;48:645-50.
129. Arboleda-Flórez J. Mental illness and human rights. *Curr Opin Psychiatry* 2008;21:479-84.
130. Strebler B, Obladen M, Lehmann E et al. Attitude of medical students to psychiatry. A study with the German translated, expanded version of the ATP-30. *Nervenarzt* 2000;71:205-12.
131. Akinyinka OO, Ohaeri JU, Asuzu MC. Beliefs and attitudes of clinical year students concerning medical specialties: an Ibadan medical school study. *Afr J Med Sci* 1992;21:89-99.
132. Al-Adawi S, Dorvlo AS, Bhaya C et al. Withering before the sowing? A survey of Oman's 'tomorrow's doctors' interest in Psychiatry. *Educ Health (Abingdon)* 2008;21:117.
133. Brockington I, Mumford D. Recruitment into psychiatry. *Br J Psychiatry* 2002;180:307-12.
134. Herran A, Carrera M, Andres A et al. Attitudes toward psychiatry among medical students – factors associated to selection of psychiatry as a career. *Eur Neuropsychopharmacol* 2006;16:563.
135. Marić NP, Stojilković DJ, Milekić B et al. How medical students in their pre-clinical year perceive psychiatry as a career: the study from Belgrade. *Psychiatr Danub* 2009;21:206-12.
136. Lambert TW, Turner G, Fazel S et al. Reasons why some UK medical graduates who initially choose psychiatry do not pursue it as a long-term career. *Psychol Med* 2006;36:679-84.
137. West ND, Walsh MA. Psychiatry's image today: results of an attitudinal survey. *Am J Psychiatry* 1975;132:1318-9.
138. Kendell R, Jablensky A. Distinguishing between the validity and utility of psychiatric diagnoses. *Am J Psychiatry* 2003;160:4-12.
139. van Os J. 'Saliency syndrome' replaces 'schizophrenia' in DSM-V and ICD-11: psychiatry's evidence-based entry into the 21st century? *Acta Psychiatr Scand* 2009;120:363-72.
140. Summerfield D. Depression: epidemic or pseudo-epidemic? *J Roy Soc Med* 2006;99:161-2.
141. Alarcon RD. Culture, cultural factors and psychiatric diagnosis: review and projections. *World Psychiatry* 2009;8:131-9.
142. Katschnig H. Are psychiatrists an endangered species? Observations on internal and external challenges to the profession. *World Psychiatry* 2010;9:21-8.
143. Nielsen AC III, Eaton JS Jr. Medical students' attitudes about psychiatry. Implications for psychiatric recruitment. *Arch Gen Psychiatry* 1981;38:1144-54.
144. Angermeyer MC, Matschinger H, Sandmann J et al. Die Einstellung von Medizinstudenten zur Behandlung mit Psychopharmaka., Teil 1: Vergleich zwischen Medizinstudenten und Allgemeinbevölkerung. *Psychiatr Prax* 1994;21:58-63.
145. Hillert A, Sandmann J, Angermeyer MC et al. Attitude of medical students to treatment with psychotropic drugs. 2: Change in attitude in the course of medical education. *Psychiatr Prax* 1994;21:64-9.
146. Linden M, Becker S. Attitudes and beliefs of medical and psychology students with regard to treatment with psychotropic drugs. *Fortschr Neurol Psychiatr* 1984;52:362-9.
147. Strebler B, Kuhnigk O, Jüptner M et al. Attitudes of medical students toward psychotherapy as a function of the academic semester, gender and prior experience with psychiatry and psychotherapy. *Psychother Psychosom Med Psychol* 2003;54:184.
148. Walter G, McDonald A, Rey JM et al. Medical student knowledge and attitudes regarding ECT prior to and after viewing ECT scenes from movies. *J ECT* 2002;18:43-6.
149. Clothier JL, Freeman T, Snow L. Medical student attitudes and knowledge about ECT. *J ECT* 2001;17:99-101.
150. Gazdag G, Kocsis-Ficzere N, Tolna J. Hungarian medical students' knowledge about and attitudes toward electroconvulsive therapy. *J ECT* 2005;21:96-9.
151. James BO, Omoaregba JO, Olotu OS. Nigerian medical students attitudes to unmodified electroconvulsive therapy. *J ECT* 2009;25:186-9.
152. Abbas M, Mashrai N, Mohanna M. Knowledge of and attitudes toward electroconvulsive therapy of medical students in the United Kingdom, Egypt, and Iraq: a transcultural perspective. *J ECT* 2007;23:260-4.
153. Gazdag G, Sebestyén G, Ungvari GS et al. Impact on psychiatric interns of watching live electroconvulsive treatment. *Acad Psychiatry* 2009;33:152-6.
154. Kinnair D, Dawson S, Perera R. Electroconvulsive therapy: medical students' attitudes and knowledge. *The Psychiatrist* 2010;34: 54-7.
155. Link B, Levav I, Cohen A. The primary medical care practitioner's attitudes toward psychiatry. An Israeli study. *Soc Sci Med* 1982;16:1413-20.
156. Meise U, Günther V. Einstellungen von Ärzten zur Psychiatrie. *Neuropsychiatrie* 1995;Bd.9:157-62.
157. Pro JD, Fortin D. Physicians and psychiatry: physicians' attitudes toward psychiatry. *J Kans Med Soc* 1973;74:367-8.
158. Blumberg P, Flaherty JA. Faculty perceptions of their own specialty. *J Med Educ* 1982;57:338-9.
159. Rettenbacher MA, Burns T, Kemmler G et al. Schizophrenia: attitudes of patients and professional carers towards the illness and antipsychotic medication. *Pharmacopsychiatry* 2004;37:103-9.
160. Spießl H, Riederer C, Fichtner KH. Attitudes towards psychiatry – Changing attitudes by working on psychiatric wards. *Krankenhaupspsychiatrie* 2005;16:13-7.
161. Toomey LC, Reznikoff M, Brady JP et al. Attitudes of nursing students toward psychiatric treatment and hospitals. *Ment Hyg* 1961;45:589-602.
162. Harding AV. Nurses' attitudes to psychiatric treatment. *Australian Nurses Journal* 1980;9:28-30.
163. Clarke L. The effects of training and social orientation on attitudes towards psychiatric treatments. *J Adv Nurs* 1989;14:485-93.
164. Bergman S. Nursing attitudes to psychiatry and geriatrics as preferred work areas with deviant groups. *Isr Ann Psychiatry Rel Disc* 1974;12:156-60.
165. Reznikoff M. Attitudes of psychiatric nurses and aides toward psychiatric treatment and hospitals. *Ment Hyg* 1963;47:360-4.
166. Wood JH, Chambers M, White SJ. Nurses' knowledge of and attitude to electroconvulsive therapy. *J ECT* 2007;23:251-4.
167. Einat H, George A. Positive attitude change toward psychiatry in pharmacy students following an active learning psychopharmacology course. *Acad Psychiatry* 2008;32:515-7.
168. Patel MX, De Zoysa N, Baker D et al. Antipsychotic depot medication and attitudes of community psychiatric nurses. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2005;12:237-44.
169. Patel MX, Yeung FK, Haddad PM et al. Psychiatric nurses' attitudes to antipsychotic depots in Hong Kong and comparison with London. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2008;15:758-66.
170. Mbatia J, Shah A, Jenkins R. Knowledge, attitudes and practice pertaining to depression among primary health care workers in Tanzania. *Int J Ment Health Syst* 2009;3:5.
171. Bentley KJ, Farmer RL, Phillips ME. Student knowledge of and attitudes toward psychotropic drugs. *Journal of Social Work Education* 1991;27:279-89.
172. Berg WE, Wallace M. Effect of treatment setting on social workers' knowledge of psychotropic drugs. *Health Soc Work* 1987;12:144-52.
173. Moses T, Kirk SA. Social workers' attitudes about psychotropic drug treatment with youths. *Soc Work* 2006;51:211-22.
174. Gass JP. The knowledge and attitudes of mental health nurses to electro-convulsive therapy. *J Adv Nurs* 1998;27:83-90.
175. Bowers L, Alexander J, Simpson A et al. Cultures of psychiatry and the professional socialization process: the case of containment methods for disturbed patients. *Nurse Educ Today* 2004; 24:435-42.
176. Waggoner RW, Waggoner RW Jr. Psychiatry's image, issues, and responsibility. *Psychiatric Hospital* 1983;14:34-8.
177. Ben-Noun L. Characterization of patients refusing professional psychiatric treatment in a primary care clinic. *Isr J Psychiatry Relat Sci* 1996;33:167-74.
178. Richardson LA. Seeking and obtaining mental health services: what do parents expect? *Arch Psychiatr Nurs* 2001;15:223-31.
179. Thorens G, Gex-Fabry M, Zullino DF et al. Attitudes toward psychopharmacology among hospitalized patients from diverse ethno-cultural backgrounds. *BMC Psychiatry* 2008;8:55.
180. Balch P, Ireland JF, McWilliams SA et al. Client evaluation of community mental health services: relation to demographic and treatment variables. *Am J Commun Psychol* 1977;5:243-7.

181. Leaf PJ, Bruce ML, Tischler GL et al. The relationship between demographic factors and attitudes toward mental health services. *J Commun Psychol* 1987;15:275-84.
182. Skuse DH. Attitudes to the psychiatric outpatient clinic. *BMJ* 1975;3:469-71.
183. Chakraborty K, Avasthi A, Kumar S et al. Attitudes and beliefs of patients of first episode depression towards antidepressants and their adherence to treatment. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2009;44:482-8.
184. Givens JL, Datto CJ, Ruckdeschel K et al. Older patients' aversion to antidepressants. A qualitative study. *J Gen Intern Med* 2006;21:146-51.
185. Kessing LV, Hansen HV, Bech P. Attitudes and beliefs among patients treated with mood stabilizers. *Clin Pract Epidemiol Ment Health* 2006;2:8.
186. Williams RA, Hollis HM, Benott K. Attitudes toward psychiatric medications among incarcerated female adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1998;37:1301-7.
187. McIntyre K, Farrell M, David A. In-patient psychiatric care: the patient's view. *Br J Med Psychol* 1989;62:249-55.
188. Stevens J, Wang W, Fan L et al. Parental attitudes toward children's use of antidepressants and psychotherapy. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 2009;19:289-96.
189. Blenkiron P. Referral to a psychiatric clinic: what do patients expect? *Int J Health Care Qual Assur Inc Leadersh Health Serv* 1998;11:188-92.
190. Ingham J. The public image of psychiatry. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1985;20:107-8.
191. Baumann M, Bonnetain F, Briancon S et al. Quality of life and attitudes towards psychotropics and dependency: consumers vs. non-consumers aged 50 and over. *J Clin Pharm Ther* 2004;29: 405-15.
192. Holzinger A, Löffler W, Matschinger H et al. Attitudes towards psychotropic drugs: schizophrenic patients vs. general public. *Psychopharmakotherapie* 2001;8:76-80.
193. van Dongen CJ. Is the treatment worse than the cure? Attitudes toward medications among persons with severe mental illness. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv* 1997;35:21-5.
194. Wacker HR. Attitude of ambulatory psychiatric patients to psychopharmacologic treatment. *Schweiz Arch Neurol Psychiatr* 1991;142:77-88.
195. Irani F, Dankert M, Siegel SJ. Patient and family attitudes toward schizophrenia treatment. *Curr Psychiatry Rep* 2004;6:283-8.
196. La Roche C, Ernst K. The attitude of 200 hospitalized psychiatric patients and their doctors toward treatment. *Arch Psychiatr Nervenkr* 1975;220:107-16.
197. Adams NH, Hafner RJ. Attitudes of psychiatric patients and their relatives to involuntary treatment. *Aust N Zeal J Psychiatry* 1991;25:231-7.
198. Mezey AG, Syed IA. Psychiatric illness and attitudes to psychiatry among general hospital outpatients. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1975;10:133-8.
199. Gynther MD, Reznikoff M, Fishman M. Attitudes of psychiatric patients toward treatment, psychiatrists and mental hospitals. *J Nerv Ment Dis* 1963;136:68-71.
200. Yoash-Gantz RE, Gantz FE. Patient attitudes toward partial hospitalization and subsequent treatment outcome. *Int J Partial Hosp* 1987;4:145-55.
201. Isacson D, Bingefors K. Attitudes towards drugs – a survey in the general population. *Pharm World Sci* 2002;24:104-10.
202. Arshad M, Arham AZ, Arif M et al. Awareness and perceptions of electroconvulsive therapy among psychiatric patients: a cross-sectional survey from teaching hospitals in Karachi, Pakistan. *BMC Psychiatry* 2007;7:27.
203. Salize HJ, Dressing H. Coercion, involuntary treatment and quality of mental health care: is there any link? *Curr Opin Psychiatry* 2005;18:576-84.
204. Hillard JR, Folger R. Patients' attitudes and attributions to electroconvulsive shock therapy. *J Clin Psychol* 1977;33:855-61.
205. Spencer J. Psychiatry and convulsant therapy. *Med J Australia* 1977;1:844-7.
206. Goodman JA, Krahn LE, Smith GE et al. Patient satisfaction with electroconvulsive therapy. *Mayo Clin Proc* 1999;74:967-71.
207. Pettinati HM, Tamburello TA, Ruetsch CR et al. Patient attitudes and Family Studies 1994;3:351-63.
208. Kerr RA, McGrath JJ, O'Kearney RT et al. ECT: misconceptions and attitudes. *Aust N Zeal J Psychiatry* 1982;16:43-9.
209. Lauber C, Rössler W. Involuntary admission and the attitude of the general population, and mental health professionals. *Psychiatr Prax*
210. Kalliala-Heino R. Involuntary psychiatric treatment: a range of patients' attitudes. *Nordic Journal of Psychiatry* 1996;50:27-34.
211. Lauber C, Falcato L, Rössler W. Attitudes to compulsory admission.
212. Kane JM, Quitkin F, Rifkin A et al. Attitudinal changes of involuntarily committed patients following treatment. *Arch Gen Psychiatry* 1983;40:374-7.
213. Lauber C, Nordt C, Falcato L et al. Public attitude to compulsory admission of mentally ill people. *Acta Psychiatr Scand* 2002;105:385-9.
214. Lucksted A, Coursey RD. Consumer perceptions of pressure and force in psychiatric treatments. *Psychiatr Serv* 1995;46:146-52.
215. Morgan SL. Determinants of family treatment choice and satisfaction in psychiatric emergencies. *Am J Orthopsychiatry* 1990; 60:96-107.
216. Schwartz HI, Vingiano W, Perez CB. Autonomy and the right to refuse treatment: patients' attitudes after involuntary medication. *Hosp Commun Psychiatry* 1988;39:1049-54.
217. Virrit O, Ayar D, Savas HA et al. Patients' and their relatives' attitudes toward electroconvulsive therapy in bipolar disorder. *J ECT* 2007;23:255-9.
218. Pugh RL, Ackerman BJ, McColgan EB et al. Attitudes of adolescents toward adolescent psychiatric treatment. *Journal of Child*
219. Sharf BF. Send in the clowns: the image of psychiatry during the Hinckley trial. *Journal of Communication* 1986;36:80-93.
220. Rottleb U, Steinberg H, Angermeyer MC. The image of psychiatry in the "Leipziger Volkszeitung" – historical longitudinal study. *Psychiatr Prax* 2007;34:269-75.
221. Maio G. Zum Bild der Psychiatrie im Film und dessen ethische Implikationen. In: Gaebel W, Möller H-J, Rössler W (eds). *Stigma - Diskriminierung - Bewältigung, Der Umgang mit sozialer Ausgrenzung psychisch Kranker*. Stuttgart: Kohlhammer, 2005: 99-121.
222. Steger F. From the person to an isolated case: Frank Schmökel in the discourses of power and stigmatization. *Psychiatr Prax* 2003;30:389-94.
223. Pupato K. Psychiatrie in den Medien. In: Gaebel W, Möller H-J, Rössler W (eds). *Stigma - Diskriminierung - Bewältigung, Der Umgang mit sozialer Ausgrenzung psychisch Kranker*. Stuttgart: Kohlhammer, 2005:83-99.
224. Walter G. The psychiatrist in American cartoons, 1941-1990. *Acta Psychiatr Scand* 1992;85:167-72.
225. McDonald A, Walter G. Hollywood and ECT. *Int Rev Psychiatry* 2009;21:200-6.
226. Gabbard GO, Gabbard K. Cinematic stereotypes contributing to the stigmatization of psychiatrists. In: Fink PJ, Tasman A (eds). *Stigma and mental illness*. Washington: American Psychiatric Press, 1992:113-26.
227. Gabbard GO, Gabbard K. *Psychiatry and the cinema*, 2nd ed. Washington: American Psychiatric Press, 1999.
228. Butler JR, Hyler SE. Hollywood portrayals of child and adolescent mental health treatment: implications for clinical practice. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 2005;14:509-22.
229. Hillert A, Sandmann J, Ehlig SC et al. Psychopharmacological drugs as represented in the press: results of a systematic analysis of newspapers and popular magazines. *Pharmacopsychiatry* 1996; 29:67-71.
230. Hoffmann-Richter U, Wick F, Alder B et al. Neuroleptics in the newspaper. A mass media analysis. *Psychiatr Prax* 1999;26:175-toward electroconvulsive therapy. *Psychopharmacol Bull* 1994;80: 30:471-5. 2007;34:181-5.
231. Hoffmann-Richter U, Alder B, Finzen A. Electroconvulsive therapy and defibrillation in the paper. An analysis of the media. *Nervenarzt* 1998;69:622-8.
232. Hoffmann-Richter U. Psychiatry in print media. Information acquired through reading of the daily papers. *Psychiatr Prax* 2000; 27:354-6.
233. Cuenca O. Mass media and psychiatry. *Curr Opin Psychiatry* 2001;14:527-8.

234. Williams A, Cheyne A, Macdonald S. The public's knowledge of psychiatrists: questionnaire survey. *Psychiatr Bull* 2001;25:429-31.
235. Thumin FJ, Zebelman M. Psychology versus psychiatry: a study of public image. *Am Psychol* 1967;22:282-6.
236. Laux G. Common attitudes toward the psychiatrist and psychotherapist. *Nervenarzt* 1977;48:331-4.
237. Sharpley CE. Public perceptions of four mental health professions: a survey of knowledge and attitudes to psychologists, psychiatrists, social workers and counsellors. *Aust Psychol* 1986;21:57-67.
238. Vassiliou G, Vassiliou V. On the public image of the psychiatrist, the psychologist and the social worker in Athens. *Int J Soc Psychiatry* 1967;13:224-8.
239. Dichter H. The stigmatization of psychiatrists who work with chronically mentally ill persons. In: Fink PJ, Tasman A (eds). *Stigma and mental illness*. Washington: American Psychiatric Press, 1992:203-15.
240. Kovess-Masféty V, Saragoussi D, Sevilla-Dedieu C Et al. What makes people decide who to turn to when faced with a mental health problem? Results from a French Survey. *BMC Public Health* 2007;7:188.
241. Jorm AF, Blewitt KA, Griffiths KM et al. Mental health first aid responses of the public: results from an Australian national survey. *BMC Psychiatry* 2005;5:9.
242. Perry BL, Pescosolido BA, Martin JK et al. Comparison of public attributions, attitudes, and stigma in regard to depression among children and adults. *Psychiatr Serv* 2007;58:632-5.
243. Bayer JK, Peay MY. Predicting intentions to seek help from professional mental health services. *Aust N Zeal J Psychiatry* 1997;31:504-13.
244. Fink PJ, Tasman A. Stigma and mental illness. The enigma of stigma and its relation to psychiatric education. *Psychiatr Ann* 1983;13:669-90.
245. Kourany RFC, LaBarbera JD, Martin JE. The image of the mental health professional. *J Clin Psychiatry* 1980;41:399.
246. Slater D, Hans VP. Public opinion of forensic psychiatry following the Hinckley verdict. *Am J Psychiatry* 1984;141:675-9.
247. Hans VP, Slater D. John Hinckley, Jr. and the insanity defense: the public's verdict. *Public Opinion Quarterly* 1983;47:202-12.
248. Farrell JL, Tisza SM. Forensic ethics – Suspension and other sanctions imposed on an Arizona state prosecutor who showed disrespect for and prejudice against mental health experts during trial. *J Am Acad Psychiatry Law* 2005;33:405-6.
249. Benedek EP, Selzer ML. Lawyers' use of psychiatry: II. *Am J Psychiatry* 1977;134:435-6.
250. Hiday VA. Are lawyers enemies of psychiatrists? A survey of civil commitment counsel and judges. *Am J Psychiatry* 1983;140:323-6.
251. Walter G. The stereotype of the mad psychiatrist. *Aust N Zeal J Psychiatry* 1989;23:547-54.
252. von Sydow K, Reimer C. Attitudes toward psychotherapists, psychologists, psychiatrists, and psychoanalysts. *Am J Psychother* 1998;52:463-88.
253. Bruhn JG, Parsons O. A. Medical students attitudes towards four medical specialties. *J Med Educ* 1964;39:40-9.
254. Streit-Forest U, Laplante N. Probing further into the freshman medical students' attitudes toward "patient", "doctor-patient relation" and "psychiatrist". *J Psychiatr Educ* 1983;7:113-25.
255. Culshaw D, Clafferty R, Brown K. Let's get physical! A study of general practitioner's referral letters to general adult psychiatry – Are physical examination and investigation results included? *Scott Med J* 2008;53:7-8.
256. Dewan MJ, Levy BF, Donnelly MP. A positive view of psychiatrists and psychiatry. *Compr Psychiatry* 1988;29:523-31.
257. Cohen-Cole SA, Friedman CP. Attitudes of nonpsychiatric physicians toward psychiatric consultation. *Hosp Commun Psychiatry* 1982;33:1002-5.
258. De-Nour AK. Attitudes of physicians in a general hospital towards psychiatric consultation service. *Ment Health Soc* 1979;5:215-23.
259. Schubert DS, Billowitz A, Gabinet L et al. Effect of liaison psychiatry on attitudes toward psychiatry, rate of consultation, and psycho-social documentation. *Gen Hosp Psychiatry* 1989;11:77-87.
260. Doron A, Ma'oz B, Fennig S et al. Attitude of general practitioners towards psychiatric consultation in primary care clinic. *Isr J Psychiatry Relat Sci* 2003;40:90-5.
261. Barber R, Williams AS. Psychiatrists working in primary care: a survey of general practitioners attitude. *Aust N Zeal J Psychiatry* 1996;30:278-86.
262. Bhugra D. Professionalism and psychiatry: the profession speaks. *Acta Psychiatr Scand* 2008;118:327-9.
263. Bryant SG, Guernsey BG, Pearce EL et al. Pharmacists' perceptions of mental health care, psychiatrists, and mentally ill patients. *Am J Hosp Pharm* 1985;42:1366-9.
264. Kellett JM, Mezey AG. Attitudes to psychiatry in the general hospital. *BMJ* 1970;4:106-8.
265. Koeske GF, Koeske RD, Mallinger J. Perceptions of professional competence: cross-disciplinary ratings of psychologists, social workers, and psychiatrists. *Am J Orthopsychiatry* 1993;63:45-54.
266. Brink C. "Keine Angst vor Psychiatern". Psychiatry, critics of psychiatry and the public in the Federal Republic of Germany 1960-1980. *Med Gesch* 2006;26:341-60.
267. Ryan CS, Robinson DR, Hausmann LR. Stereotyping among providers and consumers of public mental health services. The role of perceived group variability. *Ther Behav Modif* 2001;25: 406-42.
268. Jungbauer J, Wittmund B, Angermeyer MC. Caregivers' views of the treating psychiatrists: coping resource or additional burden? *Psychiatr Prax* 2002;29:279-84.
269. Morgan G. Why people are often reluctant to see a psychiatrist. *Psychiatr Bull* 2006;30:346-7.
270. Strehlow U, Piesiur-Strehlow B. On the image of child psychiatry amongst the people and the parents concerned. *Acta Paedopsychiatria* 1989;52:89-100.
271. Myers JM. The image of the psychiatrist. *Am J Psychiatry* 1964;121:323-8.
272. Redlich FC. The psychiatrist in caricature: an analysis of unconscious attitudes toward psychiatry. *Am J Orthopsychiatry* 1950;20:560-71.
273. Schneider I. The theory and practice of movie psychiatry. *Am J Psychiatry* 1987;144:996-1002.
274. Gharaibeh NM. The psychiatrist's image in commercially available American movies. *Acta Psychiatr Scand* 2005;114:316-9.
275. Kitchener BA, Jorm AF. Mental health first aid training in a workplace setting: a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry* 2004;15:23.
276. Wolff G, Pathare S, Craig T et al. Public education for community care. A new approach. *Br J Psychiatry* 1996;168:441-7.
277. Battaglia J, Coverdale JH, Bushong CP. Evaluation of a mental illness awareness week program in public schools. *Am J Psychiatry* 1990;147:324-9.
278. Stuart H. Media portrayal of mental illness and its treatments: what effect does it have on people with mental illness? *CNS Drugs* 2006;20:99-106.
279. Kutner L, Beresin EV. Media training for psychiatry residents. *Acad Psychiatry* 1999;23:227-32.
280. Coodin S, Chisholm F. Teaching in a new key: effects of a co-taught seminar on medical students' attitudes toward schizophrenia. *Psychiatr Rehabil J* 2001;24:299-302.
281. Persaud R. Psychiatrists suffer from stigma, too. *Psychiatr Bull* 2000;24:284-5.
282. Stotland NL. Psychiatry, the law, and public affairs. *J Am Acad Psychiatry Law* 1998;26:281-7.
283. Lamontagne Y. The public image of psychiatrists. *Can J Psychiatry* 1990;35:693-5.
284. Felix RH. The image of the psychiatrist: past, present and future. *Am J Psychiatry* 1964;121:318-22.
285. Davidson HA. The image of the psychiatrist. *Am J Psychiatry* 1964;121:329-34.
286. Bhugra D. Psychiatric training in the UK: the next steps. *World Psychiatry* 2008;7:117-8.
287. Ajiboye PO. Consultation-liaison psychiatry: the past and the present. *Afr J Med Med Sci* 2007;36:201-5.
288. Kearney TR. The status and usefulness of the psychiatrist. *Dis Nerv Syst* 1961;22:6979.
289. Spiessl H, Cording C. Collaboration of the general practitioner and the psychiatrist with the psychiatric hospital. A literature review. *Fortschr Neurol Psychiatr* 2000;68:206-15.
290. Gaebel W, Zäske H, Baumann AE et al. Evaluation of the German WPA "Program against stigma and discrimination because

of schizophrenia - Open the doors": results from representative telephone surveys before and after three years of antistigma interventions. *Schizophr Res* 2008;98:184-93.

291. Sartorius N, Schulze H. Reducing the stigma of mental illness: a report from a Global Programme of the World Psychiatric Association. Cambridge: Cambridge University Press, 2005.

292. Aichberger M, Sartorius N. Annotated bibliography of selected publications and other materials related to stigma and discrimination. An update for the years 2002 to 2006. Geneva:

World Psychiatric Association Global Programme to Reduce the Stigma and Discrimination Because of Schizophrenia, 2006.

293. Pickenhagen A, Sartorius N. Annotated bibliography of selected publications and other materials related to stigma and discrimination because of mental illness and intervention programmes fighting it. Geneva: World Psychiatric Association Global Programme to Reduce the Stigma and Discrimination Because of Schizophrenia, 2002.

## **ARTICLES ORIGINAUX (Suite...)**

### **LA RÉSILIENCE SOUS DES CONDITIONS DE STRESS EXTRÊME: UNE PERSPECTIVE MULTI-NIVEAUX**

**DANTE CICCETTI**

Institut du développement de l'enfant, Université du Minnesota, 51 East River Road, Minneapolis, MN 55545, USA

*Le concept de résilience se définit comme un processus de développement dynamique, lequel implique l'acquisition d'une adaptation positive à un contexte de menaces, de grande adversité, ou de traumatisme. Jusqu'à il y a une dizaine d'années, les recherches empiriques sur la résilience s'intéressaient principalement aux critères comportementaux et psychosociaux entrant en corrélation avec le phénomène ou y contribuant. En revanche, elles ignoraient les critères neurobiologiques ou génétiques entrant eux aussi en corrélation avec la résilience ou y contribuant. Les progrès technologiques de la génétique moléculaire et de l'imagerie neurologique, ou dans le calcul des autres aspects biologiques du comportement, ont permis de débiter des recherches sur les mécanismes de fonctionnement de la résilience à partir d'une approche multidimensionnelle. La maltraitance de l'enfant constitue un temps d'immersion profonde dans un état de stress critique qui s'attaque au développement et l'affecte souvent dans plusieurs domaines du fonctionnement biologique et psychologique. L'analyse des déterminants de la résilience chez les enfants maltraités est présentée comme l'illustration d'un travail empirique sur le fonctionnement compétent face à l'adversité et au traumatisme. Ce travail est basé sur des enquêtes ayant évolué d'une perspective à niveau unique à une approche multi-niveaux. Cette approche inclut l'étude des facteurs de résilience liés à la personnalité, au système neuronal, neuroendocrinien, ou à la génétique moléculaire. L'hypothèse avancée est que, comme pour la plasticité neuronale qui s'enclenche à la suite d'une blessure au cerveau, il serait possible de conceptualiser la résilience comme la capacité des individus à retrouver leur fonctionnement après avoir été exposé à des conditions de stress extrême. Les essais contrôlés randomisés de prévention et d'intervention multi-niveaux montrent un potentiel important pour promouvoir le développement d'un fonctionnement résilient chez des populations à risque élevé ayant traversé des épreuves difficiles. L'utilisation d'essais contrôlés randomisés afin de déterminer les multiples niveaux auxquels le changement se produit pourra éclairer sur les mécanismes de ce changement, les conditions de stimulation de la plasticité neuronale, et les interrelations entre les processus biologiques et psychologiques dans le développement de l'inadaptation, de la psychopathologie, et de la résilience.*

Mots-clés: Résilience, stress, voies de développement, analyse multi-niveaux, plasticité neuronale, interventions pour la promotion de la résilience

*World Psychiatry* 2010;9: 145-154

Du point de vue de la psycho pathologie développementale, l'inadaptation et le trouble mental découlent d'un passif progressif dans l'organisation des systèmes biologique et psychologique, et ils diminuent les efforts des individus à s'adapter à des conditions de stress et d'adversité (1,2). L'interaction dynamique entre le risque et les forces de protection est perçue comme une influence sur le cours du développement, et ce à travers son impact sur la qualité de l'organisation des systèmes biologique et psychologique lors du développement de l'individu (3).

Les psychopathologues du développement soulignent que les processus de développement peuvent avoir des finalités multiples, si bien que les différentes façons dont les personnes répondent aux facteurs de vulnérabilité et de protection à chaque niveau de

l'écologie humaine (i.e., la culture, la communauté, la famille, et les échanges entre ceux-ci) débouchent sur une grande diversité des résultats à l'issue du développement (4,5). Des individus peuvent commencer sur la même trajectoire de développement, tout en présentant des modes d'inadaptation et d'adaptation très différents. La voie vers une psychopathologie ou vers la résilience dépendra d'une matrice complexe reposant sur le niveau d'organisation biologique et psychologique de l'individu, des expériences qu'il est en train de vivre, de ses choix actifs, du contexte social, du timing des événements et des expériences nuisibles, et de l'histoire du développement de l'individu (5).

La compréhension des échanges dynamiques entre les facteurs de risque et les facteurs de protection est

essentielle à la création de modèles de prévention saisissant les processus du développement. Ce n'est qu'en accroissant l'équilibre relatif des processus de protection sur les facteurs de risques que l'on peut rétablir le cours du développement, atteindre des processus d'adaptation, et réduire l'émergence d'une psychopathologie (4,6).

Tout écart d'un environnement normal et prévisible engagera certains individus vers des processus d'inadaptation, tandis que d'autres montreront une adaptation face aux mêmes challenges. (7,9). Il est donc tout aussi important de saisir les mécanismes qui débouchent sur l'adaptation chez les individus qui font face à une grande adversité que d'étudier les trajectoires de développement menant vers l'inadaptation. Les études menées sur les facteurs de protection biologiques et psychologiques sont essentielles pour découvrir les mécanismes qui contribuent au développement soit d'une fonction retrouvée soit à l'adaptation résiliente dans des conditions de grande adversité (10,12).

### **DEFINITION ET CONTEXTE HISTORIQUE**

Le concept de résilience se définit comme un processus de développement dynamique, lequel implique l'acquisition d'une adaptation positive à un contexte de grande adversité (8,13,14). Il y a deux conditions critiques qui sont implicites dans cette conceptualisation de la résilience: a) l'exposition à un contexte de menaces, de grande adversité, ou de traumatisme; et b) la réalisation d'une adaptation positive en dépit des atteintes majeures portées au processus de développement (8, 14).

Durant quatre décennies, les chercheurs s'intéressant aux enfants qui se développent bien dans un contexte de grande adversité se sont acharnés à améliorer la compréhension des diverses voies vers la psychopathologie, à expliquer les processus qui débouchent sur un développement normal, et à informer les interventions de préventions et les politiques sociales pouvant améliorer la vie des enfants et des familles vulnérables (7,15-18). Les études sur le sujet du risque et de la résilience ont conduit les scientifiques à réviser leur premières suppositions sur les causes et le cours de la psychopathologie, ce qui a mené à une reformulation des modèles étiologiques déficitaires qui caractérisaient les points de vue précédents sur le développement des enfants ayant fait face à des désavantages et à une grande adversité (9,19, 20).

Les études menées sur les individus à haut risque de psychopathologie et sur les personnes atteintes de troubles mentaux décrivaient souvent l'évolution du développement de manière déterministe, débouchant inévitablement sur une inadaptation ou une pathologie. Les recherches analysant les prédispositions génétiques et biologiques à la

psychopathologie, les atteintes au développement associées à un environnement affectif inadéquat, et à des événements traumatiques au sein du foyer familial -- tels que la maltraitance de l'enfant et la violence conjugale, l'exposition à une communauté violente, à la maladie chronique, ou à des événements de vie catastrophiques -- traduisent de façon graphique la multiplicité des risques pouvant déboucher sur des troubles. Depuis que les chercheurs se sont rendus compte que tous les enfants à haut-risque ne manifestaient pas les effets désastreux prédits dans les théories existantes sur la psychopathologie, il s'est révélé important de comprendre les processus par lesquels les enfants à risques ne développent pas de psychopathologie, et ce dans le but d'informer les théories sur le développement de l'inadaptation et de la pathologie.

Avant que les études sur la résilience ne puissent débiter, il fallait d'abord reprendre l'histoire importante et reconnue des recherches détaillant les précurseurs, de même que modèles contemporains de la résistance au stress (ex 8, 21). Dans nombre de ces premières études, les chercheurs avaient déjà mis en évidence le comportement adapté; cependant, la nomenclature utilisée alors pour qualifier les résultats comme indicateurs de résilience n'avait pas encore émergé. Les racines historiques de la résilience remontent aux premiers programmes de recherche sur les individus atteints de schizophrénie et sur les personnes exposées à la maladie mentale d'un parent, à des conditions de stress extrêmes et à la pauvreté, de même que sur le fonctionnement des individus qui font l'expérience d'événements traumatiques tôt dans leur vie (7,15, 22, 23). Les premières recherches sur les patients schizophrènes sévères s'attachaient essentiellement à comprendre le comportement inadapté, et le sous-ensemble de patients démontrant un comportement relativement adapté était considéré comme atypique, et on n'y portait pas attention. Avant le milieu du 20<sup>e</sup> siècle, les chercheurs avaient découvert que les personnes atteintes de schizophrénie et bénéficiant des évolutions les moins sévères de la maladie présentaient, avant l'apparition de la maladie, un passé d'efficacité relative dans le travail, de bonnes relations sociales, de relations conjugales, et une capacité à remplir des responsabilités (23). En parallèle, les études sur les enfants de mères atteintes de schizophrénie ont permis de faire émerger le thème de la résilience chez l'enfant comme sujet théorique et empirique (16,19, 24).

L'étude longitudinale de Werner (17, 18) représente une autre innovation dans la recherche, en effectuant une recherche systématique des forces protectrices qui différencient les enfants au profil d'adaptation sain de ceux qui, en comparaison, semblent moins bien ajustés. Les indications que nombre de ces enfants ayant fait l'expérience d'une grande adversité s'épanouissent en dépit de leur statut à haut-risque a

poussé à accroître les efforts empiriques afin de comprendre les variations individuelles en réponse à l'adversité. Les premiers efforts empiriques ont principalement porté sur les qualités personnelles des «enfants résilients», telles que l'autonomie ou l'estime de soi (25). Même si les travaux sur le sujet progressaient, les chercheurs reconnaissaient que la résilience peut souvent provenir de facteurs externes à l'enfant (8). La suite des recherches a ainsi amené à délimiter ces séries de facteurs engagés dans le développement de la résilience: a) les attributs des enfants eux-mêmes; b) les aspects de leurs familles; et c) les caractéristiques de leur environnement social au sens large (8, 25).

Lors de ces dernières décennies, une transition a eu lieu sur le sujet des recherches empiriques; plutôt que de rechercher les facteurs de protection, les chercheurs se sont efforcés de plus en plus à découvrir les mécanismes sous-jacents du fonctionnement résilient (8). Cette concentration sur les processus plutôt que sur l'identification des facteurs a permis aux scientifiques de créer des stratégies de prévention et d'intervention qui sont sensibles au développement dans la promotion de la résilience chez les personnes faisant l'expérience d'une grande adversité ou d'un traumatisme (26-28). La connaissance des processus contribuant au fonctionnement résilient peut permettre aux scientifiques de la prévention et de l'intervention de tirer avantage des périodes de changement et des transitions dans le développement comme des opportunités uniques pour favoriser l'adaptation positive dans les moments d'adversité sévère ou de traumatisme (27, 29). Comme l'a affirmé S. Luthar, «il est beaucoup plus prudent de favoriser le développement du fonctionnement résilient dans les premières phases du développement que de mettre en place des traitements pour réparer les troubles une fois qu'ils se sont déjà cristallisés» (7). Les interventions de prévention sous forme d'essai contrôlé randomisé (ECR) peuvent être considérées comme de véritables expériences dans la modification du cours du développement (30), présentant ainsi des occasions de tester les théories existantes du développement et d'apporter des éclairages sur l'étiologie et le déroulement des capacités d'adaptation positive chez les individus faisant l'expérience d'une grande adversité (8, 31).

L'évolution et les transformations de la recherche sur la résilience au fil des années ont pu préciser que la réalisation d'un état d'adaptation positive dans un contexte de grande adversité nécessite une progression du développement; les nouvelles vulnérabilités et les défis et/ou les forces et les opportunités émergent souvent des circonstances changeantes au cours de la vie (8). La résilience n'est pas quelque chose qu'un individu «possède» -- il s'agit d'un processus de développement ni fixe ni immuable, et aux déterminants multiples. Par conséquent il est important de mener des études longitudinales sur les

déterminants du fonctionnement résilient. A cet égard, les études longitudinales sur la résilience devraient porter non seulement sur l'évaluation de la stabilité du concept sur le temps du développement, mais aussi sur la capacité des individus autrefois résilients à «rebondir» ou à retrouver un fonctionnement positif après avoir traversé des périodes difficiles et à atteindre leur adaptation résiliente passée (32). Etant donné que l'adaptation résiliente peut être atteinte à n'importe quel moment du cycle de la vie, il est nécessaire d'étudier la capacité à atteindre des états positifs à différents moments du développement, que ce soit dans la vie adulte ou plus tard (8).

## **UNE PERSPECTIVE MULTI-NIVEAUX SUR LA RÉSILIENCE**

Jusqu'à dans les dix dernières années, les recherches empiriques sur la résilience s'intéressaient principalement aux critères comportementaux et psychosociaux entrant en corrélation avec le phénomène ou y contribuant. En revanche, elles ignoraient les critères biologiques entrant eux aussi en corrélation avec la résilience ou y contribuant (8,10, 11). Ces études ont été menées avant le début des techniques modernes permettant d'étudier les corrélations génétiques moléculaires, neuronales, et biologiques du comportement humain et du développement.

Les résultats précédents provenant des enquêtes sur la résilience, orientées à la fois sur les variables et la personne, convergent vers une courte liste d'attributs de l'enfant et de l'environnement qui s'avèrent être des corrélats généraux bien établis de l'adaptation compétente et de la psychopathologie. Bien que ces premières études présentaient des biais et des limitations méthodologiques (14), les enquêtes plus contemporaines continuent quand même de corroborer les facteurs associés au fonctionnement résilient comme : a) des relations proches avec des adultes compétents et affectueux dans la famille et dans la communauté; b) des capacités à s'autoréguler; c) une image positive de soi; d) l'envie d'être efficace au sein de son environnement (ex , auto-efficacité et auto-détermination); et e) des attachements d'ordre amical ou amoureux avec des pairs socialement intégrés et organisés (12). Les capacités à résoudre les problèmes, anticiper les événements, se projeter dans le futur (toutes liées à des fonctions exécutives), les stratégies actives d'adaptation, et la capacité à se confronter directement à ses peurs, tout en minimisant le déni, le désengagement, et l'évitement, ont toutes été associées au fonctionnement résilient (7, 12, 14). L'optimisme, l'émotivité positive, la capacité à percevoir les événements stressants de façon moins menaçante et à envisager les expériences adverses dans une perspective positive, la spiritualité, et la possibilité de trouver du sens dans le trauma ont chacune été liées à la résilience (33).

Sans aucun doute, le manque d'intérêt relatif pour la biologie comme critère pertinent dans la théorie développementale sur les étapes de mise en place du comportement adaptatif face à l'adversité était d'abord lié au manque d'information alors disponible sur l'organisation structurelle et fonctionnelle du cerveau (34-36). On ne savait que très peu de choses sur le développement et les fonctions du cerveau pour pouvoir relier leur rôle à la genèse et l'épigénèse des processus mentaux normaux et déviants, encore moins pour saisir leur contribution au développement de l'adaptation résiliente (33).

L'essentiel de ce que nous savons sur les causes, les corrélations, le cours, et les conséquences du fonctionnement résilient face à l'adversité a été recueilli dans des enquêtes s'intéressant à des domaines de variables relativement restreints (7, 8). Au vu des questions posées par les psychopathologues du développement, il est évident que l'évolution vers une compréhension processuelle de l'adaptation résiliente nécessitera la mise en place de plans et de stratégies de recherche reposant sur l'évaluation simultanée de domaines de variables multiples, à la fois intérieurs et extérieurs à l'individu en développement (11).

Lors de ces dix dernières années, les scientifiques ont incité les chercheurs à intégrer les évaluations neurobiologiques et de génétique moléculaire dans leurs recherches sur les voies de développement du fonctionnement résilient (10, 11, 37). Les progrès technologiques en génétique moléculaire, en imagerie cérébrale en magnéto-encéphalographie, dans l'enregistrement électro-encéphalographique (EEG), et dans les techniques des dosages hormonaux ont permis de mener les recherches sur le développement de la résilience à partir d'une perspective multi-niveaux (11, 12). L'avènement des neurosciences modernes et des sous-disciplines qui y sont associées représente une autre occasion d'étoffer les approches conceptuelles et méthodologiques actuelles pour étudier la résilience. Dans tous les cas, il est extrêmement important de se rappeler que les domaines biologiques ne fonctionnent pas indépendamment; en règle générale, c'est plutôt le fonctionnement d'un système qui influence les propriétés fonctionnelles d'un ou de plusieurs autres systèmes, et ce à travers une série de processus de développement influencés dans deux directions à la fois (38). L'importance de prendre en compte simultanément différents niveaux de processus interdépendants étant de plus en plus reconnue, il en incombe maintenant aux chercheurs sur la résilience de soulever le défi d'intégrer simultanément plusieurs niveaux d'analyse à travers et à l'intérieur des systèmes, afin d'améliorer la compréhension d'un phénomène à multiples facettes comme la résilience (39). Il est essentiel d'inclure à la fois les domaines biologiques et psychologiques dans les recherches de base sur la résilience et dans les interventions de promotion de la résilience. Chaque niveau informe et

restreint à la fois tous les autres niveaux d'analyse. L'influence des niveaux entre eux est presque toujours bidirectionnelle.

Comme les différents niveaux d'analyse limitent les autres niveaux, tandis que les scientifiques apprennent davantage sur les multiples niveaux d'analyse, les chercheurs sur la résilience qui conduisent leur travail à chaque niveau auront besoin de développer des théories qui soient consistantes avec tous les niveaux. Lorsque les disciplines fonctionnent de manière isolée, elles courent le risque de créer des théories qui finiront par être incorrectes, puisque les données vitales provenant d'autres disciplines auront été ignorées ou sont inconnues. Comme c'est le cas dans les neurosciences fonctionnelles (40), il est impératif d'avoir un cadre englobant qui intègre tous les niveaux d'analyse sur les systèmes complexes dans le développement de la résilience (11, 36).

### **La résilience chez les enfants maltraités: d'une recherche à niveau unique à une recherche multi-niveaux**

Grandir dans des conditions de maltraitance constitue pour l'enfant une immersion profonde dans un contexte de stress sévère qui met en péril et souvent endommage le développement dans différents domaines du fonctionnement biologique et psychologique (41). Les conditions écologiques associées à la maltraitance dévient largement de l'environnement normal auquel on pourrait s'attendre. Les enfants maltraités sont susceptibles de manifester des atypicités dans les processus neurobiologiques, les réponses physiologiques, la reconnaissance de l'émotion et la régulation de l'émotion, les relations d'attachement, le développement de leur propre système, les processus de représentations, la capacité à traiter l'information sociale, les relations avec les pairs, le fonctionnement à l'école, et les relations amoureuses (41). Les enfants maltraités sont ainsi susceptibles de développer un profil de facteurs de vulnérabilité relativement persistants, ce qui les expose à un risque élevé de maladaptation et de psychopathologie future.

Ceci étant, tous les individus qui ont été abusés ou négligés ne succombent pas à un état d'adversité extrême dans leur vie. L'étude de la manière dont certains individus maltraités développent des capacités d'adaptation en dépit d'un stress ou d'un trauma important offre l'occasion de découvrir des processus à multiples niveaux d'analyse qui sont susceptibles d'être proches des mécanismes de défense efficaces dans des conditions d'adversité, mais qui seraient moins facilement détectables dans des conditions d'exposition à un stress plus normatif (42). Découvrir comment les enfants maltraités se développent et fonctionnent de manière résiliente en dépit de la multitude de stressors dont ils font

l'expérience promet d'apporter un éclairage considérable pour les théories du développement sur les mécanismes de défense et pour les actions de prévention et d'intervention.

Dans les études longitudinales sur les voies de la résilience chez les enfants maltraités, nous avons cherché à préciser s'il existait différentes voies au fonctionnement résilient chez les enfants maltraités et non-maltraités (les deux groupes appartenants à des environnements socio-économiques précaires comparables) et à explorer, dans le cadre d'une étude sur trois ans, s'il y avait des différences entre ces groupes en termes de résilience, de récupération ou de déclin du fonctionnement (32). Sur plusieurs indicateurs de fonctionnement résilient (ex. la compétence avec ses pairs, les problèmes de comportement, le fonctionnement à l'école, les relations avec les adultes protecteurs, les enfants maltraités manifestaient davantage de dysfonctionnements que les enfants non-maltraités. De plus, nombre de ces déficits persistaient sur 2 ou 3 années consécutives d'évaluation. Sur chacune de ces trois années, les enfants maltraités montraient aussi un niveau de fonctionnement résilient plus faible que celui des enfants non-maltraités. On peut ajouter que la continuité du fonctionnement inadapté manifesté par les enfants maltraités sur la durée de cette étude longitudinale était notable. Ensemble, ces résultats soulignent l'impact délétère de l'expérience de la maltraitance sur le fonctionnement compétent, et ils attestent de la nature non-transitoire de leur influence.

Dans cette étude, nous avons aussi mis en place des groupes de modèles à partir des évaluations sur trois années consécutives du fonctionnement résilient chez les enfants maltraités et non-maltraités. Après l'examen de ces groupes modèles, il apparaît que dans le groupe de fonctionnement résilient faible, le pourcentage d'enfants maltraités est plus élevé que celui des enfants non-maltraités (40,6% contre 20%). Un pourcentage plus élevé d'enfants maltraités (9,8%) que d'enfants non-maltraités (1,3%) montre également des indicateurs de compétence zéro, ce qui reflète une absence d'aspirations résilientes sur toute la durée des 3 ans d'étude. Garmezy (16, 24) a constamment souligné que la plupart des enfants conservent une capacité à montrer des potentialités résilientes en présence d'une adversité chronique et sérieuse. L'absence complète de potentialités résilientes chez presque 10% des enfants maltraités est très préoccupante, car les tendances d'auto-rédressement sont des caractéristiques vitales pour tous les organismes vivants. L'absence consistante de telles potentialités sur toute la durée de la recherche est assez préoccupante et alarmante.

Nous avons également examiné les facteurs qui contribuent au développement du fonctionnement résilient dans les groupes d'enfants maltraités et non-

maltraités défavorisés. En ce qui concerne les enfants maltraités, les principaux prédicteurs de fonctionnement résilient sont les caractéristiques de personnalité telles que l'hypercontrôle du moi (c'est à dire la capacité à surveiller et contrôler les impulsions et à réguler l'affect) et de la capacité de résilience du moi (c'est à dire le degré de flexibilité relative dans la régulation de l'affect et du comportement afin de répondre aux exigences situationnelles), ainsi qu'une estime de soi positive. Par contraste, pour les enfants non-maltraités, les relations positives avec la mère ou avec d'autres adultes responsables et la capacité de résilience du moi jouent un rôle important dans la prédiction d'un fonctionnement adaptatif. Etant donné que pour les jeunes maltraités le pourcentage des attachements insécures et désorganisés est élevé (43), il est logique que pour les enfants non-maltraités désavantagés, les facteurs relationnels soient plus vitaux pour pouvoir atteindre la résilience.

Chez les enfants maltraités, les caractéristiques de personnalité et les processus d'auto-système réparateurs sont plus importants dans la capacité à atteindre une adaptation résiliente. Plus précisément, les variables des auto-systèmes comme l'autonomie et la confiance en soi, de concert avec la réserve interpersonnelle (c'est à dire l'hyper contrôle du moi), semblent de bonne augure pour le développement de l'adaptation résiliente chez les enfants maltraités. En adoptant une manière d'interagir et d'entretenir des rapports qui soit plus réservée, contrôlée et rationnelle (c'est à dire l'hyper contrôle résilient), les enfants maltraités qui fonctionnent de manière résiliente pourraient être plus sensibles à ce qui leur permettrait de mieux s'adapter dans des environnements familiaux hostiles. Il est concevable que leur comportement sur-contrôlé les protège d'être la cible d'actes de maltraitance répétés. A l'inverse, il est possible que le comportement affectivement expressif de ceux qui sont dans un fonctionnement résilient sous-contrôlé empêche ces derniers de réussir à s'adapter à des environnements de maltraitance, précisément parce que ce genre de comportement attire l'attention et fait réagir les autres de telle sorte que le risque de maltraitance s'en trouve accru (44).

A la suite de cette recherche longitudinale sur les processus psychologiques qui sous-tendent la résilience chez les enfants maltraités, nous avons démarré deux études multi-niveaux. L'approche écologico-transactionnelle qui définit cette recherche tient intrinsèquement compte de niveaux d'analyse multiples, et permet de combiner les mécanismes biologiques et psychologiques au sein du même cadre (3, 4). Cette approche ne privilégie pas un niveau d'analyse plutôt qu'un autre, et elle encourage la souplesse des frontières conceptuelles entre l'inné et l'acquis, entre la biologie et la psychologie (45-47). Cette approche théorique apporte donc un cadre prêt

à intégrer une approche multi-niveaux sur la résilience.

Dans la première recherche multi-niveaux portant sur la résilience, la régulation des émotions, et l'asymétrie hémisphérique de l'EEG chez les enfants maltraités et non-maltraités issus de milieux socioéconomiques défavorisés aux conditions de stress élevées, nous avons émis l'hypothèse que la possibilité d'exprimer des émotions positives et la capacité accrue à réguler les émotions qui est liée au fonctionnement résilient sont associées à une activité frontale gauche sur l'EEG relativement plus importante (48). Une grande partie de la littérature traitant de la signification et des corrélats des asymétries hémisphériques de l'EEG suggère que ce phénomène omniprésent indique que le système neuronal est sous l'influence d'émotions spécifiques, par le moyen desquelles les deux hémisphères du cortex cérébral se trouvent impliqués dans les émotions de manière différente (48). Plus précisément, l'hémisphère gauche est associé aux émotions positives/à une attitude d'approche tandis que l'hémisphère droit est lié aux émotions négatives/à une attitude de retrait. Les émotions, en particulier les émotions positives et la bonne capacité à réguler les émotions, sont constamment associées à l'adaptation résiliente (18, 49, 50). La relation possible entre l'asymétrie hémisphérique de l'EEG et la résilience réside donc dans les liens qu'ils ont en commun avec les émotions et la régulation des émotions.

L'asymétrie de l'EEG sur les régions corticales centrales permet de faire la différence entre les enfants au fonctionnement résilient élevé et faible, de telle sorte que l'activité de l'hémisphère gauche est caractéristique chez les enfants maltraités qui se sont adaptés avec résilience sur la base de notre index composite de compétences (c à d, bonnes relations avec ses pairs, adaptation à l'école réussie, niveaux de symptomatologie dépressive faibles, psychopathologie internalisée et externalisée réduite) (51). A partir de 35 heures d'observation avec les enfants, la mesure de la régulation des émotions sur la base du comportement a également permis de prédire la résilience de façon significative chez les enfants maltraités et non-maltraités.

L'étude d'un phénomène au niveau neuronal tel que l'asymétrie hémisphérique de l'EEG dans le contexte de l'adaptation résiliente nous rappelle qu'il n'existe certainement pas de caractéristique unique qui soit prédominante dans le processus de résilience au cours du développement. La résilience est un processus dynamique et interactif entre des niveaux multiples au fil du temps, aucun d'entre eux n'ayant d'importance primaire à aucun moment. Cependant, si on appréhende le développement dans sa durée, l'importance relative de divers processus biologiques et psychologiques, bien que ceux-ci soient liés entre eux, peut aussi varier au cours du développement.

A l'occasion d'une autre enquête multi-niveaux menée dans notre laboratoire, nous avons examiné le fonctionnement résilient chez les enfants défavorisés et maltraités ou non-maltraités en relation avec la régulation de deux hormones stéroïdes surrénales produites par le stress, le cortisol et la déhydroépiandrostérone (DHEA), de même que les concepts de personnalité de la résilience du moi et du contrôle du moi (52). Les hormones stéroïdes que nous avons choisi d'étudier comme indices potentiels de la résilience sont les deux conséquences adrencorticales principales de l'activité de sécrétion de l'axe hypothalamique-pituitaire-surrénal (HPS). La capacité des individus à augmenter les niveaux de cortisol en réponse à une exposition à un trauma sévère est d'une grande importance pour la survie (2). La DHEA exerce une influence sur une gamme variée d'actions biologiques, y compris des effets sur le système immunitaire, cardiovasculaire, endocrinien, métabolique, et central (53).

Tout comme lors des recherches précédentes à niveau unique ou multi-niveaux menées sur les voies de l'adaptation résiliente qui ont été décrites un plus haut, nous avons utilisé un instrument de mesure composite comprenant des méthodes multiples, des évaluations sur la compétence dans les relations avec ses pairs, la réussite à l'école, les faibles niveaux d'internalisation et d'externalisation de la symptomatologie basées sur des informateurs multiples. Nous avons trouvé que la résilience du moi, le sur-contrôle du moi et les hormones stéroïdes surrénales associées au stress (i.e. le cortisol et la DHEA) contribuent à la résilience de manière indépendante et non-interactive. Bien qu'en opérant à différents niveaux d'analyse, les facteurs comportementaux/psychologiques et biologiques contribuent chacun de façon unique à la résilience.

Comme c'est souvent le cas dans la maltraitance de l'enfant, le stress prolongé peut conduire à une charge allostatique, caractérisée par une dérégulation physiologique cumulée dans des systèmes biologiques multiples, à travers une série de causes et de séquelles qui peuvent changer le cerveau, les systèmes d'organes, et l'équilibre neurochimique qui soutient la cognition, les émotions, les humeurs, la personnalité, et le comportement (54, 55). Il est considéré que la charge allostatique survient lorsque l'adaptation au stress nécessite que les réponses soient maintenues sur des périodes de temps prolongées. On peut considérer que l'allostasie et la charge allostatique représentent un principe biologique général -- autrement dit que les systèmes qui aident le corps à s'adapter au stress, et qui ont une fonction protectrice sur le court terme, peuvent éventuellement participer au développement des processus physiopathologiques lorsqu'ils sont sur-utilisés ou gérés de manière inefficace.

Nous avons trouvé qu'il existait chez les enfants non-maltraités une relation entre des niveaux de cortisol plus élevés le matin et des niveaux plus faibles de potentialités résilientes. Il est possible que le taux élevé de cortisol basal indique que les enfants non-maltraités ressentent une plus grande exposition au stress et que, par conséquent, ils ont une capacité réduite à s'y adapter. Dans le groupe des enfants maltraités, on observe que la régulation du cortisol varie en fonction du (des) sous-type(s) de la maltraitance vécue. Les enfants victimes d'abus physique ayant un taux de cortisol élevé le matin ont un fonctionnement résilient plus élevé que les enfants victimes d'abus physique ayant des taux de cortisol plus faibles le matin. Le rôle positif d'un taux de cortisol accru pour les enfants victimes d'abus physiques diverge du modèle plus général qui relie des taux de cortisol plus élevés à un fonctionnement résilient plus faible comme nous l'avons découvert dans cette étude chez les enfants non-maltraités et victimes d'abus sexuels.

Des recherches précédentes sur la régulation endocrinienne indiquent que les enfants victimes d'abus physiques montrent généralement des taux de sécrétion de cortisol matinal plus faibles (56). Il se peut que le sous-groupe d'enfants victimes d'abus physiques qui ont pu élever leur taux de cortisol afin de faire face aux facteurs de stress dans leur vie montre une plus grande aspiration à l'adaptation résiliente. Par contraste, il est possible que le sous-groupe, beaucoup plus nombreux, d'enfants victimes d'abus physiques ayant des taux de cortisol matinal plus faibles ait développé au fil du temps un hypocorticisme en réponse à une exposition chronique au stress (i.e. charge allostatique) (57). Il en résulte que, pour ces enfants, la capacité à mobiliser l'axe HPS pour permettre une adaptation positive dans des conditions de stress prolongé soit diminuée. De plus, nous avons trouvé que le très faible niveau de résilience chez les enfants victimes d'abus sexuels ayant un taux de cortisol basal élevé résulte peut-être des différentes expériences traumatiques et d'une vigilance excessive ainsi que des préoccupations chroniques, avec une hyperexcitation proportionnée de l'axe HPS (52).

Pour finir, nous avons également découvert que les enfants maltraités ayant un fonctionnement résilient élevé présentent un schéma atypique unique d'une augmentation diurne relative de la DHEA. Les enfants maltraités qui ont la capacité d'élever la DHEA au long de la journée sont probablement plus équipés pour faire face aux exigences d'une exposition chronique au stress et pour pouvoir s'y adapter. Par contraste, les enfants non-maltraités qui fonctionnent avec résilience ne présentent pas ce schéma d'une augmentation diurne de la DHEA ; ils montrent plutôt les taux les plus faibles de DHEA tout au long de la journée.

## **L'interaction gènes-environnement et les mécanismes moléculaires qui favorisent le fonctionnement résilient chez les enfants maltraités**

Ces dernières années ont été témoins d'un regain d'intérêt pour l'étude de l'interaction entre gènes et pathogènes environnementaux dans le développement de la psychopathologie et de la résilience (58-60). D'un point de vue génétique, on peut conceptualiser la résilience comme la mesure dans laquelle les personnes génétiquement prédisposées à l'inadaptation ou à un trouble mental ne sont pas touchées (61). Il se peut qu'il existe aussi des facteurs génétiques contribuant à l'adaptation résiliente qui protègent certains individus et qui, dans les familles où il y a un risque génétique élevé de développer une inadaptation ou un trouble mental, les empêche de subir ces effets nuisibles (58). De plus, les gènes sont susceptibles de jouer un rôle de protection contre les agressions environnementales pour certains individus. Il apparaît donc que les influences génétiques sur l'inadaptation et la psychopathologie opèrent de manière probabiliste, et non pas déterministe.

Dans l'interaction gènes-environnement (GxE), les expériences environnementales modèrent les effets génétiques (ou vice versa) sur les issues normales, psychopathologiques et résilientes du développement. Par exemple, les effets génétiques sur les résultats de fonctionnement peuvent s'observer uniquement dans certains contextes environnementaux ou en conjonction avec des histoires de vécu particulières ; inversement, le vécu ne peut être mis en relation avec ces résultats que chez des personnes possédant des caractéristiques bien définies (62).

La majorité des études GxE ont étudié les polymorphismes de la monoamine oxydase A (MAOA) et du transporteur de sérotonine (5-HTT), tous deux des gènes primaires impliqués dans la maturation du cerveau au début de son développement, mais aussi dans les troubles de l'humeur, du comportement, et dans la réponse au stress (58). La variabilité manifestée dans la réponse des enfants au hasard environnemental de la maltraitance suggère que cette hétérogénéité se trouve probablement sous le registre de l'influence génétique (59).

L'expérience de la maltraitance chez l'enfant se révèle un pathogène environnemental puissant qui a généré un nombre de découvertes problématiques, lesquelles ont généré de l'intérêt pour la recherche sur GxE (59, 60 ; pour des méta-analyses, voir 65, 66).

Caspi et ses collègues (62, 63) ont démontré les effets de GxE sur un large échantillon d'adultes ayant subi des maltraitances sévères tôt dans leur enfance. Plus précisément, Caspi et al. (58) ont trouvé que les adultes mâles qui ont été maltraités au début de leur développement et qui possèdent la variante allélique du gène MAOA à faible activité présentent des niveaux

de symptomatologie antisociale et agressive plus élevés que ces individus qui ont été maltraités tôt et qui possèdent la variante du MAOA à forte activité. Ce dernier groupe présente des niveaux de symptômes antisociaux et agressifs moins élevés (62) que les adultes maltraités ayant la variante du MAOA à faible activité. Dans l'étude qui a suivi, Caspi et al. (63) ont découvert que les adultes qui ont vécu une maltraitance sévère dans leur enfance et qui possèdent la variante courte (s/s) du gène 5-HTT montrait des niveaux de symptômes dépressifs plus élevés que les adultes possédant la variante longue (l/l) du gène 5-HTT et qui ont été maltraités lorsqu'ils étaient enfants. Par contraste, les adultes de ce dernier groupe présentent beaucoup moins de symptômes dépressifs que les adultes maltraités avec des variantes de l'allèle courtes (63). Il est donc concevable que le polymorphisme du gène MAOA à activité élevée et les longues variantes du gène 5-HTT confèrent aux adultes ayant subi des maltraitements sévères durant leur enfance une protection contre les troubles antisociaux et la dépression.

Dans notre laboratoire, nous avons mené une étude multigénique examinant l'interaction entre les polymorphismes des gènes 5-HTT et MAOA en relation à la symptomatologie dépressive dans un large échantillon d'enfants maltraités (67). Les adolescents issus de milieux socioéconomiques pauvres, avec une histoire de maltraitance pendant l'enfance ou pas, ont passé un entretien diagnostique semi-structuré pour les troubles mentaux ; de plus, ces adolescents ont fourni des cellules buccales pour analyse génétique. Nous avons trouvé des symptômes dépressifs accrus chez les jeunes ayant subi de grandes maltraitements en association avec une activité du MAOA faible. Chez les jeunes avec une MAOA de forte activité et ayant subi des maltraitements comparables, les stratégies self-coping (auto adaptation) sont liées à des symptômes dépressifs plus faibles. La découverte que les stratégies d'auto-adaptation et un MAOA à forte activité sont liés à des symptômes dépressifs moins élevés rappelle les résultats d'un certain nombre de nos études sur la résilience chez les enfants maltraités. Plus précisément, le fait que l'autonomie et l'autodétermination prédisent un fonctionnement résilient chez les enfants maltraités (32). Il est concevable que les enfants maltraités qui présentaient les caractéristiques d'un auto-système positif et fonctionnant de manière résiliente possédaient probablement les variantes polymorphes des gènes (comme un MAOA à forte activité) fonctionnant comme protection contre l'inadaptation.

Les abus sexuels et le génotype court/court du 5-HTT prédisent des symptômes de dépression, d'anxiété, et somatiques plus élevés. Cette interaction GxE est aussi modérée par le niveau d'activité du MAOA. Plus précisément, nous avons découvert que les adolescents victimes d'abus sexuels possédant une ou deux copies de l'allèle court du 5-HTT ont des niveaux

d'internalisation des symptômes beaucoup plus réduits s'ils ont la version à forte activité du gène MAOA (67).

Nous avons aussi commencé à déchiffrer les actions coordonnées sur de multiples niveaux d'analyse en intégrant des mesures génétiques et des mesures physiologiques multiples à notre recherche multi-niveaux sur les voies de la résilience chez les enfants maltraités et négligés. Par exemple, dans une étude longitudinale actuellement en cours au sein de notre laboratoire, nous utilisons une approche à multiples niveaux d'analyse pour examiner le déroulement de la psychopathologie liée au trauma chez les enfants maltraités, ainsi que les processus multi-niveaux qui contribuent à produire la résilience. En plus de génotyper les gènes candidats pertinents, nous avons incorporé de multiples mesures de réponses neurophysiologiques aux classes de stimuli émotifs, et au fonctionnement hormonal, neurocognitif, et comportemental. Le champ des recherches sur les déterminants de la résilience ne peut plus se permettre de perpétuer une distinction artificielle entre la génétique, la neurobiologie, et le comportement.

#### **Plasticité neuronale et résilience: des associations potentielles**

Les mécanismes de plasticité neuronale qui sont « en attente de recevoir de l'expérience » (experience-expectant) et ceux qui sont « dépendants de l'expérience » (experience-dependent) sont intrinsèques à la structure anatomique même du tissu cortical, et ils sont responsables du processus de malléabilité prolongée dans la formation du cerveau (65-67). Les psychopathologues du développement et les neuroscientifiques peuvent se servir de cette connaissance pour comprendre comment la vulnérabilité et les processus de protection liés au développement du cerveau contribuent à la genèse et à l'épigénèse de la psychopathologie et de la résilience. Aussi, puisque les mécanismes de plasticité rendent la différenciation anatomique du cerveau dépendante de sa stimulation par l'environnement, il est clair que la cyto-architecture du cortex cérébral est elle aussi modelée par les informations qu'elle reçoit de l'environnement social. Le cortex humain étant structuré seulement de façon diffuse par le plan génétique, et sa différenciation étant à long terme fortement influencée par les mécanismes actifs du « coping », mis en place par l'individu dans un environnement particulier, il est très probable que les résultats à la fois normaux, anormaux et résilients de ce processus englobent un spectre varié d'anatomies du réseau cortical et de personnalités individuelles.

Tout comme le processus de plasticité neuronale qui se met en place suite à une lésion cérébrale (68-71), on peut appréhender la résilience comme la capacité d'un individu à se remettre d'une exposition à

l'adversité ou d'un traumatisme (9, 32). Dans cette perspective, on considère que l'adversité provoque des effets nuisibles sur un substrat neuronal ou sur plusieurs, et que les mécanismes de plasticité neuronale permettent à l'individu de se rétablir. Ceci peut nous amener à conclure que certains individus considérés comme résilients ont probablement une capacité innée (i.e. la plasticité) plus grande, bien au-delà de la moyenne, à se remettre des agressions de l'environnement qui affectent le cerveau. Cette vision de la résilience conçoit l'adversité de l'environnement comme « nocive » pour le cerveau, et la capacité de récupération comme propriété intrinsèque du cerveau lui-même. Seulement, cette perspective ne prend pas en considération l'impact que peuvent avoir un environnement positif (ex. la présence de soutiens sociaux), les tentatives actives de « coping » d'un individu, ou encore les gènes de protection/de plasticité sur ce potentiel de récupération.

Une autre conception de la résilience serait celle d'une résistance plus importante que la norme à l'impact de l'adversité environnementale sur le cerveau et les autres systèmes biologiques. Cette vision de l'interaction entre cerveau et adversité ne serait pas strictement catégorisée comme impliquant la plasticité neuronale. Pour ces individus, le terme de récupération d'une fonction ne serait donc peut-être pas applicable, étant donné qu'il n'y a pas du tout eu de « perte » de fonction.

Le développement rapide de techniques sophistiquées permettant directement l'imagerie du cerveau a mis à disposition des chercheurs en psychopathologie du développement une variété de méthodologies. Un bon nombre de ces méthodes pourraient servir à examiner en détail la plasticité neuronale, de même que la structure et la fonction du cerveau. Ces nouveaux outils permettent d'entreprendre des recherches empiriques sur la relation entre plasticité neuronale et résilience, et de potentiellement faciliter l'étude de l'association directe entre les deux processus. On pourrait alors adresser les questions sur le rôle que pourrait jouer la plasticité neuronale dans le développement et le maintien du fonctionnement résilient. On pourrait également savoir si les mécanismes de la plasticité neuronale opèrent différemment parmi les individus considérés comme étant résilients.

Les questions déterminantes sur l'adaptation résiliente auxquelles les méthodologies de l'imagerie cérébrale pourraient potentiellement répondre sont les suivantes: a) Par rapport à l'expérience de l'adversité, la structure et fonction du cerveau est-elle différente chez les enfants maltraités et non-maltraités ayant un fonctionnement résilient? b) La structure et fonction du cerveau des individus résilients ayant fait l'expérience de l'adversité est-elle différente de celle des enfants normaux élevés dans des environnements favorables? c) Lors de

l'accomplissement de tâches difficiles ou stressantes, certaines parties spécifiques du cerveau sont-elles plus susceptibles d'être activées dans un fonctionnement résilient que dans un fonctionnement non-résilient? Quels aspects de la structure et fonction du cerveau différencient les individus qui fonctionnent avec résilience, en dépit d'une expérience précoce de l'adversité, de ceux qui fonctionnent sans résilience qui eux aussi ont fait face à l'adversité tôt dans leur existence (i.e., quel est le rôle d'une expérience précoce?) e) Existe-t-il des périodes sensibles au-delà desquelles atteindre la résilience devient improbable, ou est-il possible d'atteindre la résilience tout au long de la vie? et f) Y a-t-il des changements au cours du temps dans la structure et/ou le fonctionnement du cerveau chez les individus considérés comme résilients qui puissent refléter les processus de plasticité neuronale? Ajouter ces techniques de neuro-imagerie aux approches psychologiques existantes qui prédominent dans la représentation des voies de la résilience, de même qu'aux méthodologies biologiques et de génétique moléculaire décrites précédemment dans cet article, pourrait produire des découvertes passionnantes sur les processus complexes qui débouchent sur de nouvelles compétences, malgré l'expérience d'une grande adversité.

En dehors de l'étude de la relation proximale entre résilience et plasticité neuronale, il existe plusieurs processus d'origine neurobiologique (ex. la cognition, le fonctionnement neuro-endocrinien) qui ont un lien direct avec la production de la résilience (14, 51). Bien que de tels processus aient une influence sur le fonctionnement résilient, il se peut que, dans une certaine mesure, la plasticité neuronale soit le mécanisme sous-jacent commun servant d'intermédiaire dans la relation entre ces processus et la résilience.

#### **Les interventions de développement de la résilience: une perspective multi-niveaux**

La recherche sur la résilience apporte un potentiel énorme dans la création et la mise en place d'interventions qui faciliteront le développement d'un fonctionnement résilient chez des populations à risque élevé ayant traversé des épreuves difficiles (27, 72). Ces interventions devraient cibler les forces de protection mais aussi de vulnérabilité qui opèrent à différents niveaux d'influence -- la culture, la communauté, la famille, et l'individu.

Bien que certaines des interventions qui ont été mises en place aient employé une approche multidimensionnelle qui puisse être sensible à la diversité des relations entre les enfants et leurs contextes environnementaux, il n'existe à notre connaissance que très peu d'interventions ayant pris en compte les évaluations biologiques dans leurs batteries de pre- et post-expertises. Puisqu'un des

objectifs principaux dans le champ de la science préventive est d'intervenir sur le cours du développement afin de pouvoir favoriser la récupération fonctionnelle et de promouvoir l'adaptation résiliente chez les individus ayant un risque élevé de développer une psychopathologie (6), il est désormais essentiel d'utiliser une approche comportant différents niveaux d'analyse qui puisse, dans ses expertises de recherche dirigées à évaluer l'efficacité des interventions ECR et dont le but est de favoriser les développements de l'adaptation résiliente, s'appuyer sur une large gamme de variables, depuis les séquences ADN jusqu'au rôle de la culture.

Il existe au moins deux raisons à ce manque de considération pour les processus biologiques dans l'expertise des interventions de prévention avec les enfants et les adolescents. Ce manque d'attention provient sans doute d'une tradition en psychologie du développement de mesurer les processus biologiques comme des indices de différences individuelles héréditaires et constitutionnelles reflétant les bases neurobiologiques du tempérament (73). Cette tradition encourage l'idée que les processus biologiques ne sont pas soit malléables, ou soit qu'ils sont plus réfractaires au changement positif comme résultat de l'expérience. Or, les relations entre les différents niveaux d'organisation biologique et psychologique étant bidirectionnels, il est essentiel de reconnaître que l'expérience influence aussi la biologie (68, 74). Les preuves d'une réorganisation biologique en réponse à des altérations dans l'environnement est peut-être moins évidente dans les populations normatives où les cercles de soutien sont vraisemblablement plus stables; cependant, les recherches sur les individus éduqués dans des conditions environnementales extrêmes devraient nous permettre d'isoler plus clairement les composantes de ces différents systèmes, et d'apporter ainsi un éclairage sur les effets bidirectionnels de l'expérience et de la neurobiologie.

Bien qu'il soit impossible d'assigner l'adversité ou le trauma de manière aléatoire, il est possible d'assigner une intervention. Si les systèmes biologiques peuvent se rétablir en réponse à une intervention, ceci soutient donc l'argument que les systèmes étudiés sont sensibles aux contributions de l'environnement durant le développement. De plus, si les interventions randomisées altèrent les systèmes neurobiologiques associés à des troubles, et que l'on peut démontrer qu'elles sont porteuses de changement dans le fonctionnement psychologique et comportemental, alors ceci favorise une meilleure compréhension des bases neurologiques du trouble. Les interventions préventives peuvent également contribuer au rétablissement ou à la réparation des séquelles biologiques à travers des mécanismes que nous avons seulement commencé à comprendre. Une meilleure compréhension des processus neurobiologiques pouvant accroître le risque de développement

inadapté suggère aussi vraisemblablement de nouvelles cibles d'intervention préventive. Il est donc important pour les scientifiques de la prévention d'étudier les moyens par lesquels les changements dans l'expérience et dans le fonctionnement psychologique qui résultent d'interventions préventives peuvent éventuellement modifier les processus biologiques.

Maintenant que les études sur les animaux ont démontré que l'expérience exerce une influence sur la microstructure et la biochimie du cerveau (75), il est possible de suggérer le rôle vital d'une plasticité neuronale continue à travers l'épigénèse, contribuant à la possibilité de se remettre de formes variées d'inadaptation et de troubles mentaux. Dans la littérature animale, il existe de plus en plus de preuves que les interventions efficaces modifient non seulement le comportement inadapté, mais aussi les corrélations cellulaires et physiologiques du comportement (76, 77). Les interventions préventives réussies ont donc la possibilité de modifier le comportement et la physiologie en produisant des altérations dans l'expression des gènes qui crée une nouvelle réorganisation structurelle du cerveau (76). Un objectif important du travail d'intervention préventive incluant des mesures de processus neurobiologiques est de mieux identifier les périodes délicates pour une intervention (78).

L'identification des divers niveaux où les tests de prévention ECR engendrent du changement apportera une meilleure compréhension des mécanismes du changement, de la mesure dans laquelle on peut favoriser la plasticité neuronale, ainsi que des interrelations entre processus biologiques et psychologiques dans l'inadaptation, la psychopathologie, et la résilience (79). De plus, les interventions préventives ayant les bases empiriques les plus approfondies, et construites sur des théories intégratives multi-niveaux sur la normalité, la psychopathologie, et la résilience, peuvent être mises en application dans des tests d'efficacité au sein de la communauté ou dans un cadre réel afin d'obtenir le plus grand nombre d'individus possible et de prévenir, soulager, et en fin de compte guérir les troubles mentaux (80). L'inclusion d'expertises biologiques dans l'évaluation des interventions destinées à favoriser la résilience permettront aussi aux scientifiques de découvrir si les différentes composantes des interventions multidimensionnelles exercent chacune une influence différente sur des systèmes séparés du cerveau. Il est donc possible de conceptualiser des interventions de développement de la résilience qui soient efficaces et qui exemplifient la plasticité neuronale dépendante de l'expérience.

Pour finir, bien qu'il existe un consensus sur le fait que la résilience est un concept de développement dynamique qui, théoriquement, est possible tout au long d'une vie, il est néanmoins important de

déterminer si le timing des interventions pour le développement de la résilience est une variable cruciale qui mérite notre considération. Plus précisément, il sera important de savoir si les interventions pour le développement de la résilience sont plus efficaces lorsqu'elles sont mises en place dans les premières années de la vie. De même, de telles interventions sont-elles susceptibles d'atteindre leur objectif de promouvoir la résilience si elles sont instaurées le plus près possible de l'identification d'un événement(s) ou d'une expérience(s) nuisibles? L'intégration d'une approche à niveaux d'analyse multiples permettra aux scientifiques d'apprendre si, par exemple, les interventions pour le développement de la résilience, mises en place tôt dans une vie, sont plus favorables au développement et au fonctionnement du cerveau, même si l'amélioration a lieu chez des individus qui reçoivent des interventions facilitant la résilience plus tard dans leur vie ou qui reçoivent leurs interventions à des moments plus éloignés dans le temps d'un événement(s) nuisible(s) ou d'expériences traumatiques.

## CONCLUSIONS

Il est important de souligner que l'appel à une approche multi-niveaux dans les recherches sur la résilience et dans les interventions pour le développement de la résilience -- qui inclut l'importance primordiale de mener des expertises génétiques et neurobiologiques, de même que comportementales -- ne réduit pas la résilience à la biologie, encore moins à une variable biologique unique. L'inclusion d'une approche multi-niveaux sur la résilience devrait empêcher les scientifiques et les cliniciens de revenir au temps où certains épousaient l'idée qu'il existait des enfants «invulnérables». L'intégration d'une approche multi-niveaux dans les recherches sur la résilience requiert encore l'adhésion à une perspective dynamique, transactionnelle respectant l'importance du contexte.

Nous nous trouvons actuellement dans une période véritablement excitante pour la recherche sur les voies du fonctionnement résilient chez les individus ayant fait l'expérience d'une grande adversité ou de traumatismes. Les progrès de la génomique, de l'épigénétique, de l'imagerie cérébrale, et des techniques de dosage hormonales et immunologiques apporteront des contributions importantes pour propulser les progrès du savoir sur les processus du développement qui aboutissent à la résilience (11, 12). Cette meilleure compréhension présente un potentiel énorme pour la création et la mise en place d'interventions nouvelles, et peut-être individualisées, pour le développement de la résilience chez les enfants et adultes exposés à un risque élevé, et qui ne fonctionnent bien pas à cause de leur expérience de l'adversité et du traumatisme. Afin de comprendre entièrement comment les individus atteignent un fonctionnement résilient dans un contexte d'adversité,

il nous revient d'étudier ce phénomène avec le niveau de complexité qui caractérise ce dernier.

## Remerciements

Le travail sur cet article a bénéficié du financement de l'Institut National pour la Santé Mentale (MH083979) et du Fond Spunk, Inc.

## Références

1. Cicchetti D. Development and psychopathology. In: Cicchetti D, Cohen DJ (eds). *Developmental psychopathology*, Vol. 1. New York: Wiley, 2006:1-23.
2. Gunnar MR, Vazquez D. Stress neurobiology and developmental psychopathology. In: Cicchetti D, Cohen D (eds). *Developmental psychopathology*, Vol. 2. New York: Wiley, 2006:533-77.
3. Cicchetti D, Schneider-Rosen K. An organizational approach to childhood depression. In: Rutter M, Izard C, Read P (eds). *Depression in young people, clinical and developmental perspectives*. New York: Guilford, 1986:71-134.
4. Cicchetti D, Lynch M. Toward an ecological/transactional model of community violence and child maltreatment: consequences for children's development. *Psychiatry* 1993;56:96-118.
5. Cicchetti D, Rogosch FA. Equifinality and multifinality in developmental psychopathology. *Dev Psychopathol* 1996;8:597-600.
6. Ialongo N, Rogosch FA, Cicchetti D et al. A developmental psychopathology approach to the prevention of mental health disorders. In: Cicchetti D, Cohen D (eds). *Developmental psychopathology*, Vol. 1. New York: Wiley, 2006:968-1018.
7. Luthar SS. Resilience in development: a synthesis of research across five decades. In: Cicchetti D, Cohen D (eds). *Developmental psychopathology*, Vol. 3. New York: Wiley, 2006:739-95.
8. Luthar SS, Cicchetti D, Becker B. The construct of resilience: a critical evaluation and guidelines for future work. *Child Dev* 2000;71:543-62.
9. Masten AS, Best K, Garmezy N. Resilience and development: contributions from the study of children who overcome adversity. *Dev Psychopathol* 1990;2:425-44.
10. Charney D. Psychobiological mechanisms of resilience and vulnerability: implications for successful adaptation to extreme stress. *Am J Psychiatry* 2004;161:195-216.
11. Curtis WJ, Cicchetti D. Moving research on resilience into the 21st century: theoretical and methodological considerations in examining the biological contributors to resilience. *Dev Psychopathol* 2003;15:773-810.
12. Masten AS. Resilience in developing systems: progress and promise as the fourth wave rises. *Dev Psychopathol* 2007;19:921-30.
13. Egeland B, Carlson EA, Sroufe LA. Resilience as process. *Dev Psychopathol* 1993;5:517-28.
14. Masten AS. Ordinary magic: resilience processes in development. *Am Psychol* 2001;56:227-38.
15. Cicchetti D, Garmezy N. Milestones in the development of resilience. *Dev Psychopathol* 1993;5:497-774.
16. Garmezy N. Vulnerability research and the issue of primary prevention. *Am J Orthopsychiatry* 1971;41:101-16.
17. Werner E, Smith R. *Vulnerable but invincible: a study of resilient children*. New York: McGraw-Hill, 1982.
18. Werner E, Smith R. *Overcoming the odds: high-risk children from birth to adulthood*. Ithaca: Cornell University Press, 1992.
19. Garmezy N, Streitan S. Children at risk: conceptual models and research methods. *Schizophr Bull* 1974;9:55-125.
20. Rutter M. Resilience in the face of adversity: protective factors and resistance to psychiatric disorder. *Br J Psychiatry* 1985;128:493-509.
21. Garmezy N, Rutter M. *Stress, coping and development in children*. New York: McGraw-Hill, 1983.
22. Pavenstedt E. A comparison of the childrearing environment of upper-lower and very low class families. *Am J Orthopsychiatry* 1965;35:89-98.
23. Zigler E, Glick M. *A developmental approach to adult psychopathology*. New York: Wiley, 1986.

24. Garmezy N. The study of competence in children at risk for severe psychopathology. In: Anthony EJ, Koupernik C (eds). *The child in his family: children at psychiatric risk*, Vol. 3. New York: Wiley, 1974:77-97.
25. Masten AS, Garmezy N. Risk, vulnerability, and protective factors in developmental psychopathology. In: Lahey B, Kazdin A (eds). *Advances in clinical child psychology*, Vol. 8. New York: Plenum, 1985:1-52.
26. Cicchetti D, Rogosch FA, Toth SL. Fostering secure attachment in infants in maltreating families through preventive interventions. *Dev Psychopathol* 2006;18:623-50.
27. Luthar SS, Cicchetti D. The construct of resilience: implications for intervention and social policy. *Dev Psychopathol* 2000;12:857-85.
28. Toth SL, Rogosch FA, Manly JT, Cicchetti D. The efficacy of toddler-parent psychotherapy to reorganize attachment in the young offspring of mothers with major depressive disorder. *J Consult Clin Psychol* 2006;74:1006-16.
29. Toth SL, Cicchetti D. Developmental psychopathology and child psychotherapy. In: Russ S, Ollendick T (eds). *Handbook of psychotherapies with children and families*. New York: Plenum, 1999:15-44.
30. Kellam SG, Rebok GW. Building developmental and etiological theory through epidemiologically based preventive intervention trials. In: McCord J, Tremblay RE (eds). *Preventing antisocial behavior: interventions from birth through adolescence*. New York: Guilford, 1992:162-95.
31. Hinshaw SP. Intervention research, theoretical mechanisms, and causal processes related to externalizing behavior problems. *Dev Psychopathol* 2002;14:789-818.
32. Cicchetti D, Rogosch FA. The role of self-organization in the promotion of resilience in maltreated children. *Dev Psychopathol* 1997;9:799-817.
33. Feder A, Nestler EJ, Charney DS. Psychobiology and molecular genetics of resilience. *Nat Rev Neurosci* 2009;10:446-57.
34. Cicchetti D. The impact of social experience on neurobiological systems: illustration from a constructivist view of child maltreatment. *Cogn Dev* 2002;17:1407-28.
35. Johnson MH. The neural basis of cognitive development. In: Kuhn D, Siegler R (eds). *Handbook of child psychology: cognition, perception, and language*. New York: Wiley, 1998:1-49.
36. Segalowitz SJ. Developmental psychology and brain development: a historical perspective. In: Dawson G, Fischer KW (eds). *Human behavior and the developing brain*. New York: Guilford, 1994:67-92.
37. Cicchetti D, Blender JA. A multiple-levels-of-analysis perspective on resilience: implications for the developing brain, neural plasticity, and preventive interventions. *Ann N Y Acad Sci* 2006;1094:248-58.
38. Masten AS, Cicchetti D. Developmental cascades. *Dev Psychopathol* 2010;22:491-5.
39. Cicchetti D. A multiple-levels-of-analysis perspective on research in development and psychopathology. In: Beauchaine TP, Hinshaw SP (eds). *Child and adolescent psychopathology*. New York: Wiley, 2008:27-57.
40. Albright TD, Jessell TM, Kandel ER et al. Neural science: a century of progress and the mysteries that remain. *Cell* 2000;100:S1-S55.
41. Cicchetti D, Valentino K. An ecological transactional perspective on child maltreatment: failure of the average expectable environment and its influence upon child development. In: Cicchetti D, Cohen D (eds). *Development and psychopathology*, Vol. 3. New York: Wiley, 2006:129-201.
42. Cicchetti D, Gunnar MR. Integrating biological processes into the design and evaluation of preventive interventions. *Dev Psychopathol* 2008;20:737-1021.
43. Cyr C, Euser EM, Bakermans-Kranenburg MJ et al. Attachment security and disorganization in maltreating and high-risk families: a series of meta-analyses. *Dev Psychopathol* 2010;22:87-108.
44. Block J, Block JH. The role of ego-control and ego-resilience in the organization of behavior. In: Collins WA (ed). *The Minnesota symposium on child psychology: development of cognition, affect, and social relations*. Hillsdale: Erlbaum, 1980:39-101.
45. Cicchetti D, Cannon TD. Neurodevelopmental processes in the ontogenesis and epigenesis of psychopathology. *Dev Psychopathol* 1999;11:375-93.
46. Gottlieb G. Probabilistic epigenesis. *Dev Sci* 2007;10:1-11.
47. Thelen E, Smith LB. Dynamic systems theories. In: Damon W, Lerner R (eds). *Handbook of child psychology: theoretical, models of human development*. New York: Wiley, 1998:563-634.
48. Davidson RJ. Affective style, psychopathology, and resilience: brain mechanisms and plasticity. *Am Psychol* 2000;55:1196-214.
49. Buckner JC, Mezzacappa E, Beardslee WR. Characteristics of resilient youths living in poverty: the role of self-regulatory processes. *Dev Psychopathol* 2003;15:139-62.
50. Masten AS. Humor and competence in school-aged children. *Child Dev* 1986;57:461-73.
51. Curtis WJ, Cicchetti D. Emotion and resilience: a multi-level investigation of hemispheric electroencephalogram asymmetry and emotion regulation in maltreated and non-maltreated children. *Dev Psychopathol* 2007;19:811-40.
52. Cicchetti D, Rogosch FA. Personality, adrenal steroid hormones, and resilience in maltreated children: a multi-level perspective. *Dev Psychopathol* 2007;19:787-809.
53. Majewska MD. Neuronal actions of the dehydroepiandrosterone: possible roles in brain development, aging, memory and affect. *Ann N Y Acad Sci* 1995;774:111-20.
54. Lupien SJ, Ouellet-Morin I, Hupbach A et al. Beyond the stress concept: allostatic load – a developmental biological and cognitive perspective. In: Cicchetti D, Cohen D (eds). *Developmental psychopathology*, Vol. 2. New York: Wiley, 2006:578-628.
55. McEwen BS, Stellar E. Stress and the individual mechanisms leading to disease. *Arch Intern Med* 1993;153:2093-101.
56. Cicchetti D, Rogosch FA. Diverse patterns of neuroendocrine activity in maltreated children. *Dev Psychopathol* 2001;13:677-94.
57. Ganzel B, Morris P, Wethington E. Allostasis and the human brain: integrating models of stress from the social and life sciences. *Psychol Rev* 2010;117:134-74.
58. Kim-Cohen J, Gold AL. Measured gene-environment interactions and mechanisms promoting resilient development. *Curr Dir Psychol Sci* 2009;18:134-42.
59. Moffitt TE, Caspi A, Rutter M. Measured gene-environment interactions in psychopathology: concepts, research strategies, and implications for research, intervention, and public understanding of genetics. *Perspect Psychol Sci* 2006;1:5-27.
60. Rutter M. Genes and behavior: nature-nurture interplay explained. Malden: Blackwell, 2006.
61. Rende R, Plomin R. Families at risk for psychopathology: who becomes affected and why? *Dev Psychopathol* 1993;5:529-40.
62. Belsky J, Jonassaint C, Pluess M et al. Vulnerability genes or plasticity genes? *Mol Psychiatry* 2009;14:746-54.
63. Caspi A, McClay J, Moffitt T et al. Role of genotype in the cycle of violence in maltreated children. *Science* 2002;297:851-4.
64. Caspi A, Sugden K, Moffitt T et al. Influence of life stress on depression: moderation by a polymorphism in the 5-HTT gene. *Science* 2003;301:386-9.
65. Kim-Cohen J, Caspi A, Taylor A et al. MAOA, maltreatment, and gene-environment interaction predicting children's mental health: new evidence and a meta-analysis. *Mol Psychiatry* 2006;11:903-13.
66. Taylor A, Kim-Cohen J. Meta-analysis of gene-environment interactions in developmental psychopathology. *Dev Psychopathol* 2007; 19:1029-37.
67. Cicchetti D, Rogosch FA, Sturge-Apple ML. Interactions of child maltreatment and 5-HTT and monoamine oxidase A polymorphisms: depressive symptomatology among adolescents from low-socioeconomic status background. *Dev Psychopathol* 2007;19:1161-80.
68. Cicchetti D, Tucker D. Development and self-regulatory structures of the mind. *Dev Psychopathol* 1994;6:533-49.
69. Greenough W, Black J, Wallace C. Experience and brain development. *Child Dev* 1987;58:539-59.
70. Stiles J. *The fundamentals of brain development: integrating nature and nurture*. Cambridge: Harvard University Press, 2008.
71. Kolb B, Gibb R. Early brain injury, plasticity, and behavior. In: Nelson CA, Luciana M (eds). *Handbook of developmental cognitive neuroscience*. Cambridge: MIT Press, 2001:175-90.
72. Cicchetti D, Rapaport J, Sandler I et al. The promotion of wellness in children and adolescents. Washington: Child Welfare League of America Press, 2000.
73. Kagan J. Galen's prophecy: temperament in human nature. New York: Basic Books, 1994.
74. Eisenberg L. The social construction of the human brain. *Am J Psychiatry* 1995;152:1563-75.

75. Meaney MJ, Szyf M. Environmental programming of stress responses through DNA methylation: life at the interface between a dynamic environment and a fixed genome. *Dialogues Clin Neurosci* 2005; 7:103-23.

76. Kandel ER. Biology and the future of psychoanalysis: a new intellectual framework for psychiatry revisited. *Am J Psychiatry* 1999; 156:505-24.

77. Nowakowski R, Bates NL. CNS development: an overview. *Dev Psychopathol* 1999; 11:395-417.

78. Zeanah CH, Nelson CA, Fox NA et al. Designing research to study the effects of institutionalization on brain and behavioral development: the Bucharest early intervention project. *Dev Psychopathol* 2003;15:885-907.

79. Cicchetti D, Curtis WJ. The developing brain and neural plasticity: implications for normality, psychopathology, and resilience. In: Cicchetti D, Cohen D (eds). *Developmental psychopathology*, Vol. 2. New York: Wiley, 2006:1-64.

80. Toth SL, Manly JT, Nilsen W. From research to practice

## **FORUM - PHYSIOPATHOLOGIE DE LA DEPRESSION: EXISTE-T-IL DES DONNÉES PROBANTES QUI SOIENT PERTINENTES POUR LES CLINIENS?**

**GREGOR HASLER**

Hôpital Psychiatrique Universitaire, Université de Berne, Bolligenstrasse 111, 3000 Berne 60, Suisse

En raison de l'hétérogénéité clinique et étiologique des troubles dépressifs majeurs, sa physiopathologie reste difficile à élucider. Les théories neurobiologiques actuelles basées sur des fondements empiriques solides et ayant la plus haute pertinence clinique sont revues en tenant compte de leurs forces et leurs faiblesses. Les théories sélectionnées sont basées sur des études portant sur le stress psychosocial et les hormones du stress, les neurotransmetteurs tels que la sérotonine, la noradrénaline, la dopamine, le glutamate et le gamma-aminobutyrique (GABA), les circuits neuronaux, les facteurs neurotrophiques et les rythmes circadiens. L'état actuel des connaissances plaide contre une hypothèse unifiée de la dépression, du fait que toutes les théories de la dépression ne s'appliquent qu'à certains types de patients déprimés (en excluant d'autres) et que la physiopathologie dépressive peut varier considérablement selon l'évolution de la maladie. En conséquence, les traitements antidépresseurs, incluant approches psychologiques et biologiques, doivent s'adapter au patient et aux états pathologiques. Les hypothèses sur la dépression individuelle fondées sur les connaissances neurobiologiques sont discutées en fonction de leur intérêt pour les cliniciens dans leur pratique quotidienne et des chercheurs cliniciens pour le développement de nouvelles thérapies.

Mots clés: dépression, physiopathologie, génétique, stress, sérotonine, noradrénaline, dopamine, neuro-imagerie, glutamate, GABA

(*World Psychiatry* 2010; 9:155-161)

## **COMMENTAIRES DES DISCUTANTS**

Traduire les progrès de la recherche sur la dépression pour la clinique: Une avancée progressive sur un long parcours

**W.C. Drevets**

L'approche biologique dans les recherches sur la dépression: Commentaires d'un clinicien

**J. Angst**

Psychiatrie biologique: Encore un pas en avant dans l'impasse

**H.M. Van Praag**

La grande course du surplace

**G. Parker**

Une réponse positive ou négative

**R. H. Belmaker**

Pléomorphisme clinique de la dépression majeure comme défi dans l'étude de sa physiopathologie

**J.J. Mann**

## **RAPPORT DE RECHERCHE**

### **REDUIRE L'ECART DANS LE TRAITEMENT DES TROUBLES MENTAUX: UNE ENQUETE DE LA WPA**

Vikram Patel<sup>1</sup>, Mario Maj<sup>2</sup>, Alan J. Flisher<sup>3</sup>, Mary J. De Silva<sup>1</sup>, Mirja Koschorke<sup>1</sup>, Martin Prince<sup>4</sup> et représentants WPA Société de zone et membres

<sup>1</sup>London School of Hygiene and Tropical Medicine, Londres, Royaume-Uni; <sup>2</sup>Département de psychiatrie, Université de Naples SUN., Naples, Italie; <sup>3</sup> Département de psychiatrie et de santé mentale, Université du Cap, Rondebosch 7700, Le Cap, Afrique du Sud; <sup>4</sup>Institut de Psychiatrie du King 's College London, Royaume Uni

L'écart de traitement des personnes souffrant de troubles mentaux dépasse de 50% dans tous les pays du monde, approchant le taux étonnamment élevé de 90% dans les pays disposant de moins de ressources. Nous rapportons les résultats de la première enquête systématique menée auprès d'experts en psychiatrie dans environ 60 pays à propos de stratégies visant à réduire l'écart de traitement. Dans ce document, nous avons cherché à connaître l'opinion de ces représentants sur les rôles que jouent les différents acteurs et institutions sanitaires dans l'offre de soins de santé mentale et sur l'importance d'une gamme de stratégies visant à accroître la couverture des traitements validés comme troubles mentaux prioritaires pour chaque étape de la vie (enfance, adolescence, âge adulte et vieillesse). Nos résultats indiquent clairement trois stratégies pour réduire

l'écart de traitement: l'augmentation du nombre de psychiatres et d'autres professionnels de la santé mentale, l'accroissement de la participation d'un éventail de non-spécialistes de formation appropriée, et la participation active des personnes souffrant de troubles mentaux. Ces trois points se sont avérés pertinents autant pour les pays à revenus élevés que pour les pays à revenus faibles ou intermédiaires, bien que ces aspects aient plus de poids dans les pays à revenus faibles ou intermédiaires. Nous considérons cette enquête comme une première étape cruciale pour déterminer la position des psychiatres, l'un des groupes d'intervenants les plus influents en matière de santé mentale dans le monde, afin de relever le défi mondial de l'augmentation proportionnelle des soins de santé mentale tout en réduisant l'écart de traitement.

Mots clés: troubles mentaux, écart de traitement, services de santé mentale, soins primaires, ressources humaines, couverture des soins, traitements validés (World Psychiatry 2010;9:169-176)

## **RAPPORT DE RECHERCHE**

### **LES MODES DE TRAITEMENT DE LA DEPRESSION CHEZ LES ANCIENNES COMBATTANTES SOUFFRANT DE MALADIES CARDIOVASCULAIRES OU DE DIABÈTE**

Usha Sambamoorthi<sup>1</sup>, <sup>2,3</sup>, Chan Shen<sup>4</sup>, Patricia Findley<sup>1</sup>, <sup>5</sup>, Susan Frayne<sup>6</sup>, Ranjana Banerjee<sup>7</sup>

<sup>1</sup>New Jersey Système d'Administration de Soins des Anciens Combattants, East Orange, New Jersey 07018; <sup>2</sup>Département des systèmes pharmaceutiques et politiques, Faculté de Pharmacie, West Virginia University, Morgantown, WV; <sup>3</sup> Département de santé communautaire et médecine préventive, École de médecine Morehouse, Atlanta, GA; <sup>4</sup>Département de Sciences Economiques, Université de Georgetown, Washington, DC; <sup>5</sup> Ecole de travailleurs sociaux, Université Rutgers, New Brunswick, NJ; <sup>6</sup>VA, Santé mentale de Palo Alto, Menlo Park, CA; <sup>7</sup> Département des Anciens Combattants, Washington, DC, USA

Cette étude a eu pour objet d'examiner les schémas de traitement de la dépression chez les anciennes combattantes diagnostiquées de maladies cardiovasculaires ou de diabète. Nous avons utilisé des données longitudinales du *Veteran Health Administration* (VHA) 2002-2003 et les fichiers de Medicare. Les tests du khi-2 et la régression logistique multinomiale ont été effectués afin d'analyser le traitement de la dépression chez les anciennes combattantes alliant l'incidence d'un épisode dépressif et l'une des conditions chroniques suivantes: diabète, maladie coronarienne ou hypertension.

Globalement, 77% ont reçu un traitement pour la dépression, 54% avec les antidépresseurs seuls, 4% avec la psychothérapie seule, et 19% avec les deux. La régression logistique multinomiale a révélé que les femmes afro-américaines étaient plus susceptibles d'être dans le groupe sans traitement et qu'en comparaison avec les femmes de type caucasien, ces dernières étaient plus à même de recevoir une psychothérapie seule plutôt qu'un traitement antidépresseur. Les femmes les plus âgées et les femmes atteintes de maladie coronarienne étaient moins susceptibles de recevoir un traitement.

Mots clés: dépression, femmes, maladies coronariennes, hypertension, diabète, antidépresseurs, psychothérapie (World Psychiatry 2010;9:177-182)

## **RAPPORT SYNTHETIQUE**

### **L'UTILISATION DES DIAGNOSTICS DE LA CIM-10 ENTRE 2001-2007 DANS LES SERVICES HOSPITALIERS DE SOINS PSYCHIATRIQUES DANOIS**

Povl Munk-Jørgensen<sup>1</sup>, Malene Najarraq Lund<sup>1</sup>, Aksel Bertelsen<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Unité de recherche en psychiatrie, Hôpital psychiatrique d'Aalborg, Mølleparkvej 10, CP 210, 9100 Aalborg; <sup>2</sup> Centre pour la recherche en psychiatrie, Hôpital universitaire d'Aarhus, 8240 Risskov, Danemark

La version danoise du chapitre sur les troubles mentaux et comportementaux de la CIM-10 comporte 380 diagnostics différents lorsque trois chiffres sont utilisés. Sur la base du total de diagnostic signalés au registre central de la recherche psychiatrique au Danemark (n = 1260097), cette étude examine combien et comment les diagnostic disponibles ont été utilisés dans les services psychiatriques danois entre 2001 et 2007. Le 50e percentile (50,1%) a été atteint en utilisant 16 diagnostics (4,2% des 380 disponibles). Les trois diagnostics les plus fréquemment enregistrés sont la schizophrénie paranoïde, la dépendance à l'alcool et les troubles d'adaptation, utilisés respectivement 10,2%, 8,3% et 5,9% du temps. Sept diagnostics (1,8%) ont été utilisés entre 1 et 4 fois durant une période de sept ans. Cent neuf (soit 28,7% des diagnostics disponibles) ont été utilisés moins de 100 fois chacun. Ces données suggèrent qu'il peut s'avérer judicieux de reconsidérer le nombre de diagnostics nécessaires dans la révision du chapitre de la CIM-10 sur les troubles mentaux et comportementaux.

Mots clés: diagnostic psychiatrique, CIM-10, services hospitaliers danois

(World Psychiatry 2010;9:183-184)

## **RAPPORT SUR LA POLITIQUE DE SANTÉ MENTALE**

### **Quelques leçons tirées du développement des soins communautaires de santé mentale en Afrique**

Charlotte Hanlon, Dawit WonDimagegn, Atalay Alem

Département de Psychiatrie, Faculté de Médecine, Université d'Addis Abeba, Addis Abeba, Ethiopie

Cet article résume les résultats du projet «Étapes, obstacles, et erreurs à éviter dans la mise en place de soins communautaires en santé mentale» réalisé par le groupe de travail de la section Afrique de la WPA. Nous présentons un aperçu des politiques, des plans, et des programmes en santé mentale dans la région Afrique; un résumé de la recherche et des études menées sur le sujet; une évaluation critique des composantes des services communautaires en santé mentale; une discussion des défis majeurs, des obstacles et des leçons tirées, ainsi que quelques recommandations sur le développement des soins communautaires de santé mentale en Afrique.

(World Psychiatry 2010;9:185-189)

Cet article fait partie d'une série de recherches sur le développement des soins de santé mentale communautaires à travers le monde. En 2008, l'assemblée générale de la WPA approuvait le plan d'action de l'association à l'occasion de la présidence triennale du Pr Mario Maj (1,2), qui avait commissionné un atelier de travail afin d'articuler les recommandations de la WPA sur les étapes, les obstacles, et les erreurs à éviter dans la mise en place des soins de santé mentale communautaires. L'objectif, les méthodes, et les principaux résultats produits par cet atelier de travail ont récemment été publiés (3). Dans cet article, nous décrivons ces problématiques en relation avec l'Afrique.

A l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), la région Afrique comprend 46 pays, dont 30 sont classés comme pays à faibles revenus. La prévalence des troubles mentaux semble être au moins aussi importante que dans les pays à hauts revenus, avec un

taux de prévalence sur le cours d'une vie estimé à 30.3% (4). La santé mentale s'efforce de trouver une place parmi d'autres priorités incontournables de santé publique alors qu'elle a pourtant prouvé son importance dans la réalisation des objectifs de développement du Millenium (5). Cependant, le financement des soins de santé mentale dans la région Afrique reste disproportionnellement bas par rapport au fardeau des troubles mentaux qui lui sont associés (6). D'autres obstacles viennent entraver le développement des soins de santé mentale en Afrique, comme l'impact des conflits, les désastres naturels et la fuite des cerveaux parmi les professionnels de la santé mentale exerçant dans les services gouvernementaux (7).

Dans cet article, nous passons en revue la mise en place des soins de santé mentale communautaires dans les pays africains, en soulignant particulièrement

les évaluations publiées et l'expérience des experts au sein de cette région.

## **POLITIQUES DE SANTÉ MENTALE, PROJETS ET PROGRAMMES DANS LA RÉGION AFRIQUE**

Au moment de la publication de l'Atlas de la Santé Mentale de l'OMS (8), seuls 23 pays proposaient une politique de santé mentale dans la région Afrique, six autres pays étant en passe de le faire. Neuf pays disposaient d'un programme de santé mentale à défaut d'une politique. Vingt-cinq pays avaient une législation sur la santé mentale, la majorité d'entre elles n'ayant pas bénéficié de mises à jour récentes. Seuls 56,5% des pays africains ont proclamé avoir des soins de santé mentale communautaires.

Bien que de nombreuses politiques encouragent la décentralisation des services de santé mentale et le développement de services à orientation communautaire, leur mise en place effective a soulevé des défis majeurs sur tout le continent africain (9-11). Pour la plupart des pays africains à faibles revenus, la possibilité d'offrir à la population des soins de santé mentale adéquats de quelque nature qu'ils soient, est restée un problème, débouchant sur des inégalités de traitement importantes, même pour les troubles mentaux les plus graves (6).

## **RÉSUMÉ DES RECHERCHES PERTINENTES AU SEIN DE LA RÉGION AFRIQUE**

**Table 1 : Synthèse des études évaluant la qualité des soins de santé mentale dans les lieux de santé primaire en Afrique sub-saharienne**

---

### **Critère évalué : Résultats**

---

Diagnostic : Fiabilité du diagnostic 76%, précision 98% (Guinée-Bissau) (13); diagnostic non enregistré dans 44% des cas (Afrique du Sud) (14); faible sensibilisation aux troubles non-psychotiques de la maladie mentale (Afrique du Sud) (15)

Parcours psychiatrique : Jugé adéquat dans 89% des cas (Afrique du Sud) (16)

Traitement : Prescription inappropriée dans 8% des cas pour les traitements d'urgence (Afrique du Sud) (16); polymédication dans 88% des cas (Afrique du Sud) (14); seulement 10% des infirmiers sont capables de proposer des changements (Afrique du Sud) (14); approvisionnement irrégulier en médicaments au Ghana, au Kenya, en Tanzanie, et en Ouganda (18)

Thérapies psychosociales : Après une brève formation aux techniques de réadaptation, une fidélité au cadre est maintenue après 18 mois (Afrique du Sud) (19); disponibilité limitée de thérapies dans les pratiques thérapeutiques courantes (15,20)

Continuité des soins : 15 à 18 % échappent au suivi (Afrique du Sud) (17) ; 36% ne sont pas revus dans les six mois (Afrique du Sud) (14)

Ressources en personnel: Taux de rotation élevé (Afrique du Sud, Guinée Bissau, Tanzanie) (13, 15, 18)

Supervision : Lien avec les services spécialisés jugé essentiel (Guinée Bissau) (13)

---

Nous avons entrepris une revue systématique des publications et de la littérature «grise» afin d'identifier les études évaluant la mise en place des soins de santé mentale communautaires en Afrique. Nous en avons exposé la méthodologie (3). Dans cette article, seules les études menées entre 1995 et 2009 ont été retenues, puisque les études précédentes avaient déjà été passées en revue (12).

Au total, nous avons identifié 24 évaluations de services de santé mentale communautaires. Nous en avons synthétisé les résultats, que nous présentons dans les Tables 1-3. Nous avons également identifié deux bilans de données et d'expériences provenant de la mise en place de soins de santé mentale communautaires en Afrique du Sud (34,35).

La vaste majorité des recherches publiées sur les services de santé mentale en Afrique sub-saharienne ont été menées en Afrique du Sud (n=17; 70,8%), un pays à revenus modérés-élevés. Il y a un manque flagrant de littérature évaluant la mise en place des soins de santé mentale dans les pays d'Afrique sub-saharienne à revenus déficients. Seule une minorité d'études (n=5; 20,8%) incluent un élément comparatif à leur évaluation, soit en comparant une intervention sur des périodes distinctes, soit en faisant référence à un autre modèle de service. Aucune étude n'a utilisé la randomisation.

**Table 2 : Synthèses des études évaluant le point de vue des professionnels et des usagers/des proches sur les soins de santé mentale prodigués dans les institutions de santé primaire en Afrique sub-Saharienne**

---

**Composante évaluée : Résultats**

---

*Point de vue des professionnels de soins en santé primaire*

Formation en soins de santé mentale : Inadéquate (15,21,22)

Attitude envers ce nouveau rôle: Augmentation du stress chez 50% des personnes interrogées (Afrique du Sud) (21) ; 84% sont d'avis que cette responsabilité devrait rester à la charge des spécialistes (Afrique du Sud) (21) ; soutien fortement apprécié (Afrique du Sud) (23) ; attitude négative persistante envers ce nouveau rôle (Afrique du Sud) (23)

Mise en place : 62% étaient d'avis que les services manquent de personnel (Afrique du Sud) (23) ; 79% étaient d'avis que les services se restreignent à la prescription de médicament (Afrique du Sud) (21) ; comprennent le besoin de soins psycho-sociaux mais se sentent contraints dans la pratique quotidienne (Afrique du Sud) (24) ; services sociaux limités (Afrique du Sud) (23)

*Point de vue des patients*

Satisfaction par rapport au soin : La majorité (>90%) sont satisfaits mais plus de 50% des patients noirs préfèrent les soins hospitaliers de long séjour (Afrique du Sud) (25) ; accessibilité satisfaisante, moins stigmatisant lorsqu'intégré aux soins généraux (Afrique du Sud) (23) ; taux de satisfaction élevé de manière générale par rapport aux soins (Ouganda) (23) ; manque d'attention à la santé physique lorsque le centre de santé mentale est séparé, mais attente plus longue, moins de continuité dans les soins, qualité inférieure lorsqu'intégré aux soins généraux (Afrique du Sud) (23)

Symptômes : Réduction rapportée par les patients/les proches après intervention (Guinée Bissau) (13)

Fonctionnement : Capacités professionnelles/de réinsertion améliorées suite aux soins de réadaptation (Afrique du Sud) (19)

*Point de vue des proches*

Expérience des soins à apporter : Majorité satisfaite mais une proportion élevée préfère l'hospitalisation de jour/à long terme (Afrique du Sud) (25)

Satisfaction par rapport aux soins prodigués : Satisfaction générale élevée (Afrique du Sud) (22) ; manque de continuité et longs délais d'attente (Afrique du Sud) (22) ; besoin de davantage de soutien (26)

---

Les études relevées ont pris en considération différents modèles de soins de santé mentale communautaires, des équipes mobiles dynamiques et spécialisées aux différentes formes d'intégration des soins de santé mentale dans les soins de santé primaire, comme par exemple, l'association des activités entre professionnels des soins de santé primaire et infirmiers en santé mentale, le travail des infirmiers en santé mentale dans les lieux de santé primaire, et les professionnels des soins de santé primaire assurant la majorité des soins de santé mentale, avec des degrés variés de soutien spécialisé en santé mentale. Il existe peu de données sur les mérites relatifs de ces différentes approches, étant donné que les comparaisons directes en terme d'efficacité sont rares (23).

Souvent, le thème des études porte sur la qualité des soins de santé mentale fournis par le secteur de la santé primaire, et il porte sur les compétences, le savoir, et les attitudes des professionnels de la santé primaire par rapport au diagnostic et à la gestion des troubles mentaux. Les études conduites jusqu'alors sur l'efficacité de la formation des professionnels de la santé primaire aux soins de santé mentale ont été critiquées pour s'appuyer uniquement sur l'auto-évaluation de ces professionnels (sujette à un biais de désirabilité sociale) et pour ne pas avoir mesuré la durabilité des effets de la formation (12). En examinant les cas enregistrés par les professionnels de la santé primaire (17), la subjectivité des évaluations peut être en partie compensée, même si les pratiques documentées ne sont pas toujours fidèles à la réalité

des pratiques cliniques. Certaines études incorporant des méthodes d'observation ont fourni des indications importantes (20, 24), en révélant par exemple que la charge émotionnelle d'avoir à s'occuper de patients atteints de troubles mentaux peut pousser les professionnels de la santé primaire à opérer dans un cadre biomédical orienté sur les tâches à accomplir, plutôt que sur un modèle holistique de prise en charge tel qu'on l'envisage dans les soins de santé primaire (24).

Bien que plusieurs études aient inclus des évaluations de niveau de satisfaction des services tels qu'ils sont exprimés par les patients et leurs familles (ex. 22), et qu'une étude a prise en compte les résultats des soins pour les patients sur le plan social (17), nous n'avons trouvé aucune étude évaluant les résultats cliniques des soins pour les patients s'appuyant sur les diagnostics standard ou les échelles de symptômes, ou s'intéressant au vécu des effets secondaires des médicaments par les patients ou à des paramètres de santé physique.

---

**Table 3 : Synthèse des études évaluant les services spécialistes de santé mentale communautaires et les interfaces de service**

---

**Composantes évaluées : Résultats**

---

*Services spécialistes de santé mentale communautaire*

Prescription de médicaments : Poly-médicaments inutiles dans 9% des cas (Afrique du Sud) (28) ; prescription inadaptée au diagnostic dans 12 à 17% des cas (Afrique du Sud) (28)

Interventions psychosociales : Ressources disponibles minimales (Afrique du Sud) (15, 20)

Orientation pour rechutes fréquentes: Rares (Afrique du Sud) (28) 43 à 46% de cas perdus dans le suivi (Afrique du Sud) (28) ; suivi principalement en milieu clinique (Botswana) (26)

Suivi : 43 à 46% perdues dans le suivi (Afrique du Sud) (28) ; suivi principalement en milieu clinique (Botswana) (26)

**Services fournis : Soins focalisés sur les prescriptions chez les infirmiers psychiatriques (Afrique du Sud) (29) ; approche essentiellement biomédicale adoptée par les infirmiers psychiatriques (Botswana) (26) ; ressources disponibles minimales pour les actions de préventions, de promotion des soins, et de formation (Afrique du Sud) (15) ; seulement 8 à 10 minutes accordées pour l'évaluation/le bilan (Afrique du Sud) (29)**

Ressources en personnel : Professionnels de santé mentale de district redirigés vers les soins de santé générale (Afrique du Sud) (15)

*Interfaces de service*

Durabilité : Difficulté à pérenniser les actions (ex. Ghana) (18)

Rapport coûts-bénéfices des services : Bénéfices démontrés en Guinée-Bissau (13)

Orientations communautaires : Manque de coopération de la part des professionnels de soins primaires ; rôle ambigu des travailleurs communautaires (Afrique du Sud) (30) ; action des volontaires communautaires non renouvelée si non rémunérée (Ouganda) (18) ; impacts des campagnes de sensibilisation communautaire sur la fréquentation des services? (Nigéria, Ouganda) (23, 31)

Orientations extérieures: Orientations croissantes vers les services régionaux plutôt que nationaux (Ouganda) (23)

Assistance : Mesures dynamiques de prévention en post-admission qui réduisent la durée de réadmission pour les patients récurrents (33) ; l'implication des usagers des services permet de réduire les taux de défaillance (Uganda) (18)

---

Seul un échantillon réduit d'études a tenté d'évaluer les processus de service individuel nécessaires pour réussir la mise en place de soins de santé mentale communautaire, en prenant en compte l'efficacité des réseaux d'orientation par exemple. Nous n'avons identifié aucune étude analysant la qualité et la quantité des supervisions requises pour permettre une offre de soins de santé mentale adéquate par les professionnels de santé primaire, malgré l'importance reconnue de la supervision pour une intégration réussie des soins de santé mentale dans les soins de santé primaire (12). L'observation du fait que même les infirmiers de santé mentale semblent réticents à revoir leurs diagnostics, à changer les protocoles médicamenteux et à mettre un terme rapide au suivi sans hésiter au suivi des patients (27) souligne l'importance à évaluer les régimes de supervision.

Les études évaluant l'efficacité des interventions psychosociales mises en œuvre dans les limites du cadre des soins de santé primaire sont inexistantes, à l'exception d'une étude non-randomisée sur l'incorporation de techniques de réadaptation psychosociale aux fonctions des infirmiers de santé primaire pour les individus atteints de troubles mentaux sévères (19). Dans les recherches à venir, il serait crucial de pouvoir déterminer si des interventions ponctuelles semblables sont faisables ou efficaces dans le cadre des soins de santé primaire, ou si les professionnels de santé primaire peuvent collaborer avec les organisations non-gouvernementales (ONG) et les organisations communautaires pour mettre en place ce type d'intervention.

#### **ÉVALUATION CRITIQUE DES COMPOSANTES DES SERVICES DE SANTÉ MENTALE COMMUNAUTAIRE**

Les interprétations varient d'un pays à l'autre quant à la signification du soin communautaire. Dans les pays à revenus faibles de la région Afrique, la définition de la santé mentale communautaire fait principalement référence à l'offre de soins de santé mentale par les professionnels de la santé primaire, les spécialistes de la santé mentale (souvent les psychiatres et les infirmiers en psychiatrie) ayant souvent tendance à exercer dans les unités de soins ambulatoires des hôpitaux. En dépit des recommandations de l'OMS et d'autres organismes (23), rares sont les exemples de professionnels spécialistes de la santé mentale sollicités pour soutenir les soins de santé mentale dans le cadre de la santé primaire, en coordonnant et en planifiant des soins de santé mentale à l'échelle locale, de la supervision, de la formation continue, des consultations pour les cas complexes, des activités de prévention et de promotion.

Bien que le bénéfice attendu des services de santé mentale communautaire soit une approche plus holistique du soin, notamment lorsque ces derniers s'intègrent aux services de santé primaire, cette attente n'est pas nécessairement corrélée par les études (27, 29). Il est vraisemblable que la pression du temps, un modèle de soin solidement ancré dans l'approche biomédicale, et des ressources limitant le financement d'interventions non-médicalisées réduisent l'offre de soins de santé mentale à la prescription et l'administration de médicaments (24).

Sans la sensibilisation et l'engagement de la communauté, il sera difficile d'identifier les patients non traités et de déployer les soins de santé mentale. De même, sans la mise en place de stratégies ciblant les patients qui échappent aux soins, il est probable que les soins de santé primaire n'aient pas la flexibilité suffisante pour répondre aux besoins spécifiques des patients atteints de troubles mentaux. Etant donné que les professionnels spécialistes de santé mentale tendent à exercer aux niveaux régional et local du système de soins dans la plupart des pays africains, leur capacité à mettre en place des services d'intervention externes de proximité adaptés est limitée. Afin de surmonter ce problème, un certain nombre de pays se sont appuyés sur des volontaires communautaires formés (18, 30), tout en soulignant qu'il est difficile de maintenir leur niveau de motivation et de faire perdurer le système lorsque les travailleurs ne sont pas rémunérés (34). L'engagement de groupes d'utilisateurs des services destiné à soutenir les services de sensibilisation communautaire a été mis en place avec succès (18).

Le rôle potentiel des guérisseurs traditionnels et des leaders religieux dans la prestation de soins communautaires est très débattu (36, 37), mais sans grande évidence pratique. Un exemple de guérisseurs traditionnels proposant des services d'écoute en coordination avec un service de santé mentale communautaire a été reporté, mais sans rapport de résultats (18).

La contribution potentielle des groupes de soutien, composés des usagers et de leurs proches, dans l'amélioration des résultats cliniques et de l'insertion sociale, de même que dans le lobbying pour l'amélioration des services, a été décrite mais n'a pas été évaluée de façon formelle (38, 39).

Une étude réalisée par des experts régionaux sur leur expérience de la mise en place des soins de santé mentale communautaire est venue compléter notre revue systématique de la littérature (3). Les tables 4 et 5 résument les défis et les leçons retenues.

## RECOMMANDATIONS POUR LA RÉGION AFRIQUE

Le nouvel élan donné à l'extension des services de santé mentale à travers les pays à revenus faibles et modérés (40, 41) doit encore faire ses preuves et démontrer l'efficacité de ces services en Afrique par le biais d'études évaluatives. Ceci étant, les décennies d'expériences en la matière initialement mises en œuvre par l'OMS (42) et les données existantes offrent une base à partir de laquelle il est possible de mettre en place des modèles de santé mentale communautaire partout en Afrique. Une fois les acteurs concernés engagés et la volonté politique présente, les messages basés sur les preuves et les expériences disponibles à ce jour sont clairs et soutiennent l'importance de :

- Renforcer les services spécialisés en santé mentale tout en intégrant la santé mentale aux soins de santé primaire.
- Augmenter la qualité et la durabilité des soins de santé mentale dans les soins primaires par le biais d'une supervision adéquate, de la formation continue et de réseaux d'orientation fiables.
- Développer des mécanismes solides pour assurer des approvisionnements fiables en psychotropes.
- Soutenir les interventions psychosociales simples et faisables afin d'améliorer les approches médicamenteuses délivrées dans un contexte de soins primaires contraint par la pression du temps.
- Les recherches d'évaluation qui considèrent :
  - a. L'effet des interfaces entre services primaires et secondaires de santé sur l'offre de soins de santé mentale.
  - b. L'évaluation standardisée et systématique des résultats cliniques et sociaux chez les patients.
  - c. Les modèles de service innovateurs, y compris les collaborations avec les guérisseurs traditionnels et leaders religieux.
  - d. La rentabilité relative des modèles de soins communautaires différents.

**Table 4 : Défis rencontrés dans la mise en place de soins de santé mentale communautaire en Afrique**

---

- Des priorités divergentes
  - Une baisse de l'engagement de la communauté
  - La non-durabilité de l'appui sur les volontaires de la communauté
  - Le manque de financement
  - La rareté de professionnels de santé mentale
  - Des attitudes négatives envers la santé mentale
  - Une inquiétude sur les compétences du personnel et la qualité des soins
  - Une difficulté à maintenir la formation continue
  - Un approvisionnement en psychotropes irrégulier
  - Un manque de collaborations pluri-professionnelles, y compris avec les guérisseurs traditionnels
  - Un besoin et une demande accrue pour les services
- 

**Table 5 Leçons retenues dans la mise en place de soins de santé mentale en Afrique**

---

- Les choses sont possibles
  - Besoin de patience, persévérance, et détermination
  - La durabilité repose sur une bonne exploitation des systèmes existants
  - L'engagement du gouvernement, l'existence d'une politique et d'un cadre législatif sur la santé mentale sont des éléments cruciaux
  - Le soutien international peut faire avancer les choses
  - Besoin de dévouer du temps pour identifier et cultiver des alliances pour un soutien
  - Assurer une collaboration entre les acteurs clés
  - Un coordinateur de santé mentale à l'échelle locale est nécessaire
  - La supervision des professionnels de santé primaire est indispensable
  - Importance d'une bonne planification
  - Besoin d'intégrer l'évaluation et le suivi
  - La marginalisation de la santé mentale peut entraver la progression
-

## Remerciements

Les auteurs souhaitent exprimer leur reconnaissance à E. Barley pour sa participation à la réalisation de cette revue systématique. Nous remercions également le soutien de CMB pour la traduction du questionnaire en français.

## Références

1. Maj M. The WPA Action Plan 2008-2011. *World Psychiatry* 2008; 7:129-30.
2. Maj M. The WPA Action Plan is in progress. *World Psychiatry* 2009; 8:65-6.
3. Thornicroft G, Alem A, Dos Santos RA et al. WPA guidance on steps, obstacles and mistakes to avoid in the implementation of community mental health care. *World Psychiatry* 2010;9:67-77.
4. Herman AA, Stein DJ, Seedat S et al. The South African Stress and Health (SASH) study: 12-month and lifetime prevalence of common mental disorders. *S Afr Med J* 2009;99:339-44.
5. Prince M, Patel V, Saxena S et al. No health without mental health. *Lancet* 2007;370:859-77.
6. Saxena S, Thornicroft G, Knapp M et al. Resources for mental health: scarcity, inequity, and inefficiency. *Lancet* 2007;370:878-89.
7. Saraceno B, van Ommeren M, Batniji R et al. Barriers to improvement of mental health services in low-income and middle-income countries. *Lancet* 2007;370:1174.
8. World Health Organization. *Mental health atlas*. Geneva: World Health Organization, 2005.
9. Kigozi F. Integrating mental health into primary health care – Uganda's experience. *Afr J Psychiatry* 2007;10:17-9.
10. Alem A, Jacobsson L, Hanlon C. Community-based mental health care in Africa: mental health workers' views. *World Psychiatry* 2008;7:54-7.
11. Ndeti DM. Early intervention in psychosis: concepts, evidence and perspectives. *World Psychiatry* 2008;7:164-5.
12. Cohen A. The effectiveness of mental health services in primary care: the view from the developing world. Geneva: World Health Organization, 2001.
13. de Jong TVM. A comprehensive public mental health programme in Guinea-Bissau: a useful model for African, Asian and Latin American countries. *Psychol Med* 1996;26:97-108.
14. Couper I, Wright A, van Deventer C et al. Evaluation of primary mental health care in North West province. Final report. Johannesburg: University of Witwatersrand, 2006.
15. Petersen I, Bhana A, Campbell-Hall V et al. Planning for district mental health services in South Africa: a situational analysis of a rural district site. *Health, Policy and Planning* 2009;24:140-50.
16. Sokhela NE. The integration of comprehensive psychiatric/mental health care into the primary health system: diagnosis and treatment. *J Adv Nurs* 1999;30:229-37.
17. Lee T, Freeman M, Vivian W. Evaluation of mental health services in the free state. Part I. Quality of outpatient care. *S Afr Med J* 1999; 89:302-5.
18. BasicNeeds. *Community mental health practice. Seven essential features for scaling up in low- and middle-income countries*. Bangalore: BasicNeeds, 2009.
19. Sokhela NE, Uys LR. The integration of the rehabilitation of psychiatric patients into the primary health care system. *Curationis* 1998;21:8-13.
20. Uys LR. The evaluation of public psychiatric services in three provinces of South Africa. *S Afr Med J* 2000;90:626-30.
21. Lee T, Freeman M, Vivian W. Evaluation of mental health services in the Free State. Part II. Training, attitudes and practices of generalist and psychiatric nurses. *S Afr Med J* 1999;89:306-10.
22. van Deventer C, Couper I, Wright A et al. Evaluation of primary mental health care in North West province – a qualitative view. *S Afr J Psychiatry* 2008;14:52-62.
23. World Health Organization and World Organization of Family Doctors. *Integrating mental health into primary care. A global perspective*. Geneva: World Health Organization and World Organization of Family Doctors, 2008.
24. Petersen I. Comprehensive integrated primary mental health care for South Africa. Pipedream or possibility? *Soc Sci Med* 2000;51: 321-34.
25. Freeman M, Lee T, Vivian W. Evaluation of mental health services in the Free State. Part III. Social outcome and patient perceptions. *S Afr Med J* 1999;89:311-5.
26. Freeman M, Lee T, Vivian W. Evaluation of mental health services in the Free State. Part IV. Family burden and perspectives. *S Afr Med J* 1999;89:316-8.
27. Kgositintsi A. The role of the community mental health nurse in Botswana: the needs and problems of carers of schizophrenic clients in the community. *Curationis* 1996;19:38-42.
28. Lee T, Prince M, Allwood CW. The outpatient care of psychiatric patients in a rural area: Mhala district, Northern Transvaal. *S Afr Med J* 1995;85:571-7.
29. Moosa MYH, Jeenah FY. Community psychiatry: an audit of the services in southern Gauteng. *S Afr J Psychiatry* 2008;14:36-43.
30. Petersen I, Pillay YG. Facilitating community mental health care in South Africa – the role of community health workers in the referral system. *S Afr Med J* 1997;87:1621-6.
31. Eaton J, Agomoh AO. Developing mental health services in Nigeria. The impact of a community-based mental health awareness programme. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2008;43:552-8.
32. Richards DA, Bradshaw TJ, Mairs H et al. Can community volunteers work to trace patients defaulting from scheduled psychiatric clinic appointments? *S Afr Med J* 2007;97:946-7.
33. Botha U, Koen L, Oosthuizen P et al. Assertive community treatment in the South African context. *Afr J Psychiatry* 2008;11:272-5.
34. Thom R. *Mental health services research review final report*. Durban: Health Systems Trust, 2003.
35. Mkhize N, Kometsi M. Community access to mental health services: lessons and recommendations. *S Afr Health Res J* 2008;11:103-13.
36. Meissner O. The traditional healer as part of the primary health care team? *S Afr Med J* 2004;94:901-2.
37. Robertson BA. Does the evidence support collaboration between psychiatry and traditional healers? Findings from three South African studies. *S Afr Psychiatry Rev* 2006;9:87-90.

38. Makhale MS, Uys LR. An analysis of support groups for the mentally ill as a psychiatric intervention strategy in South Africa. *Curationis* 1997;20:44-9.
39. Adiibokah E. Factors associated with successful establishment of independent mental health self-help groups in West Africa. Presented at the WPA Regional Meeting "Scaling up and reaching down – addressing unmet need for services", Abuja, October 2009.
40. Lancet Global Mental Health Group. Scale up services for mental disorders: a call for action. *Lancet* 2007;370:1241-52.
41. World Health Organization. mhGAP: Mental Health Gap Action Programme: scaling up care for mental, neurological, and substance use disorders. Geneva: World Health Organization, 2008.
42. Sartorius N, Harding TW. The WHO collaborative study on strategies for extending mental health care, I: the genesis of the study. *Am J Psychiatry* 1983;140:1470-3.

## **ACTUALITÉS DE LA WPA**

La mise en œuvre du Plan d'action 2008-2011 de la WPA

Mon expérience en Haïti: Un bref rapport

K. Ravenscroft