



HAL
open science

Réduction de la stigmatisation de la schizophrénie dans les pratiques en santé mentale

Kévin-Marc Valery

► **To cite this version:**

Kévin-Marc Valery. Réduction de la stigmatisation de la schizophrénie dans les pratiques en santé mentale. Psychologie. Université de Bordeaux, 2021. Français. NNT : 2021BORD0324 . tel-03564693

HAL Id: tel-03564693

<https://theses.hal.science/tel-03564693v1>

Submitted on 10 Feb 2022

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

THÈSE PRÉSENTÉE
POUR OBTENIR LE GRADE DE
DOCTEUR DE
L'UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

ÉCOLE DOCTORALE Sociétés, Politique, Santé Publique (SP2)

SPÉCIALITÉ Psychologie

Par Kévin-Marc VALERY

**Réduction de la stigmatisation de la schizophrénie dans
les pratiques en santé mentale**

Sous la direction du Professeure Antoinette PROUTEAU

Soutenue publiquement le 8 décembre 2021

Membres du jury

Mme Stéphanie DEMOULIN	Professeure, Université Catholique de Louvain	Pré-rapporteuse
M. Nicolas FRANCK	Professeur, Université de Lyon	Examineur
Mme. Tania LECOMTE	Professeure, Université de Montréal	Présidente
Mme Katia M'BAILARA	MCU-HDR, Université de Bordeaux	Examinatrice
M. Alexandre PASCUAL	MCU-HDR, Université de Bordeaux	Examineur
Mme Antoinette PROUTEAU	Professeure, Université de Bordeaux	Directrice de thèse
M. Luc VIGNEAULT	Pair-Aidant, Université de Laval	Invité

Réduction de la stigmatisation de la schizophrénie dans les pratiques en santé mentale

Résumé : Infantilisation, manque de coopération au parcours de soin, pessimisme concernant le rétablissement ou encore pratiques violentes : les pratiques en santé mentale sont identifiées comme une source importante de stigmatisation selon les personnes qui ont un diagnostic de schizophrénie et leurs familles. Si la recherche internationale s'intéresse depuis plus de 20 ans à cette question, aucune recherche en France n'était venue interroger le potentiel stigmatisant des pratiques des professionnels de santé mentale. C'est pour répondre au besoin d'amélioration des pratiques que s'est construit le programme de recherche **STIGMA^{pro}**, cadre du travail doctoral présenté.

L'objectif de **STIGMA^{pro}** est de créer une intervention visant à réduire la stigmatisation de la schizophrénie dans les pratiques en santé mentale. Pour atteindre ce but, une première étape de recherche fondamentale s'est centrée sur l'examen approfondi de cette stigmatisation. De multiples enquêtes ont eu pour but de décrire précisément la stigmatisation dans les pratiques professionnelles et les facteurs associés. Tout d'abord, une enquête auprès des usagers et des familles d'usagers ayant un diagnostic de schizophrénie a recensé 15 situations concrètes de stigmatisation dans les soins de santé mentale. Ces situations devenaient des cibles pour les interventions anti-stigma. Ensuite, le point de vue des professionnels de santé mentale fut également investigué. Une revue systématique de la littérature a d'abord permis de résumer les résultats de la littérature internationale sur les spécificités de la stigmatisation de la schizophrénie chez les professionnels et les facteurs associés. Ces facteurs associés ont ensuite fait l'objet de deux enquêtes chez les soignants français, l'objectif étant de mettre en évidence les variables associées à moins de stigmatisation et donc les plus pertinentes pour une intervention souhaitant réduire cette stigmatisation dans les pratiques de santé mentale. Enfin, une étude contrôlée randomisée fut conduite avec l'objectif de tester l'efficacité de certaines de ces variables pour réduire les stéréotypes, préjugés et discriminations de la schizophrénie.

Ainsi, les variables les plus pertinentes, révélées par cette étape de recherche fondamentale, ont été importées dans l'intervention **STIGMA^{pro}** : sentiment d'utilité professionnelle, pratiques orientées-rétablissement, similitudes perçues ou encore approche du continuum. Ce travail doctoral présente les bases de cette intervention.

Mots-clés : Schizophrénie, Stigmatisation, Professionnels de santé mentale

Unité de recherche

[Laboratoire de Psychologie EA 4139 - 3^{ter}, place de la Victoire - 33 000 BORDEAUX]

Reducing the schizophrenia stigma in mental health practices

Abstract: Infantilization, lack of cooperation in the health care pathway, pessimism about recovery or violent practices: mental health practices are identified as a one of the major sources of stigmatization by persons diagnosed with schizophrenia and their families. While international research has been addressing this issue for more than 20 years, no research in France has examined the stigmatizing potential of mental health professionals' practices. The **STIGMA^{pro}** research program, framework of this doctoral research, has been created to respond to the need to improve practices.

The aim of **STIGMA^{pro}** is to create an intervention aiming at reducing the stigma of schizophrenia in mental health practices. To achieve this goal, a first stage of fundamental research focused on an in-depth examination of this stigma. Multiple surveys were conducted to accurately describe stigma in professional practices and associated factors. First, a survey of consumers and families of consumers with a schizophrenia diagnosis identified 15 concrete situations of stigmatization in mental health care. These situations became targets for anti-stigma interventions. Then, the perspective of mental health professionals has also been investigated. A systematic review first summed up the results of the international literature on the specificities of stigma in schizophrenia among professionals and the associated factors. Then, these associated factors have been investigated in two surveys of French mental health professionals, with the aim of identifying the variables associated with fewer stigma and therefore the most relevant for an intervention to reduce this stigma in mental health practices. Finally, a randomized controlled trial has been conducted with the objective of testing the effectiveness of some of these variables in reducing stereotypes, prejudices and discriminations in schizophrenia.

Thus, the most relevant variables revealed by this fundamental research stage were imported into the **STIGMA^{pro}** intervention: professional utility beliefs, recovery-oriented practices, perceived similarities and the continuum approach. This doctoral research presents the foundations of this intervention.

Keywords: schizophrenia, stigmatization, mental health professionals.

Research unit

[Laboratoire de Psychologie EA 4139 - 3^{ter}, place de la Victoire - 33 000 BORDEAUX]

Remerciements

Mes premiers remerciements s'adressent à Madame la Professeure Stéphanie DEMOULIN, Monsieur le Professeur Nicolas FRANCK, Madame la Professeure Tania LECOMTE, Madame Katia M'BAILARA, Monsieur Alexandre PASCUAL et Monsieur Luc VIGNEAULT qui me font l'honneur de siéger parmi les membres de mon jury et d'expertiser mon travail.

Je suis reconnaissant envers Madame la Professeure Antoinette PROUTEAU pour avoir accepté de diriger mon travail doctoral. Tu as fait le pari de créer une relation sérieuse bien que symétrique, franche et chaleureuse avec moi. Les qualités humaines que tu as montrées durant notre parcours ont assuré mon bien-être durant la thèse. Je ressens un attachement sincère et indéfectible à notre collaboration.

Je suis reconnaissant envers l'équipe qui m'a entouré durant mes recherches. Cette famille formée d'Antoinette, Louis, Thomas et moi-même fut ma plus grande source de motivation, de stimulation intellectuelle et de plaisir à travailler. Les souvenirs que l'on partage restent les trouvailles les plus précieuses de nos recherches. Immense est l'amour que je vous porte. Je suis également reconnaissant envers ceux qui ont précédé ou suivi cette « époque ». Merci à Aurore et Florence d'avoir déblayé le terrain pour le rendre si accueillant. Merci à Sarah d'être, en plus d'une amie complice et fidèle, une collègue indispensable. Merci à Meryl et Simon d'emprunter à votre tour ce chemin si bien préparé, vous êtes déjà des soutiens de premier rang.

Je voulais mentionner au plus haut le soutien infaillible de mon frère. Je suis reconnaissant envers toi Adrien, ce travail n'aurait jamais été aussi loin sans toi. Tu es le pilier le plus solide de mon existence. Tu m'apportes l'équilibre nécessaire pour affronter n'importe quelle adversité qui se présente à moi. Par pudeur, je ne pourrais pas décrire au combien je t'aime. Je continuerai ce travail pour notre idéal de lutter contre la cristallisation du charbon sur les diamants.

Je suis reconnaissant envers ma femme Marion, qui a pris la décision inconsciente de m'épouser en dernière année de thèse. Tu es la plus forte des rencontres inattendues. Tu es sûrement la seule à ne pas percevoir la force que tu sais insuffler aux autres. Notre couple a de la chance de t'avoir ! Je suis reconnaissant envers notre enfant, Jules, qui a pu trouver assez de place dans son cœur pour m'adopter entièrement, jusqu'à la lune.

Je suis reconnaissant envers le comité scientifique de **STIGMA^{pro}**, nommé dans le détail p.41. Non seulement vous nous avez apporté une richesse en termes de savoir, mais en plus, je salue cette capacité à se mettre d'accord malgré le nombre. Je suis reconnaissant envers le ClubHouseBordeaux. Merci pour tout ce que vous avez apporté au programme **STIGMA^{pro}**, mais

aussi pour ce que vous m'avez apporté au niveau personnel.

Je suis reconnaissant envers le LabPsy EA4139 pour les nombreux conseils recueillis suite à mes nombreuses présentations en séminaire. Un remerciement particulier à Alice FOLLENFANT qui m'a donné envie de travailler sur la stigmatisation, Alexandre PASCUAL qui m'a conseillé de faire de la recherche appliquée, Antonin CARRIER qui a éclairé notre cadre théorique, Sonia LABERON qui nous a conseillé sur les facteurs professionnels et Solenne ROUX qui a éclairé nos statistiques. Je suis reconnaissant envers mes collègues doctorants et néanmoins amis. Vous avez toléré mon égo, félicitations. Cette solidarité dont nous avons fait preuve permet une recherche sereine. Je ne peux pas tous vous citer, mais un merci rempli d'amour à ma copine de bureau Hélène, à ma passion dans la vie Nicolas, à Léa, Yoann, Marco, Natalija, Caroline, Fanny, Jérémy, Mathieu, et Margot. Je remercie également les secrétaires de ce laboratoire et de la faculté de Bordeaux notamment Élisabeth, Fabienne, Sylvie et Véronique.

Je suis reconnaissant envers mon premier employeur, EDEA, dans le service EDEAccess'. Merci pour cette expérience clinique qui m'a permis d'ancrer mes réflexions scientifiques dans le concret. Merci à la direction Caroline LEVY et Hugo TRESMONTAN et à mes chers collègues Cédric, Élisabeth, Julie, Lisa, Estelle et Lorraine.

Je suis reconnaissant envers les équipes de Jonzac. Julien BONILLA-GUERRERO, Jean-Marc DESTAILLATS et Florian CADY, merci pour votre bienveillance infinie. Vous avez contribué à ce travail plus que vous ne le pensez (tiers pesant).

Je suis reconnaissant envers ma famille, notamment à mes parents géniaux et mes sœurs exceptionnelles. Merci également à mes ami.e.s, notamment Mariam, N'aura et Danielle qui ont largement contribué à la réussite de ce travail.

Je suis reconnaissant envers toutes les personnes qui ont participé à mes études, et qui ont participé à les diffuser, comme l'UNAFAM.

Note. La relecture de cette thèse fut assurée par ma chère amie Danielle Quemper. Tout le monde devrait connaître Danielle, vue l'étendue de sa richesse de cœur et d'esprit.

Table des matières

INTRODUCTION GENERALE

I. Historique des représentations de la schizophrénie en santé mentale : Du modèle biomédical au rétablissement 12

- I.1. Etiologie et modèle biomédical..... 13
- I.2. Handicap psychique 16
- I.3. Controverses sur la définition de la schizophrénie 18
- I.4. Rétablissement : de la maladie à la personne..... 22

II. Stigmatisation de la schizophrénie : apports théoriques et méthodologiques.... 27

- II.1. Définition et modèles de la stigmatisation.....28
- II.2. Processus de catégorisation29
- II.3. Concepts associés30
- II.4. Pratiques en santé mentale : source de stigmatisation32
- II.5. Conséquences de la stigmatisation34

CONTRIBUTIONS SCIENTIFIQUES

III. Cadre du travail doctoral : Le programme STIGMApro 37

- III.1. Constats et postulats38
- III.2. Présentation et objectifs.....39

IV. Situations de stigmatisation en santé mentale 42

- IV.1. Article n°1 : When mental health care is stigmatizing: experience of users and families and associated factors43
 - IV.1.1. Introduction à l'enquête STIGMApro chez les usagers et les familles.....43
 - IV.1.2. Article.....45
 - IV.1.3. Commentaires65

V. Stigmatisation chez les professionnels de santé mentale 66

- V.1. Article n°2 : Schizophrenia stigma in mental health professionals and associated factors: A systematic review.....67
 - V.1.1. Introduction à la revue systématique STIGMApro.....67
 - V.1.2. Article68
 - V.1.3. Commentaires81
- V.2. Article n°3 : “Part of the solution yet part of the problem” Stigmatization in mental health professionals: characteristics and associated factors82
 - V.2.1. Introduction à l'enquête STIGMApro chez les professionnels de santé mentale
 - V.2.2. Article83
 - V.2.3. Commentaires108
- V.3. Article n°4 : Les stéréotypes d'incompétence dans la schizophrénie : enquête chez les professionnels de santé mentale.....109

V.3.1.Introduction à l'enquête STIGMA <i>pro</i> chez les professionnels de santé sur les stéréotypes d'incompétence dans la schizophrénie	109
V.3.2.Article	110
V.3.3.Commentaires	123
V.4.Synthèse de la revue et des enquêtes STIGMA <i>pro</i>	124
VI.Solutions pour réduire la stigmatisation.....	126
VI.1.Introduction	127
VI.1.1.Approche en continuum	127
VI.1.2.Similitudes perçues.....	129
VI.1.3.Rétablissement.....	132
VI.1.4.Utilité et accomplissement professionnel perçu	135
VI.1.5.Contacts	136
VI.1.6.Quid des croyances biologiques ?	137
VI.2.Article n°5 : Leviers de déstigmatisation de la schizophrénie chez les professionnels de santé mentale : une étude expérimentale	139
VI.2.1.Introduction de l'étude contrôlée randomisée de STIGMA <i>pro</i>	139
VI.2.2.Article	140
VI.2.3.Commentaires.....	158
VII. Intervention visant à réduire la stigmatisation	159
VII.1.Introduction.....	160
VII.2.Etude de viabilité préparatoire à un essai contrôlé randomisé.....	161
VII.3.Perspectives	173
DISCUSSION GENERALE ET CONCLUSION	
VIII.Discussion.....	175
VIII.1.Synthèse des études	175
VIII.2.Perspectives	176
VIII.2.1.Perspectives de recherche	176
VIII.2.2.Perspectives cliniques	178
IX.Conclusion	181
BIBLIOGRAPHIE	
ANNEXES	
Annexe 1 : Synthèse pédagogique de l'enquête STIGMA <i>pro</i> chez les usagers et les familles	196
Annexe 2 : Synthèse pédagogique de la revue de littérature STIGMA <i>pro</i>	198
Annexe 3 : Rapport sur la revue STIGMA <i>pro</i> , publié par l'International Foundation of Applied Disability Research (FIRAH)	200
Annexe 4 : Synthèse pédagogique de l'enquête STIGMA <i>pro</i> chez les professionnels.....	225

Annexe 5 : Questionnaire d'enquête concernant l'étude STIGMA_{pro} chez les professionnels.....	227
Annexe 6 : Pré-registation de l'étude contrôlée randomisée STIGMA_{pro}	237
Annexe 7 : Scripts des vidéos de l'étude contrôlée randomisée STIGMA_{pro}	244
Annexe 8 : Curriculum Vitae	251

FIGURES, TABLEAUX, ENCADRES & GRAPHIQUES

Figure 1. Exemple le plus cité durant la fin du XXème siècle de modèle de Vulnérabilité/Stress dans l'étiologie des épisodes psychotiques (Nuechterlein & Dawson, 1984).....	16
Figure 2. Modèle du handicap de la CIF (Organisation Mondiale de la Santé, 2001)...	17
Figure 3. Modèle proneness-persistence-impairment (van Os et al, 2009).....	20
Figure 4. Sensibilité et apparition d'un trouble psychotique (van Os et al 2009).....	20
Figure 5a. Approche catégorielle ou dimensionnelle non transdiagnostique (selon Bortolon & Raffard, 2019).....	21
Figure 5b. Modèle transdiagnostique catégoriel et dimensionnel dit « salient syndrome » (van Os et Kapur, 2009).....	21
Figure 5c. Modèle transdiagnostique d'approche par réseau (Bortolon & Raffard, 2019).....	22
Figure 5d. Modèle transdiagnostique processuel (Kinderman & Tai, 2007).....	22
Figure 6. Les étapes du rétablissement, adapté de Leamy et al., 2011	23
Figure 7. Les domaines des processus du rétablissement du modèle C.H.I.M.E., issu de Leamy et al., 2011	23
Tableau 1. Représentations de la schizophrénie en fonction de différents modèles théoriques en santé mentale	26
Figure 8. Illustration de la définition et modélisation de la stigmatisation avec l'exemple de la schizophrénie	29
Figure 9. Behaviors from Intergroup Affect and Stereotypes (BIAS) map (Cuddy et al., 2007).....	31
Figure 10. Modèle Chaleur/Compétence appliqué aux maladies mentales d'après les résultats de Sadler et al 2012.....	31
Figure 11. Les 10 expériences de stigmatisation les plus fréquentes selon les personnes qui ont un diagnostic de schizophrénie et leurs familles (Schulze, 2007; Schulze & Angermeyer, 2003).....	33

Figure 12. Association entre la stigmatisation et ses conséquences d'après Sickel et al., 2014.....	34
Tableau 2. Calendrier des études de deux premières phases du programme STIGMApro.....	40
Figure 13. Comité scientifique du programme de recherche.....	41
Tableau 3. Résultats comparés des articles STIGMApro rapportant les facteurs associés à la stigmatisation de la schizophrénie chez les professionnels de santé mentale.....	126
Figure 14 : Synthèse des facteurs associés à la stigmatisation de la schizophrénie chez les soignants en santé mentale selon la revue de littérature STIGMApro et les enquêtes STIGMApro (usagers, familles, professionnels).....	128
Figure 15. Exemple de continuum appliqué aux hallucinations auditivo-verbales allant du fonctionnel au dysfonctionnel, d'après Larøi et al., 2012.....	129
Figure 16. Modèle des processus de comparaison sociale de Mussweiler, 2003.....	131
Encadré 1. Recommandations pour l'utilisation du dévoilement de soi dans la relation thérapeutique (Hill, Knox, Pinto-Coelho, 2019).....	132
Encadré 2. Les quatre principes fondamentaux des pratiques orientées-rétablissement selon Le Boutillier et al., 2011.....	134
Figure 17a. Durée d'un trouble mentale dans la population générale selon Cohen & Cohen, 1984.....	135
Figure 17b. Durée d'un trouble mentale dans la population clinique selon Cohen & Cohen, 1984.....	135
Encadré 3. Témoignages de pratiques jugées utiles par les membres du ClubHouseBordeaux.....	137
Figure 18. Intervention visant à réduire la stigmatisation de la schizophrénie dans les pratiques en santé mentale : cibles et séances.....	163
Figure 19. Chronologie et temps de mesure de l'intervention STIGMApro.....	166
Tableau 4. Variables à prendre en compte dans le protocole de viabilité de l'intervention pilote en réunions d'équipe supervisées par le Comité scientifique.....	167
Tableau 5. Variables à prendre en compte dans le protocole de viabilité de l'intervention pilote STIGMApro auprès des professionnels, usagers et familles.....	168

INTRODUCTION GENERALE

I.

Historique des représentations de la schizophrénie en santé mentale

Du modèle biomédical au rétablissement

« L'aspiration profonde de chacun d'entre nous est de vivre, de travailler et d'aimer au sein d'une communauté dans laquelle on peut prendre sa place de façon pleine et entière. Il est important de comprendre que les personnes en situation de handicap ne se « réhabilitent » pas dans le même sens que les voitures sont « révisées » ou que les télévisions sont « réparées ». Ces personnes ne sont pas des usagers passifs des services de réhabilitation. Au contraire, elles font l'expérience du rétablissement, il s'agit de la découverte d'une nouvelle image d'elles-mêmes et d'une nouvelle raison d'être. Cette distinction entre réhabilitation et rétablissement est importante. »

(Patricia Deegan, 1988, *Psychosocial Rehabilitation Journal* in Franck, 2018 p. 10)

I.1. Étiologie et modèle biomédical

Dans la deuxième moitié du XX^{ème} siècle, l'avancée des traitements pharmacologiques a permis l'avènement du modèle biomédical de la maladie mentale (Read et al., 2013). Jusqu'alors, les modèles théoriques dominants en santé mentale étaient encore ceux des premiers spécialistes modernes. La schizophrénie avait ainsi des représentations héritées des **définitions fatalistes** de « structure psychotique » de Freud, « dissociation » de Bleuler ou encore « dégénérescence précoce » de Kraepelin (Koenig, 2013). Le modèle biomédical a modifié les représentations liées à la maladie en postulant que les troubles mentaux sont des **maladies du cerveau** et en mettant l'accent sur le **traitement pharmacologique** pour cibler les anomalies biologiques présumées (Deacon, 2013). Les importants changements thérapeutiques engendrés par la découverte des neuroleptiques dans les années 1950 ont directement impacté les parcours thérapeutiques des usagers ayant un diagnostic de schizophrénie (Ey, 1958 in Koenig, 2013). En effet, grâce à leurs effets antipsychotiques, les neuroleptiques effaçaient les symptômes les plus visibles de la schizophrénie (Koenig, 2013). Ainsi les pays les plus développés économiquement purent s'armer en premier de cette nouvelle voie thérapeutique coûteuse et faire du modèle biomédical, et des représentations qui en découlent, les nouveaux fondements de la psychiatrie (Read et al., 2013).

Cependant, l'hégémonie du modèle biomédical connut diverses contestations, à commencer par les **usagers** de cette psychiatrie et leurs **familles**. Aux États-Unis, c'est dans un contexte de contestation sociale portée par les personnes afro-américaines, féministes ou encore LGBT, que se sont formés des groupes de personnes qui partageaient une ferme volonté de mettre fin aux traitements qu'ils ont subi en psychiatrie (Chamberlin, 1990). Historiquement, ce mouvement d'usagers a porté de nombreux noms, tels que le Mad Movement, le Consumer Movement, le Survivor Movement et le Ex-patient Movement ; **C/S/X Movement** est un nom qui permet d'englober tous ces regroupements (Flannery, 2019). Judi Chamberlin, figure importante du C/S/X movement, rapporte que ces groupes ont hérité de nombreux procédés expérimentés par les mouvements de lutte pour les droits civiques tel que la **conscientisation** : « *Le processus de conscientisation est un processus dans lequel les gens partagent et examinent leurs propres expériences afin de connaître le contexte dans lequel leur vie est ancrée* » (Chamberlin, 1990, p.328). Lorsque les personnes ayant connu la psychiatrie ont commencé à partager leurs récits de vie, « *il est devenu clair qu'il existait des modèles distincts d'oppression et que nos problèmes et nos difficultés n'étaient pas seulement internes et personnels, comme on nous l'avait dit* » (Chamberlin, 1990, p.328). Dans le manifeste du C/S/X movement, *On our own*, Judi Chamberlin

décrit son expérience personnelle de la psychiatrie américaine des années 1970, suite à une dépression :

« J'ai passé environ cinq mois comme patiente dans six hôpitaux psychiatriques. Cette expérience m'a totalement démoralisé. Je ne m'étais jamais considérée comme une personne particulièrement forte, mais après mon hospitalisation, j'étais convaincu de mon inutilité. On m'avait dit que je ne pouvais pas exister en dehors d'une institution. J'étais terrifiée à l'idée que les gens découvrent que j'étais une ancienne patiente et me méprisent autant que je me méprisais moi-même. Pendant des années, j'ai craint que le moindre stress, la moindre difficulté ne conduise à mon effondrement total. [...] Il a fallu des années avant que je me permette de ressentir de la colère envers un système qui m'avait enfermé, privé de contacts chaleureux et significatifs avec d'autres êtres humains, drogué si profondément que j'ai pensé que ce traitement était utile. » (p.6)

Le C/S/X mouvement a défendu l'idée que des **alternatives** aux traitements biomédicaux existent, que la pair-aidance est un accompagnement efficace et que les personnes ayant un diagnostic de maladie mentale sévère peuvent se rétablir et accéder à une haute qualité de vie (Chamberlin, 1978). **L'empowerment**, traduit en français par la reprise du pouvoir d'agir, devient le processus moteur du mouvement par lequel la personne vivant avec un trouble psychique prend le contrôle sur sa vie, fait ses propres choix, participe aux décisions la concernant, voire prend les décisions elle-même, se construit un avenir et s'allie avec ses pairs (Greacen, 2020). Cette lutte contre les représentations réductrices des personnes ayant connu la psychiatrie était aussi menée jusque dans les services de psychiatrie (Chamberlin, 1978, 1990).

Une diversité de professionnels de santé mentale a également contesté l'avènement du modèle biomédical. Dans les positionnements les plus radicaux, **l'antipsychiatrie** s'est érigée contre le système psychiatrique en place, réclamant la désinstitutionnalisation, la prise en compte de la parole de l'utilisateur et l'arrêt du recours massif aux traitements pharmacologiques (Crossley, 1998). La philosophie de l'antipsychiatrie désamalgamait les représentations négatives liées à la « folie ». Ayant une portée politique plus globale, l'antipsychiatrie refusait la norme médicale qui servait de point de repère à l'ordre social, moral et politique et participa à placer la parole de l'utilisateur dans une position militante (Crossley, 1998). Dans les positions plus nuancées, la **psychiatrie communautaire** émergea face aux traditions de la psychiatrie fermée et excentrée des cités, en prônant le développement d'accompagnement ambulatoire dans des services au sein de la communauté, en partenariat avec les accompagnements sociaux et les politiques territoriales (Saïas, 2009). La recontextualisation de l'utilisateur dans son contexte de vie reconnaissait la

communauté comme lieu d'action et d'intervention pour la santé mentale du citoyen (Saïas, 2009). Les notions d' « **usager-expert** » ou encore d' « **usager-citoyen** » sont alors portées à la fois par le C/S/X movement, les associations de familles et par certains professionnels, amenant ces nouvelles représentations de la maladie directement dans la pratique en santé mentale (Chamberlin, 1990; Saïas, 2009).

Ces revendications trouvèrent un écho chez de nombreux chercheurs en santé mentale. Dans les années 1970, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) pointe les limites de l'approche biomédicale des pays développés. Des **études transculturelles** sur le devenir au long cours des personnes ayant un diagnostic de schizophrénie sont menées dans 9 pays : États-Unis, Royaume-Uni, Irlande, Danemark, Tchécoslovaquie, URSS, Inde, Nigeria et Colombie (Sartorius et al., 1974). Après deux ans, les usagers ayant un diagnostic de schizophrénie de trois pays en voie de développement - l'Inde, le Nigéria et la Colombie – montraient une réduction des symptômes plus importantes ainsi qu'une meilleure intégration sociale par rapport aux usagers des pays développés tels que les États-Unis, l'URSS ou encore le Royaume-Uni. Les premiers détracteurs de ces résultats contestant la validité des diagnostics posés ou encore la capacité à suivre les personnes sur le long cours, l'étude fut reconduite avec des critères de diagnostic de l'OMS et les résultats furent confirmés (Jablensky et al., 1992). Sans être en mesure de donner directement les facteurs explicatifs de ces résultats, les chercheurs évoquèrent des pistes de compréhension du phénomène comme l'implication de la famille ou encore les représentations sociales (Jablensky et al., 1992).

Un basculement s'est ainsi opéré dans la représentation de la schizophrénie dans la littérature scientifique. En 1977, Zubin & Spring font la revue de six approches étiologiques différentes de la schizophrénie et propose le modèle « **Vulnerability** » qui sera à l'origine de tous les modèles dits « vulnérabilité-stress ». La figure 1 présente un des modèles « vulnérabilité-stress » les plus cités de la fin du XXème siècle (Nuechterlein & Dawson, 1984). Il propose une compréhension de l'étiologie des épisodes psychotiques avec des facteurs **biologiques** (e.g. hyperréactivité physiologique), des facteurs **psychologiques** (e.g. stratégies de faire face déficitaires) et des facteurs **environnementaux** (e.g. réseau social non-soutenant). Les avancées scientifiques de la fin du XXème opposent aux conceptions biomédicales des conceptions biopsychosociales de l'étiologie des maladies mentales favorisant ainsi les recherches sur les facteurs et accompagnements non-pharmacologiques en santé mentale (Deacon, 2013).

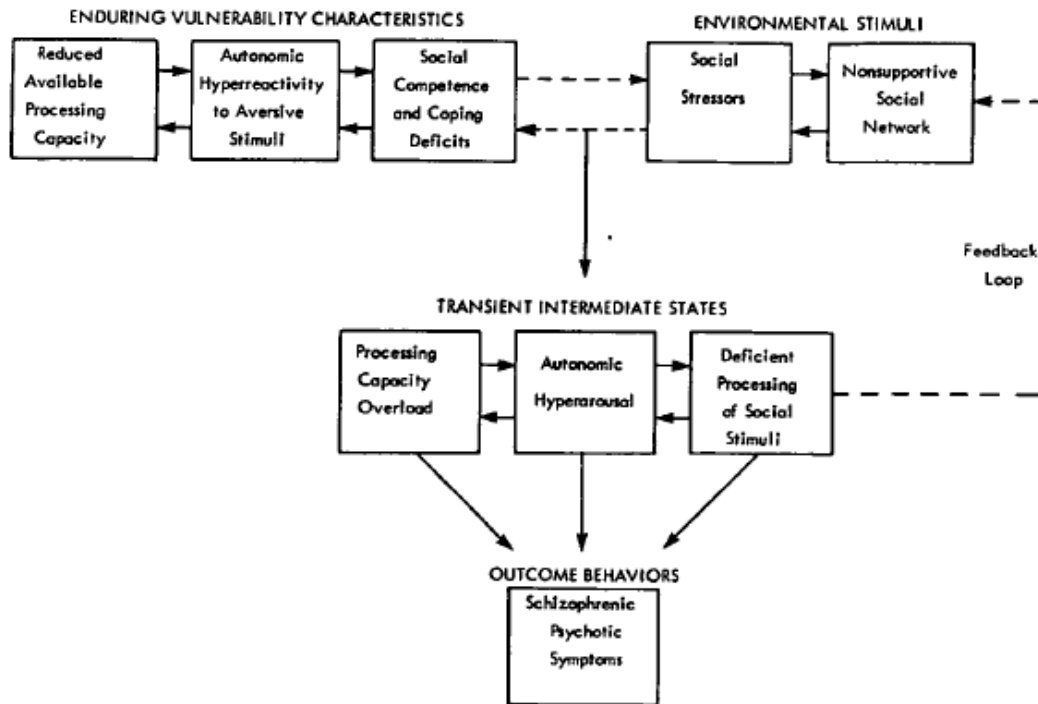


Figure 1. Exemple le plus cité durant la fin du XXème siècle de modèle de Vulnérabilité/Stress dans l'étiologie des épisodes psychotiques (Nuechterlein & Dawson, 1984)

Ainsi, la fin du XXème siècle marque la fin du modèle biomédical comme représentation dominante de la recherche et la pratique en santé mentale.

I.2. Handicap psychique

En 2001, lors de la 54^e assemblée mondiale de la santé, l'OMS ratifie une nouvelle classification internationale dans le champ de la santé : la **Classification Internationale du Fonctionnement** (CIF , World Health Organization, 2001). Dans les années 80 une première version de Classification Internationale du Handicap (CIH) avait pour objectif de compléter la Classification Internationale des Maladies (CIM) en modélisant les impacts des pathologies sur la vie des patients (Barral, 2007). C'est dans le but de répondre aux critiques concernant le modèle biomédical des pathologies qu'un nouveau groupe de travail fut mandaté pour modifier cette CIH. L'objectif était d'aborder une vision décloisonnée du handicap, centrée sur les **limitations d'activité** (ce que l'individu ne peut pas faire) et les **restrictions de participation** (ce que l'individu ne fait réellement pas), et non plus sur la pathologie et ses symptômes (Barral, 2007). En France, la loi du 11 février 2005 légiférant sur l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, reconnaît et définit le handicap d'après les termes de

l’OMS et du modèle de la CIF :

« Constitue un handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d’activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d’une altération substantielle, durable ou définitive d’une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d’un polyhandicap ou d’un trouble de santé invalidant. » (L. 114 CASF).

Ce modèle (figure 2) permet la compréhension **holistique** du handicap. Les incapacités (limitations d’activité et restrictions de la participation) restent influencées par les **déficiences organiques**, qui correspondent aux facteurs génétiques, biologiques, anatomiques ou cognitifs en santé mentale. Mais le contexte vient également influencer le fonctionnement. D’une part, les **facteurs personnels** de la personne sont déterminants pour le fonctionnement. Ils correspondent pour beaucoup à des facteurs psychologiques comme l’estime de soi ou la motivation. D’autre part, les **facteurs environnementaux**, comme par exemple le soutien social, familial ou encore la stigmatisation de la maladie, déterminent également le fonctionnement réel de la personne (Prouteau et al., 2014).

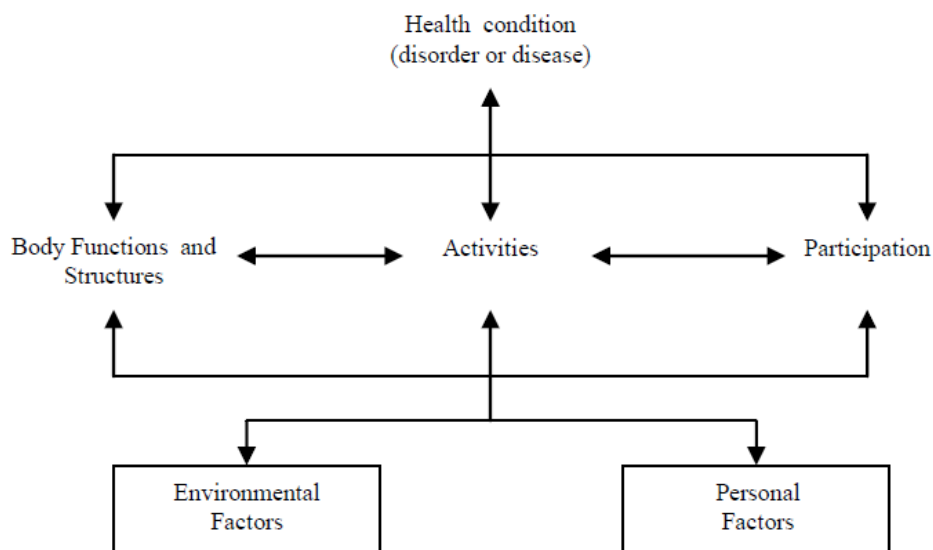


Figure 2. Modèle du handicap de la CIF (Organisation Mondiale de la Santé, 2001)

La CIF bouleverse les représentations liées aux maladies incapacitantes : elle devient un modèle qui permet de conceptualiser le handicap de la personne sans se centrer sur son diagnostic mais en **se centrant sur son fonctionnement** déterminé par des facteurs biologiques, psychologiques et environnementaux (Barral, 2007). Les perspectives qui découlent de ce

renversement donnent lieu à de nombreuses applications en santé mentale. L'évaluation du handicap psychique dépasse l'évaluation des symptômes en s'intéressant plus globalement aux limitations d'activité rencontrées dans le contexte de vie de la personne (Prouteau et al., 2012, 2014). La construction des objectifs de soin dépasse la simple réduction des symptômes en s'intéressant à d'autres leviers comme le soutien social, familial ou encore la déstigmatisation de l'environnement (Prouteau et al., 2014). L'accompagnement des personnes se décentre de la maladie pour agir sur les difficultés réellement éprouvées par la personne dans ses contextes (Prouteau et al., 2018). Plus globalement, par le biais de la CIF, l'OMS encourage une **vision plurifactorielle de toutes les dimensions de la maladie**.

I.3. Controverses sur la définition de la schizophrénie

Les représentations sur la schizophrénie en santé mentale ne concernent pas seulement l'étiologie de la schizophrénie mais aussi sa définition intrinsèque, symptomatique. Jusqu'à la troisième édition du Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM), les classifications internationales adoptaient une **vision catégorielle** de la psychiatrie (Haustgen, 2014). Une telle représentation encourageait, grâce à des critères stricts, un processus de catégorisation de la population – soit on a une schizophrénie, soit on ne l'a pas, il n'y a pas d'entre-deux. Cette approche diagnostique catégorielle fut **vivement critiquée** (van Os et al., 2000). Les critères émanaient d'un consensus d'experts et non des données scientifiques disponibles, ce qui donnait lieu, du propre aveu de l'éditrice des DSM, l'American Psychiatric Association (APA), à « de nombreux cas où les critères n'étaient pas tout à fait clairs, étaient incohérents d'une catégorie à l'autre, ou étaient même contradictoires. » (APA, 1987, xvii). En effet, de nombreuses recherches de la fin du XXème siècle dénoncent la multiplication artificielle des catégories (pour une revue de cette question, voir Fabiano & Haslam, 2020), leurs chevauchements (Ellason & Ross, 1995), la préférence donnée à la fiabilité sur la validité ou à la sensibilité sur la spécificité (Kendler et al., 1995; Maj et al., 2000) et une efficacité prédictive médiocre concernant le pronostic (Davidson & McGlashan, 1997).

Face aux critiques concernant globalement le manque de réalisme de la vision catégorielle, le DSM-IV et sa révision ont tenté un virage **dimensionnel** (Read et al., 2013). La vision dimensionnelle reconnaît la grande hétérogénéité qui existe au sein d'une catégorie diagnostique. Dans ce changement de représentation, la catégorie diagnostique est caractérisée par juxtaposition de traits ou dimensions dont l'intensité expressive est située sur un **continuum** allant du normal

au pathologique, en référence à une norme statistique établie en population générale (Read et al., 2013). Cependant, la parution du DSM-V en 2013 ne fait pas taire les critiques qui arguent que les troubles psychiques sont encore et toujours distribués en catégories, seuls les critères sont dimensionnels (Young, 2013). Dans l'introduction du manuel, les auteurs précisent les raisons de la reconduction de cette vision catégorielle :

« Malgré le problème posé par les diagnostics catégoriels, le groupe de travail du DSM-5 a reconnu qu'il était scientifiquement prématuré de proposer des définitions alternatives pour la plupart des troubles. La nouvelle structure organisationnelle vise à jeter un pont en direction des nouvelles approches diagnostiques, tout en maintenant la continuité avec les pratiques cliniques et la recherche actuelles. »
(APA, 2013 in Crocq et al., 2016, p.14).

Malgré les controverses, la vision diagnostique catégorielle de la schizophrénie reste donc actuellement **la représentation dominante** chez les soignants (First et al., 2018).

En parallèle, la littérature scientifique internationale a continué de souscrire aux hypothèses d'un **continuum** entre le normal et le pathologique (Larøi & Van Der Linden, 2005; Verdoux & van Os, 2002). Les méta-analyses des études épidémiologiques (Linscott & van Os, 2013; van Os et al., 2009) montrent qu'environ 8 % de la population générale rapporte avoir vécu des expériences psychotiques (hallucinations ou idées délirantes). Parmi eux, environ 80% rapportent que ces expériences étaient transitoires et ont disparu d'elles-mêmes, alors qu'environ 20% rapportent que ces expériences ont persisté. Parmi toutes les personnes ayant rapporté une expérience psychotique, seuls 7,4% ont développé un trouble psychotique. Les auteurs rapportent que l'environnement de la personne qui a vécu des expériences psychotiques est déterminant dans le maintien de ces expériences dans le temps. Ils érigent ainsi ces résultats en un modèle approuvant l'hypothèse d'un continuum : ***proneness-persistence-impairment*** (figures 3 et 4, van Os et al., 2009). Il soutient que l'expression d'expériences psychotiques est **commune** et le plus souvent **transitoire**. Cependant, ces vécus pourraient persister grâce à un environnement délétère et à travers des mécanismes psychologiques et biologiques spécifiques qui donnent lieu à une « sensibilité » particulière. Cette persistance favoriserait, dans certains cas, une décompensation. Actuellement, les recherches au sujet du continuum dans la schizophrénie se poursuivent et mènent à des modélisations de plus en plus précises et prédictives de la répartition des expériences psychotiques en population générale (pour une revue systématique récente voir Baumeister et al., 2017).

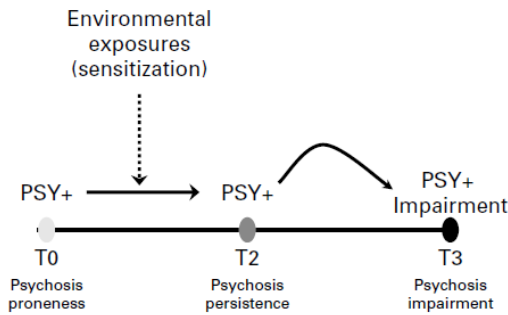


Figure 3. Modèle proneness-persistence-impairment (van Os et al, 2009).

Note. Selon ce modèle, l'expression développementale de l'expérience psychotique est courante et généralement transitoire. Cependant, les expériences psychotiques peuvent devenir persistantes par un mécanisme de sensibilité psychologique et biologique. La persistance augmente à son tour la probabilité d'apparition d'une déficience et d'un besoin de soins.

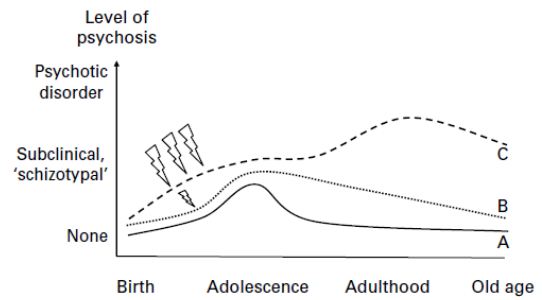


Figure 4. Sensibilité et apparition d'un trouble psychotique (van Os et al 2009).

Note. La personne A a une expression développementale "normale" d'expériences psychotiques subcliniques (prédisposition à la psychose) qui sont transitoires. La personne B a une expression similaire mais une persistance plus longue en raison d'une exposition environnementale supplémentaire mais légère. La personne C présente une persistance plus longue due à une exposition environnementale sévère et répétée et une transition vers un trouble psychotique clinique avec un handicap significatif.

L'approche en continuum de la schizophrénie ne concerne pas seulement la manifestation des expériences psychotiques dans la population générale mais aussi dans les **autres catégories diagnostiques**. De nombreuses études ont montré que les hallucinations, expériences psychotiques, sont décrites chez les personnes diagnostiquées avec un syndrome de stress post traumatique (Anketell et al., 2010), avec un trouble de la personnalité borderline (Yee et al., 2005), avec un trouble bipolaire (Toh et al., 2015), avec une dépression (Toh et al., 2015), avec la maladie de Parkinson ou encore avec la maladie d'Alzheimer (Larøi et al., 2012). D'autres études ont rapporté des symptômes d'idées délirantes chez les personnes ayant un diagnostic de trouble bipolaire (Knowles et al., 2011; Smith et al., 2017), de trouble d'usage des substances (Appelbaum et al., 1999), dépression (Appelbaum et al., 1999) et trouble de la personnalité limite (Pearse et al., 2014). Cette littérature a permis l'émergence des **approches transdiagnostiques** qui se décentrent de la catégorie diagnostique pour s'intéresser davantage aux symptômes ou à la plainte de la personne accompagnée (Bentall et al., 2009).

Certains auteurs ont tenté de relier l'approche **transdiagnostique aux représentations dimensionnelles et catégorielles** (figures 5). Le *salient syndrome model* (figure 5b) postule que la catégorisation des maladies mentales sévères est envisageable grâce à cinq dimensions symptomatiques transdiagnostiques (van Os & Kapur, 2009). D'autres auteurs ont développé l'approche transdiagnostique en s'affranchissant des réflexions dimensionnelles et catégorielles. **L'approche par réseau** (figure 5c) postule que les troubles mentaux ne sont plus conceptualisés comme étant des essences s'exprimant via l'expression d'un ensemble de symptômes (Bortolon &

Raffard, 2019). Les troubles mentaux sont conçus comme un système de symptômes interconnectés au sein duquel les symptômes sont la cause les uns des autres. Cette interaction entre les différents symptômes donnerait lieu à une boucle de rétroaction qui conduit à l'installation et la maintenance de ces symptômes/troubles. Une autre approche, **l'approche transdiagnostique processuelle** (figure 5d), s'affranchit même des symptômes (Kinderman & Tai, 2007). Le modèle de cette approche propose que les troubles mentaux soient déterminés directement et exclusivement par des **processus psychologiques**. Ces processus psychologiques peuvent eux-mêmes être déterminés par des facteurs biologiques, des facteurs sociaux, ou des événements ou contextes de vie. Cependant, l'influence de ces derniers facteurs sur les troubles mentaux est nécessairement médiée par les processus psychologiques. En effet, par leur définition même, les troubles mentaux concernent un dysfonctionnement de processus mentaux, autrement dit, psychologiques, et les déterminants proximaux de ce dysfonctionnement ne peuvent donc être que psychologiques. Cette approche transdiagnostique processuelle est le fondement de la Psychopathologie Cognitive en France, domaine influent dans la formation de professionnels aux théories cognitivo-comportementales et donc dans leur représentation sur la schizophrénie (Monestès & Baeyens, 2016).

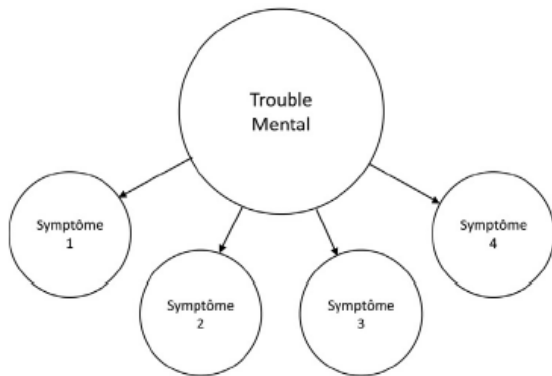


Figure 5a. Approche catégorielle ou dimensionnelle non transdiagnostique (selon Bortolon & Raffard, 2019)

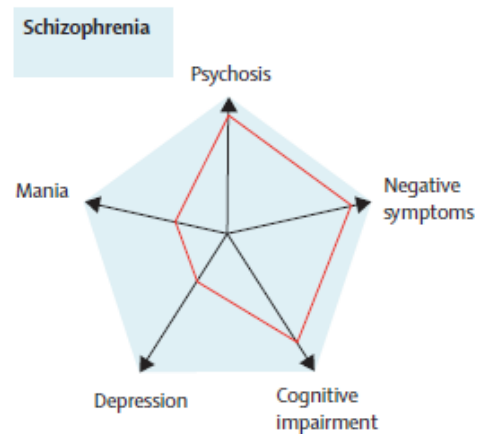


Figure 5b. Modèle transdiagnostique catégoriel et dimensionnel dit « salient syndrome » (van Os et Kapur, 2009).

Notes. Le diagnostic catégoriel est accompagné des scores quantitatifs du patient (reliés par des lignes rouges) sur cinq dimensions principales de la psychopathologie.

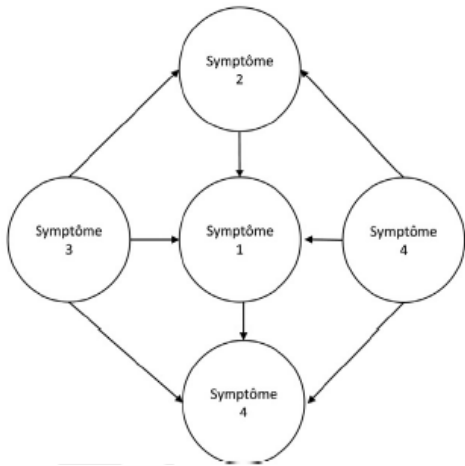


Figure 5c. Modèle transdiagnostique d'approche par réseau (Bortolon & Raffard, 2019)

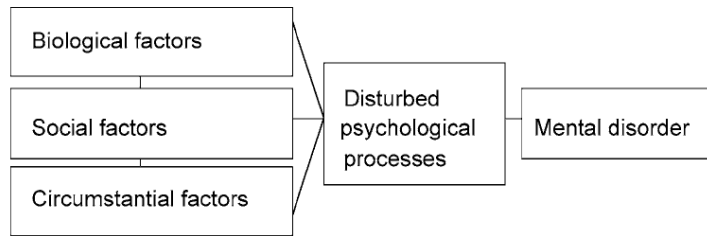


Figure 5d. Modèle transdiagnostique processuel (Kinderman & Tai, 2007)

I.4. Rétablissement : de la maladie à la personne

En parallèle des conceptualisations centrées sur les problématiques des personnes (i.e. diagnostics, symptômes, processus psychologiques), l'approche du **rétablissement** s'est développée en se centrant sur le devenir de la personne. Étant historiquement porté par les usagers et les familles (Chamberlin, 1978), le rétablissement porte une définition subjective dans laquelle : « l'espoir et l'autodétermination mènent à une vie significative et à un sens positif de soi, que la maladie mentale soit toujours présente ou non. » (pour revue des définitions subjectives, voir Andresen et al., 2003, p. 592). Cette définition s'oppose aux définitions qui ont tenté d'objectiver le rétablissement en le définissant comme une forme de guérison ou de rémission, dont l'indicateur principal, mais pas unique, serait la disparition des symptômes (Pomini & Bonsack, 2018). La **vision subjective** admet que les critères de rétablissement n'appartiennent pas aux soignants ou aux chercheurs mais aux personnes accompagnées (Vigneault & Demers, 2019). Appuyée par les mouvements d'usagers (Chamberlin, 1978; Greacen, 2018), les multiples exemples de rétablissements (Cailloux-Cohen & Vigneault, 2000; Deegan, 1988), et les données probantes (Jablensky et al., 1992), l'approche rétablissement décrédibilise les représentations fatalistes et chroniques associées à la schizophrénie (Greacen, 2018). Dans l'optique de cette approche, la personne ayant reçu un diagnostic de schizophrénie n'est plus destinée à être stabilisée, mais peut s'engager dans un processus de rétablissement dont la dernière étape marque la **résilience** et la **croissance** de l'individu malgré la maladie (Leamy et al., 2011; voir figure 6).

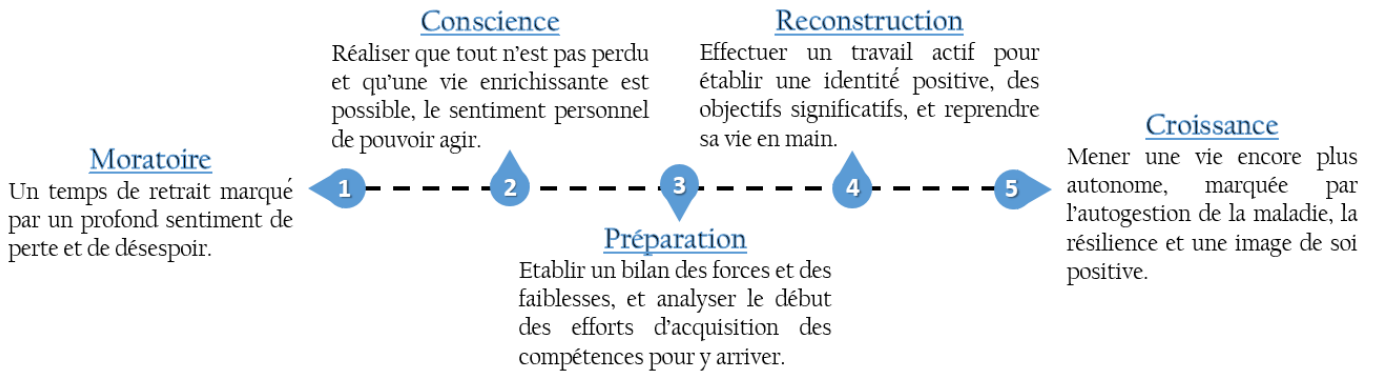


Figure 6. Les étapes du rétablissement, adapté de Leamy et al., 2011

Une revue de la littérature a réuni, en un modèle, l'ensemble des processus permettant de réaliser ce parcours de rétablissement : **le modèle CHIME** (Connectedness ; Hope and optimism about the future ; Identity ; Meaning in life ; and Empowerment, Leamy et al., 2011, voir figure 7). Ces processus forment des objets d'intérêt notables pour la recherche mais surtout des leviers d'action dans l'accompagnement des personnes. Les **pratiques orientées- rétablissement** deviennent progressivement un standard de pratique clinique et de nombreux pays, dont les États-Unis, l'Australie, et le Royaume-Uni, ont été les premiers à en faire un élément central de leur politique de santé mentale (Delaney, 2012; Glick et al., 2011; Shepherd et al., 2008). L'O.M.S. oriente également son approche de la santé mentale vers le rétablissement, notamment à travers le programme **QualityRights**, qui offre un cadre d'évaluation et de formation à la qualité des soins et du respect des droits (World Health Organization, 2019). Ce programme est actuellement déployé en France et dans les pays francophones par le centre collaborateur de l'O.M.S. à Lille (Roelandt et al., 2015).

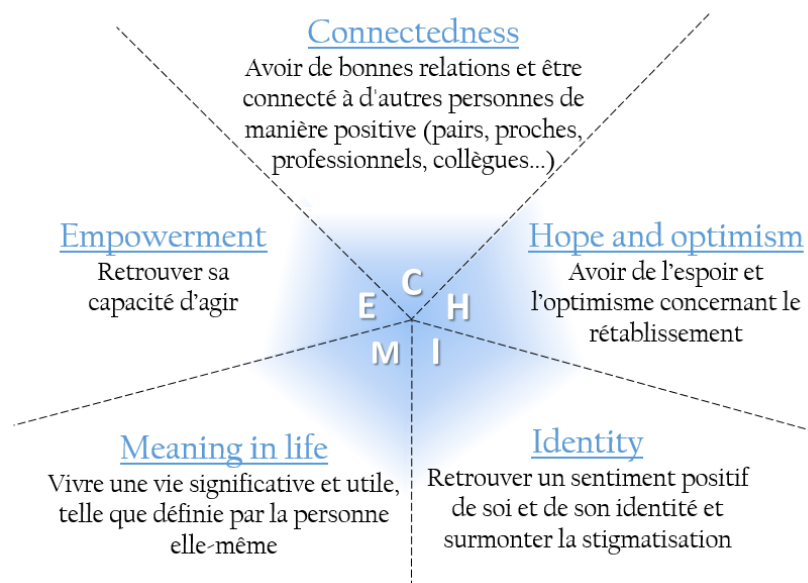


Figure 7. Les domaines des processus du rétablissement du modèle C.H.I.M.E., issu de Leamy et al., 2011

La **réhabilitation psychosociale** est une autre approche qui inclue des pratiques orientées-rétablissement et qui connaît un actuel essor en France, matérialisant plusieurs changements de représentations sur la schizophrénie. Proche de la réadaptation en psychiatrie au Canada (Lecomte & Leclerc, 2012), la réhabilitation reste difficile à définir parce qu' il n'existe pas de théorie exclusive fondant cette approche. La réhabilitation se comprend comme un large regroupement de pratiques favorisant l'autonomie et l'indépendance dans la communauté des personnes en situation de handicap psychique (Lecomte et al., 2014; Morin & Franck, 2016). Cependant, ce ne sont pas les pratiques qui caractérisent la réhabilitation psychosociale mais bien ses objectifs centrés sur les capacités de la personne – à améliorer ou à compenser- et sur l'insertion sociale :

« Afin de donner une légitimité au concept de réhabilitation, il est important d'en préciser les buts et de définir les personnes qui peuvent en bénéficier. La finalité commune de la réhabilitation est l'amélioration du fonctionnement et l'augmentation des possibilités d'action des individus dans des environnements spécifiques. Les causes ou les diagnostics n'apparaissent que secondaires et ne permettent pas de prédire l'issue de la réhabilitation. C'est bien ces éléments qui différencient la réhabilitation des traitements usuels (psychopharmacologiques et psychothérapeutiques), ces derniers s'attachant plus à une diminution voire à une disparition des manifestations de la maladie à travers une intervention fondée sur la causalité. » (Morin & Franck, 2016, p.4)

Parmi l'ensemble des pratiques, réhabilitation psychosociale inclue et valorise la **remédiation cognitive** dans le handicap psychique. Selon la réhabilitation psychosociale, la remédiation cognitive est une pratique thérapeutique permettant *« le traitement des déficits cognitifs, à travers l'amélioration des fonctions déficitaires ou le développement de nouvelles stratégies cognitives destinées à pallier les déficits »* (Franck, 2017 p.1). Cette pratique modifie les représentations associées à la schizophrénie en déplaçant la focale sur le fonctionnement cognitif de la maladie s'appuyant sur de nombreuses méta-analyses rapportant l'existence de troubles cognitifs dans la schizophrénie (Bortolato et al., 2015; Elvevag & Goldberg, 2000; Szöke et al., 2008) même si l'existence réelle des troubles cognitifs est remise en question (Moritz et al., 2021; Violeau & Prouteau, 2019) et les indications à la remédiation cognitive sujettes à controverse (Prouteau & Larøi, 2019).

La réhabilitation psychosociale a constitué une première étape d'évolution des représentations qui a permis le développement ultérieur de la **pair-aidance professionnelle**, une profession centrée sur le rétablissement (Franck & Cellard, 2020). Le pair-aidant professionnel est un membre de l'équipe soignante qui dévoile qu'il vit ou qu'il a vécu un problème de santé mentale. Le partage

de son vécu et de son histoire de rétablissement (savoir expérientiel) a pour but de redonner de l'espoir, de servir de modèle d'identification, d'offrir de l'inspiration, du soutien et de l'information à des personnes qui vivent des situations similaires (Repper & Carter, 2011). En France, ces collègues sont issus de diverses formations orientées-rétablissement qui ont été initiées, à l'origine, sous l'impulsion du centre collaborateur de l'OMS (Roelandt & Staedel, 2016). La pair-aidance professionnelle vient modifier les représentations sur les personnes ayant un diagnostic de schizophrénie, puisqu'elle les reconnaît comme source de savoir et de soin en santé mentale : les soignants eux-mêmes doivent pouvoir considérer ces personnes diagnostiquées non plus uniquement comme des usagers du service de soin mais comme des **collègues de l'équipe soignante** (Roelandt & Staedel, 2016).

En conclusion, l'histoire de la psychiatrie et celle de la schizophrénie sont étroitement liées. De nombreuses représentations se sont succédées dans la littérature scientifique et les représentations des professionnels de santé mentale se sont cristallisées autour de multiples repères théoriques (voir tableau 1).

Tableau 1. Représentations de la schizophrénie en fonction de différents modèles théoriques en santé mentale

Modèle théorique	Postulat	Principale représentation associée à la schizophrénie
Modèle Kraepelinien	La schizophrénie est appelée dégénérescence précoce .	Fatalisme : La schizophrénie est une maladie chronique dégénérante.
Modèle Biomédical	Les pathologies mentales sont des maladies cérébrales consécutives d'anomalies biologiques .	Les traitements pharmacologiques sont centraux dans le soin de la schizophrénie.
L'antipsychiatrie	La santé mentale ne doit pas dicter de norme médicale qui servirait de point de repère à l'ordre social, moral et politique.	La schizophrénie ne se soigne pas dans la psychiatrie institutionnelle.
La psychiatrie communautaire	La psychiatrie doit se développer dans des services au sein de la communauté , en partenariat avec les accompagnements sociaux et les politiques territoriales.	Usager-citoyen : la communauté est un lieu d'action et d'intervention pour les personnes ayant un diagnostic de schizophrénie.
Les modèles « Vulnerability »	L'étiologie des pathologies mentales est faite de facteurs biologiques, psychologiques et environnementaux .	Les interventions pharmacologiques, psychologiques et sociales sont centrales dans le soin de la schizophrénie.
Le modèle de la Classification Internationale du Fonctionnement (C.I.F.)	Constitue un handicap toute limitation d'activité ou restriction de participation . Le handicap reste fonction de facteurs organiques, personnels et environnementaux .	Approche centrée sur le fonctionnement et les capacités de la personne et non plus sur son diagnostic de schizophrénie.
Les modèles catégoriels	Les pathologies mentales sont des catégories diagnostiques strictes définies par des critères de symptômes.	Vision essentialiste de catégorisation de la schizophrénie : soit on a une schizophrénie soit on ne l'a pas, aucun entre-deux.
Les modèles catégoriels-dimensionnels	La catégorie diagnostique est caractérisée par juxtaposition de traits ou dimensions dont l'intensité expressive est située sur un continuum allant du normal au pathologique.	Vision essentialiste de catégorisation de la schizophrénie mais vision dimensionnelle des symptômes permettant cette catégorisation.
Les modèles en continuum (entre population générale et population clinique)	Les expériences psychotiques se distribuent sur des continuum s (e.g. de fréquence, de valence) et concernent des personnes se répartissant sur un continuum allant de la population générale jusqu'à la population clinique.	Abolition de la dichotomie « sain » vs « pathologique » et focus sur la répartition des expériences psychotiques en population non-diagnostiquée .
Les modèles transdiagnostiques	Cette approche se décentre de la catégorie diagnostique pour s'intéresser davantage au symptôme ou à la plainte de la personne accompagnée.	Focus sur les symptômes (e.g. idées délirantes, hallucinations) et non plus sur le diagnostic de schizophrénie.
Les modèles processuelles	Les troubles mentaux sont déterminés directement et exclusivement par des processus psychologiques . Ces processus psychologiques peuvent eux-mêmes être déterminés par des facteurs biologiques, des facteurs sociaux, ou des événements ou contextes de vie.	Focus sur les processus psychologiques sous-jacent des symptômes (e.g. biais attentionnels, sauts aux conclusions) plutôt que sur les symptômes (e.g. idées délirantes, hallucinations) ou le diagnostic de schizophrénie.
Les modèles du rétablissement	Les personnes en situation de handicap psychique peuvent, grâce à l'espoir et l'auto-détermination, se rétablir et mener une vie significative.	Une haute qualité de vie, l'autonomie ou encore des relations positives sont possibles malgré le diagnostic de schizophrénie.

II.

Stigmatisation de la schizophrénie : *apports théoriques et méthodologiques*

“Medical diagnoses and psychiatric diagnoses, despite their similarities (both are mysterious Latin- or Greek-derived terms used by doctor) serve vastly different functions. Psychiatric diagnoses are used to justified what is done to the patient, with or without consent, while medical diagnoses are not, of themselves, justification for treatment, but are instead ways of providing useful information to patient and physician in coming to conclusion about how to proceed. I fact, administering medical treatment to objecting patient is considered assault and battery.”

« Le diagnostic médical et le diagnostic psychiatrique, malgré leurs similitudes (tous deux sont des termes mystérieux dérivés du latin ou du grec utilisés par les médecins), ont des fonctions très différentes. Les diagnostics psychiatriques sont utilisés pour justifier ce qui est fait au patient, avec ou sans son consentement, tandis que les diagnostics médicaux ne sont pas, en eux-mêmes, une justification pour le traitement, mais sont plutôt des moyens de fournir des informations utiles au patient et au médecin pour arriver à une conclusion sur la façon de procéder. En fait, administrer un traitement médical à un patient qui s'y oppose est considéré comme une agression, coups et blessures. »

(Judith Chamberlin, 1979, p. xvi)

II.1. Définition et modèles de la stigmatisation

Le sociologue **Erving Goffman** a d'abord publié *Asiles* en 1961, un recueil d'essais s'inspirant de son immersion dans les institutions psychiatriques américaines et décrivant les « institutions totales » et leurs processus de mortification, de dépersonnalisation ou encore d'aliénation (Goffman, 1961). Il s'est ensuite tourné vers la stigmatisation. Partant de l'étymologie grecque *stigma* – marque physique d'infamie –, Goffman définit le stigma comme « un attribut profondément discréditant et qui réduit le porteur d'une personne lambda entière à une personne entachée, déconsidérée » (Goffman, 1963, p.3). La stigmatisation se définit donc comme **le processus par lequel on réduit une personne à un attribut discréditant** – ici, le fait d'appartenir à la catégorie sociale « schizophrènes ».

Par la suite, la littérature a investigué le phénomène de la stigmatisation à plusieurs niveaux (Bos et al., 2013). La **stigmatisation publique** représente les réactions sociales et psychologiques face à une personne perçue comme appartenant à un groupe social stigmatisé (Corrigan & Penn, 1999). La **stigmatisation de soi** – ou auto-stigmatisation – représente la réduction de l'estime de soi, de l'auto-efficacité et l'augmentation du retrait social créées par l'auto-catégorisation d'un individu dans un groupe qui n'est socialement pas acceptable (Corrigan et al., 2005; Violeau, 2020). La **stigmatisation par association** est analogue à la stigmatisation de courtoisie de Goffman (1963) et englobe les situations dans lesquelles les personnes associées aux individus stigmatisés (e.g. la famille, les amis, les soignants) sont dévalorisées en raison de leur lien avec cet individu (Neuberg et al., 1994). Enfin, la **stigmatisation structurelle** est définie comme la légitimation et la perpétuation d'un statut stigmatisé par les institutions et les systèmes idéologiques de la société (Bos et al., 2013).

La psychologie sociale s'est emparée de cet objet de recherche et a abouti à une modélisation de la stigmatisation en trois dimensions (Corrigan & Penn, 1999; Fiske, 1998) : (i) les **stéréotypes** sont des croyances concernant une personne en fonction de son appartenance à un groupe social, (ii) les **préjugés** sont des évaluations, des émotions, des affects négatifs ressentis à l'encontre d'une personne en fonction de son appartenance à un groupe social et (iii) la **discrimination** est une réaction comportementale à l'encontre d'une personne en fonction de son appartenance à un groupe social. La stigmatisation de la schizophrénie illustre ces différentes dimensions (Figure 8).

Stigmatisation de la schizophrénie

Processus par lequel on réduit une personne à son diagnostic de schizophrénie.

Stéréotypes

Croyances appliquées à une personne parce qu'elle appartient au groupe de personnes diagnostiquées avec une schizophrénie.

« Je crois que cette personne est dangereuse ou incapable de faire de bon choix parce qu'elle appartient au groupe des personnes diagnostiquées avec une schizophrénie »

Préjugés

Emotions ressenties envers une personne parce qu'elle appartient au groupe de personnes diagnostiquées avec une schizophrénie.

« Je ressens de la peur ou du mépris envers cette personne parce qu'elle appartient au groupe des personnes diagnostiquées avec une schizophrénie »

Discriminations

Comportements adressés à une personne parce qu'elle appartient au groupe de personnes diagnostiquées avec une schizophrénie.

« J'évite ou je refuse d'écouter l'avis de cette personne parce qu'elle appartient au groupe des personnes diagnostiquées avec une schizophrénie »

Figure 8. Illustration de la définition et modélisation de la stigmatisation avec l'exemple de la schizophrénie

II.2. Processus de catégorisation

Les théories de **l'étiquetage** (*labelling*) ont été les premiers concepts à interroger les processus d'attribution de catégorie ou encore d'auto-catégorisation (Gove, 1975; Scheff, 1966). Les méthodes de **classification** en santé mentale, (e.g. observation des différences entre les syndromes, création de catégories diagnostiques, Surís et al., 2016) concordent avec les trois premières composantes de la théorie modifiée d'étiquetage de Link (Link, 1982, 1987; Link & Phelan, 2013) :

« Dans notre conceptualisation, la stigmatisation existe lorsque les composantes interdépendantes suivantes convergent. Dans la première composante, les gens distinguent et étiquettent les différences humaines. Dans la deuxième, les croyances culturelles dominantes associent les personnes étiquetées à des caractéristiques indésirables - des stéréotypes négatifs. Dans la troisième, les personnes étiquetées sont placées dans des catégories distinctes afin d'obtenir un certain degré de

séparation entre "nous" et "eux". Dans la quatrième composante, les personnes étiquetées perdent leur statut et sont victimes de discrimination, ce qui entraîne des résultats inégaux. » (Link & Phelan, 2001, p. 367)

Classifications diagnostiques et stigmatisation partagent la majorité des processus de catégorisation, cependant, la quatrième composante de la théorie modifiée d'étiquetage semble être spécifique à la stigmatisation des maladies mentales.

Bien qu'elle puisse aboutir à la stigmatisation, la catégorisation est un processus nécessaire au fonctionnement de l'être humain, duquel on ne peut pas se détacher complètement (Tajfel, 1981; Yzerbyt & Demoulin, 2019a). La catégorisation sociale vient notamment répondre à **des besoins** de sens, de survie, de traitements cognitifs, de contrôle et de certitude (Tajfel, 1981). Cependant, les critères définissant ces catégories sociales parviennent rarement à en faire des groupes **homogènes** (Yzerbyt & Demoulin, 2019b). Par exemple, dans le D.S.M.-V, cinq symptômes sont les critères d'appartenance à la catégorie diagnostique du trouble du spectre de la schizophrénie (TSS) : idées délirantes ; hallucinations ; discours désorganisé ; comportement grossièrement désorganisé ou catatonique ; symptômes négatifs (Crocq et al., 2016). Cependant, seulement deux symptômes – dont au moins un des trois premiers – suffisent à poser le diagnostic. Ainsi, dans ce groupe diagnostiqué avec un TSS, il peut coexister plus d'une vingtaine de profils symptomatiques et donc des membres qui n'ont aucun symptôme en commun. Néanmoins, les théories de **l'essentialisme** expliquent que nous percevons une « essence », à la fois profonde, invisible et commune à tous les membres d'une même catégorie sociale (Haslam et al., 2000; Rothbart & Taylor, 1992; Ryazanov & Christenfeld, 2018; Yzerbyt et al., 1997). L'essence peut renvoyer à des facteurs biologiques ou génétiques sous-jacents mais peut également renvoyer à des facteurs sociaux ou historiques (Rothbart & Taylor, 1992). Si cette essence permet d'améliorer l'homogénéité perçue d'un groupe a priori hétérogène, elle amène, en revanche, une perception davantage « **immuable** » à la catégorisation – plus strict, moins flexible – et lui confère un « **potentiel inductible** » plus important – savoir qu'une personne est membre de tel groupe devient davantage informatif (Rothbart & Taylor, 1992).

II.3. Concepts associés

Si les stéréotypes (croyances) associés à la catégorie sociale « malade mentale » sont très majoritairement négatifs (Hayward & Bright, 1997), des études plus récentes rapportent des différences notoires de croyances en fonction de la maladie stigmatisée (Fiske, 2012). Le **modèle de contenu du stéréotype** (Fiske et al., 2002) rapporte que les maladies mentales peuvent être

catégorisées selon deux axes : la chaleur et la compétence. La chaleur fait référence à l'aspect socio-émotionnel d'un individu (e.g. populaire, honnête, sentimental versus irritable, ennuyant, dangereux) tandis que la compétence fait référence à l'aspect intellectuel (e.g. intelligent, persistant, scientifique versus naïf, frivole, gauche). Ces deux dimensions ont été directement reliées à un panel d'émotions et de comportements différents (Cuddy et al., 2007 ; voir figure 9). La figure 10 rapporte les résultats de ce modèle par rapport aux maladies mentales (Sadler et al., 2012) : alors que les individus souffrant de certaines maladies mentales sont perçus comme pouvant être chaleureux mais incompétents (e.g. retard mental), ou dangereux mais compétents (e.g. sociopathes), les personnes ayant un diagnostic de schizophrénie sont perçues comme **peu chaleureuses – voire dangereuses – et incompétentes** (Sadler et al., 2012). Les auteurs du modèle soulignent l'aspect déterminant de ces deux dimensions, dit « Big Two », dans l'ensemble des interactions sociales (Fiske, 2018). La structure sociale perçue (e.g. coopération versus compétition ; prestige et pouvoir) prédit les stéréotypes (e.g. chaleur, compétence) qui, à leur tour, prédisent les préjugés émotionnels (e. g. fierté, pitié, mépris, envie) et enfin les émotions prédisent la discrimination (e.g. aide et nuisance). Le modèle de contenu du stéréotype reste une référence dans les recherches sur la stigmatisation (Fiske, 2018). La littérature continue d'en préciser les fonctionnements (Yzerbyt, 2018) et de faire des liens avec d'autres concepts comme la déshumanisation (Harris & Fiske, 2006).

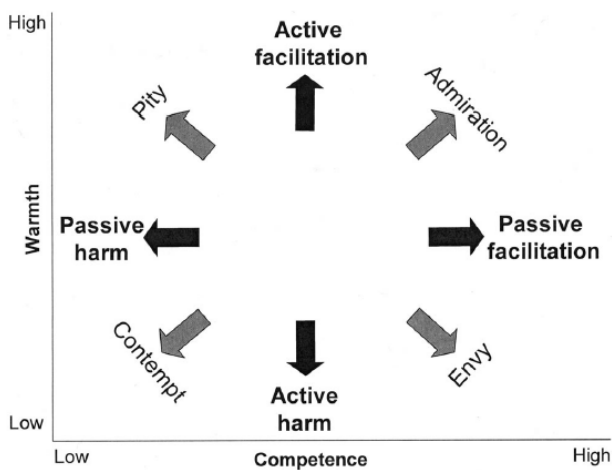


Figure 9. Behaviors from Intergroup Affect and Stereotypes (BIAS) map (Cuddy et al., 2007) représentant les émotions (en gris) et les comportements (en noir) associés aux croyances de chaleur (en ordonné) et compétence (en abscisse).

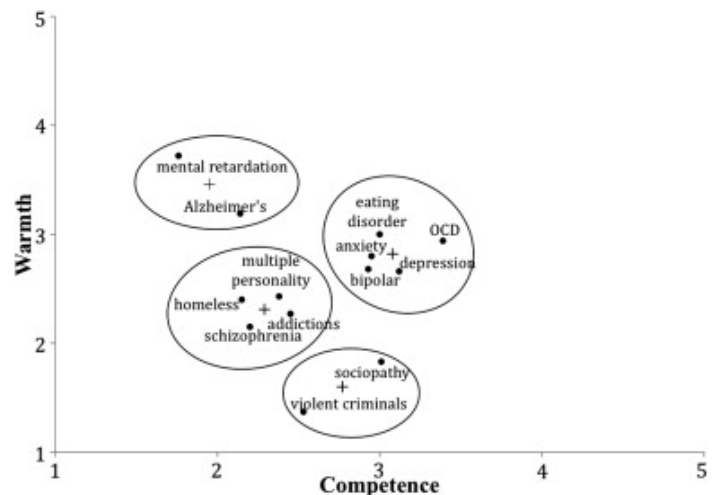


Figure 10. Modèle Chaleur/Compétence appliqué aux maladies mentales d'après les résultats de Sadler et al 2012

Le concept de **déshumanisation** explore différemment les attributions faites aux personnes qui ont un diagnostic de maladie mentale sévère. Définie comme un processus de négation de l'appartenance à l'humanité (Opatow, 1990), la déshumanisation est fréquemment présentée à travers le *dual model* qui comprend deux formes distinctes de déshumanisation, à savoir l'animaliste et la mécaniste (Haslam, 2006). La déshumanisation **animaliste** apparaît lorsqu'une personne est assimilée à un animal en étant perçue comme ne possédant pas de caractéristiques spécifiquement humaines (e.g. personne grossière, amoral, irrationnelle, sans culture et puérile). La déshumanisation **mécaniste** apparaît lorsqu'une personne est assimilée à un automate, un outil ou un objet en étant perçue comme présentant des caractéristiques réduites de la nature humaine (e.g. personne inerte, froide, rigide, passive, et superficielle). De ce *dual model* sont nées plusieurs représentations de la déshumanisation. Une première considère la déshumanisation en termes de déni des traits **uniquement** humains (e.g. la logique, la raison et la civilité) ou des traits **typiquement** humains (e.g. l'émotion et la chaleur interpersonnelle ; Demoulin, Leyens, et al., 2004; Haslam, 2006). Une deuxième utilise le concept d'**infrac humanisation**, un type de déshumanisation impliquant le déni de la capacité des personnes cibles à ressentir des émotions secondaires (e.g. la nostalgie, la honte) qui requièrent des capacités mentales d'ordre supérieur telles que l'autoréflexion ou la rétrospection (Demoulin, Torres, et al., 2004; Leyens et al., 2007). Ayant été associée à une moindre empathie, de nombreuses recherches se sont intéressées à de la déshumanisation des personnes dans les services de santé (Haque & Waytz, 2012) et dans les services de santé mentale (Diniz et al., 2019; Fontesse et al., 2019; Pavon & Vaes, 2017) répertoriant des conséquences délétères de cette stigmatisation.

II.4. Pratiques en santé mentale : source de stigmatisation

En 2003, Schulze avait mené une étude de *focus group* auprès des personnes ayant un diagnostic de schizophrénie et leurs familles, utilisant une question d'ouverture générale pour recenser « des situations dans lesquelles les personnes interrogées se sentaient incomprises ou exclues à cause de la maladie » (Schulze & Angermeyer, 2003, p. 302). Dans le classement des dix expériences les plus fréquentes, deux concernaient **les contacts avec les professionnels de santé mentale ou la qualité des soins dans les services de santé mentale** (voir figure 11). Ces résultats poussèrent l'auteur à conclure : « la stigmatisation liée aux soins de santé mentale représentaient près d'un quart (22,3 %) de toutes les expériences de stigmatisation signalées » (Schulze, 2007, p. 138), soit la plus grande part. En 2007, la première revue de littérature concernant la stigmatisation dans les soins en santé mentale est publiée, Schulze reconnaissant le

professionnel de santé mentale comme pouvant à la fois **stigmatiser**, **être victime de stigmatisation** et être un **puissant agent de déstigmatisation** (Schulze, 2007).

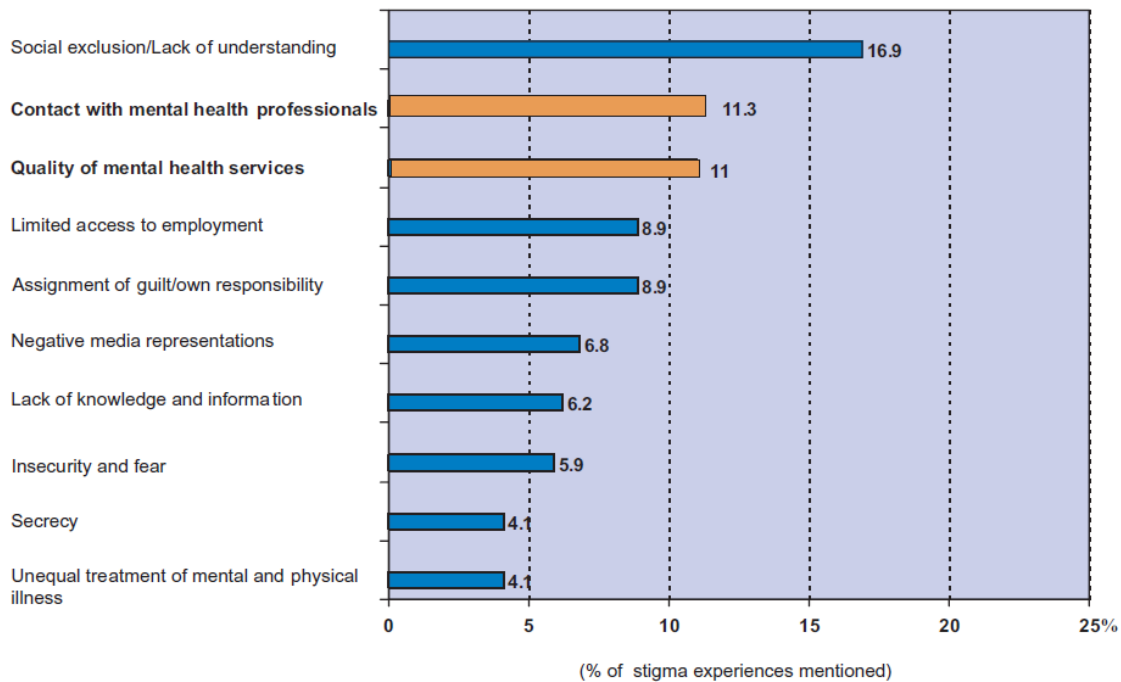


Figure 11. Les 10 expériences de stigmatisation les plus fréquentes selon les personnes qui ont un diagnostic de schizophrénie et leurs familles (Schulze, 2007; Schulze & Angermeyer, 2003)

Une revue de la littérature qualitative (Mestdagh & Hansen, 2014) s’est donnée pour objectif de recenser les principales sources de stigmatisation selon les personnes qui ont un diagnostic de schizophrénie. Trois thèmes majeurs ont permis d’identifier ces différentes sources : (i) les services de santé dont les **services de santé mentale**, (ii) les interactions sociales dans la vie quotidienne et (iii) la stigmatisation de soi. Les pratiques stigmatisantes référencées dans les services de santé impliquent l’infantilisation, le manque de respect, le manque d’information et d’explication concernant le soin, le refus d’impliquer la personne dans les décisions la concernant, le manque de confiance lors des plaintes somatiques ou encore la discontinuité du parcours de soin impliquant la nécessité de souvent raconter à nouveau son histoire personnelle (Mestdagh & Hansen, 2014). Plus récemment, une étude s’est intéressée aux formes de stigmatisation plus subtiles – voire micro-agression – rencontrées au contact des soignants en santé mentale : « l’expérience vécue n’est pas pertinente », « les personnes diagnostiquées avec une psychose n’ont aucun espoir de guérison », ou encore « le partage et la discussion des connaissances professionnelles ne sont pas nécessaires » (Amsalem et al., 2018, p. 163).

II.5. Conséquences de la stigmatisation

De récentes revues de littérature permettent d'avoir une vision globale des conséquences de la stigmatisation selon qu'elles impactent spécifiquement les usagers ou leurs familles (Shi et al., 2019), et qu'elles fassent suite spécifiquement à la stigmatisation de soi (Dubreucq et al., 2021), à la couverture médiatique des maladies mentales (Ma, 2017), ou encore un dévoilement du diagnostic sur le lieu de travail (Jones, 2011). Une revue des conséquences de la stigmatisation (Sickel et al., 2014) souligne l'omniprésence de la stigmatisation rapportant des associations avec de **nombreux domaines** tels que l'accès à l'emploi, au logement, aux relations interpersonnelles de qualité, aux soins en santé physique et aux soins en santé mentale. À partir de ces résultats, les auteurs proposent un modèle théorique des relations entre la stigmatisation et ses conséquences (voir figure 12).

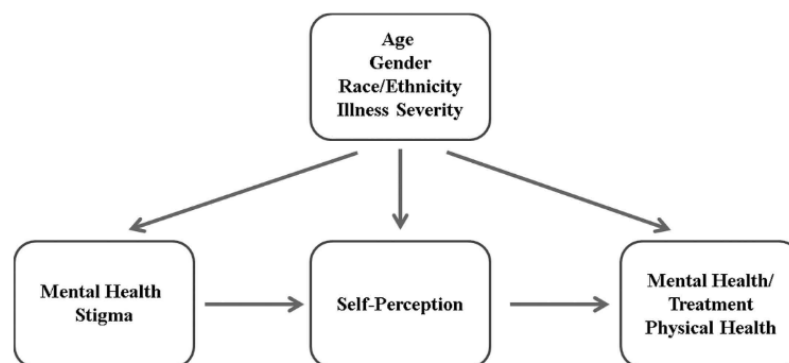


Figure 12. Association entre la stigmatisation et ses conséquences d'après Sickel et al., 2014.

Note. Les facteurs démographiques tels que l'âge, l'origine ethnique, le sexe et la gravité de la maladie sont associés à la stigmatisation de la santé mentale. Néanmoins, ces variables peuvent modérer toute relation entre la stigmatisation et ses conséquences. À leur tour, les variables internes à l'individu, comme la perception de soi, peuvent agir comme médiatrices dans la relation entre la stigmatisation et les soins en santé physique ou mentale.

Concernant les conséquences spécifiques à la stigmatisation de la schizophrénie, il n'existe pas, à notre connaissance, d'étude spécifique sur les conséquences directes de la stigmatisation résultant des pratiques en santé mentale. Cependant, une revue (Gerlinger et al., 2013) rapporte que la stigmatisation de la schizophrénie – de soi, perçue et expérimentée – prédit des conséquences délétères sur la **symptomatologie** (i.e. dépression et anxiété sociale plus importante), sur le **bien-être mental** (i.e. estime de soi et qualité de vie plus faible, moins bon rétablissement et moins d'espoir), sur le **fonctionnement social et professionnel** (i.e. efficacité personnelle, fonctionnement professionnel et fonctionnement social altérés, retrait social), ainsi que sur **l'adhésion au soin** (i.e. assiduité et participation plus faible). Des recherches plus récentes

ont élargi le spectre des conséquences de la stigmatisation.

Quelques études rapportent également des conséquences de la stigmatisation des maladies mentales sur les **professionnels de santé mentale**. Tout d'abord, pour la population générale, certains stéréotypes de la maladie mentale se reportent sur les professionnels, qui sont perçus comme moins empathiques, agréables, prévisibles ou conventionnels (Ebsworth & Foster, 2017). D'autres études rapportent que chez les professionnels de la santé mentale, cette stigmatisation associée est corrélée à une plus grande dépersonnalisation, à un plus grand épuisement émotionnel et à une moindre satisfaction professionnelle, voire plus globalement à un risque de burnout plus élevé (Verhaeghe & Bracke, 2012; Yanos et al., 2020). Dans les unités où les professionnels signalent une stigmatisation associée plus importante, les usagers de services font l'expérience d'une plus grande stigmatisation de soi et d'une moindre satisfaction du soin (Verhaeghe & Bracke, 2012). Enfin, l'utilisation de pratiques coercitives comme la contention ou l'isolement – souvent utilisées sans consentement, désignées violentes par les usagers et critiquées par les soignants – ne sont pas sans conséquences pour les soignants en santé mentale. Une étude rapporte que la majorité des soignants éprouvent de l'impuissance, du chagrin, de l'anxiété, de la colère, de la culpabilité, du désespoir et de la compassion lors de la mise en place de ces mesures (Krieger et al., 2021).

CONTRIBUTIONS SCIENTIFIQUES

III.

Cadre du travail doctoral

Le programme **STIGMA***pro*

« J'ai aussi compris pourquoi il est si difficile de faire évoluer les mentalités des professionnels. Traditionnellement, on voyait la schizophrénie comme une maladie plus ou moins dégénérative, qui conduisait à une détérioration plutôt inévitable. Le cerveau ne fonctionnait pas bien, et on pouvait au mieux contrôler les symptômes ; il n'était pas question d'un retour à la vie normale. Ce qui est bizarre, c'est que cette vision viendrait de quelque ancien psychiatre comme Emile Kraepelin, qui avait nommé la schizophrénie « démence précoce », c'est pour dire ! L'ennui, c'est que Kraepelin est mort il y a presque cent ans, alors qu'il y a tant de choses qui ont changé depuis. Lui et ses confrères étaient peut-être très bons à leur époque, mais ceux qui se prévalent encore de leur vision des psychoses aujourd'hui ont certainement omis quelques mises à jour de leur connaissance. »

(Luc Vigneault, Cap sur le rétablissement, 2020, p.51)

III.1. Constats et postulats

La stigmatisation de la maladie mentale a de **nombreuses conséquences délétères** sur les usagers et l'offre de soins dont ils disposent (voir II.5.). La réduction de la stigmatisation est un enjeu de santé publique **reconnu nationalement**, d'une part dans le rapport ministériel Laforcade (2016) et d'autre part grâce aux manifestations associatives qui se multiplient (e.g. Colloque "Vaincre la stigmatisation des maladies psychiques", UNAFAM, 2018 ; édition 2020 des Semaines d'Information sur la Santé Mentale sur le thème de « Santé Mentale et Discrimination »). La réduction de la stigmatisation est également un enjeu de santé publique **reconnu internationalement** dans la Convention Internationale des Droits des Personnes Handicapées (CIDPH, United Nations, 2014), et dans le plan d'action pour la santé mentale de l'OMS (World Health Organization, 2013).

Les pratiques en santé mentale sont l'une des principales sources de stigmatisation selon les usagers et leurs familles (voir II.4.). Les mouvements d'**usagers** et de **familles** ainsi que de nombreux **professionnels** ont milité et militent toujours pour de meilleures pratiques en santé mentale (voir I.1). La **contrôleuse des lieux de privation de liberté** tire la sonnette d'alarme annuellement concernant le manque de respect des droits fondamentaux des patients en psychiatrie (Hazan, 2019). La réduction de la stigmatisation est également reconnue comme un processus favorisant le **rétablissement** des usagers selon le modèle CHIME (Leamy et al., 2011).

La stigmatisation n'est pas sans conséquence non plus pour les **professionnels de santé mentale** (II.5.). Les stéréotypes négatifs portés à l'égard des usagers, comme l'imprévisibilité ou la froideur, sont également associés aux soignants (Ebsworth & Foster, 2017). Les pratiques stigmatisantes ont également un impact délétère sur la qualité de vie au travail des soignants (Verhaeghe & Bracke, 2012; Yanos et al., 2020). Ainsi, si les soignants sont une source de stigmatisation **malgré eux**, la première revue de littérature concernant leur rapport à la stigmatisation les décrit également comme de **puissants agents de déstigmatisation** (Schulze, 2007).

Dans ce contexte, le programme de recherche **STIGMA^{pro}** fut élaboré dans le but de répondre aux problématiques citées, postulant que les pratiques stigmatisantes sont un des freins principaux à l'émergence des pratiques plus efficaces et respectueuses des usagers.

III.2. Présentation et objectifs

STIGMA_{pro} est un programme de recherche créé sous l'impulsion du Pr Antoinette PROUTEAU, en partenariat avec le Centre Hospitalier de Jonzac, l'Université de Bordeaux et l'Agence Régionale de Santé de Nouvelle-Aquitaine (ARS N-A). Lancé au début de l'année 2019, le projet est financé pour quatre ans par l'ARS N-A, l'Institut de Recherche en Santé Publique (IReSP) et la Fondation Internationale de la Recherche Appliquée sur le Handicap (FIRAH). Kévin-Marc VALERY, doctorant et co-rédacteur du projet, est employé en tant que coordonnateur du programme et en est l'interlocuteur principal.

STIGMA_{pro} s'est donné pour objectif de créer une **intervention visant à réduire la stigmatisation dans les pratiques de santé mentale**. Pour atteindre cet objectif, le programme s'inscrit dans une démarche d'*evidence-based practice* (i.e. pratique basée sur les preuves). Cette perspective désigne un processus de prise de décision qui conjugue trois « piliers » : les **données probantes** issues de la recherche scientifique (e.g. les résultats scientifiquement validés et mis à jour), l'**expertise clinique** du soignant (sa capacité d'utiliser ses connaissances théoriques et son expérience clinique) et les **valeurs et préférences des usagers**. (APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice, 2006).

STIGMA_{pro} s'organise en 3 phases :

- Une phase de **recherche fondamentale** (janvier 2019 – février 2021, voir tableau 2), dont l'objectif est d'approfondir les connaissances sur la stigmatisation dans les pratiques de santé mentale et de faire émerger des solutions réduisant cette stigmatisation.
- Une phase de **recherche appliquée** (mars 2021 – août 2022, voir tableau 2), dont l'objectif est de créer et mettre en place une intervention visant à réduire la stigmatisation en santé mentale, de tester sa viabilité et son efficacité. Le contenu de l'intervention est issu des travaux de la première phase.
- Une phase de **diffusion des savoirs** (octobre 2021 – décembre 2022), dont l'objectif est de communiquer sur les travaux de recherche et de diffuser les solutions qui ont émergé concernant ce travail (cf. annexes 1 à 4 et site du programme : <https://labpsy.u-bordeaux.fr/Travaux-de-recherche/STIGMA>)

L'*evidence-based practice* exige la prise en compte de l'expertise des professionnels et le respect des valeurs et préférences des usagers. Ainsi, **STIGMA_{pro}** s'est doté d'un **comité scientifique** qui réunit des enseignants-chercheurs (en neuropsychologie, psychologie clinique, sociale et du travail, ainsi qu'en santé publique), des professionnels de santé mentale

(i.e. psychologues, psychiatre, ergothérapeute, médiatrice de santé-pair, cadre infirmier), des représentants des usagers et de leurs familles (ex-usagers, UNAFAM), des acteurs de la lutte contre la stigmatisation (Centre Collaborateur de l’OMS, Psycom) et des représentants de l’ARS N-A (voir figure 13). Plus qu’un rôle consultatif, il est donné **un rôle décisionnel** à ce comité scientifique. En effet, le comité ordonne les axes de recherche selon leur priorité, prend part à la construction des enquêtes, expérimentations et de l’intervention finale. Il facilite également la diffusion des recherches et de leurs résultats. Le comité scientifique se porte également garant de l’intégrité scientifique, déontologique et éthique des recherches mises en œuvre.

STIGMA_{pro} s’est aussi engagé dans un partenariat avec **ClubHouseBordeaux**, une association réunissant des personnes qui ont connu un parcours en santé mentale. Les membres de cette association, qui étaient volontaires pour collaborer avec le programme, mettent leur savoir expérientiel au service des travaux de recherche. Dans une perspective de recherche participative, des sujets tels que la construction des items des enquêtes ou encore l’interprétation des résultats animent des rencontres bimensuelles depuis la phase 1 de **STIGMA_{pro}**.

Tableau 2. Calendrier des études de deux premières phases du programme **STIGMA_{pro}**.

		2018	2019	2020	2021	2022
Réunions du comité scientifique						
Phase 1	STIGMA_{pro} UsagersFamilles			●	●	
	STIGMA_{pro} Review		●	●		
	STIGMA_{pro} Survey			●	●	
	STIGMA_{pro} Incompétence			●	●	●
	STIGMA_{pro} Expérimentation				●	●
Phase 2	STIGMA_{pro} Intervention pilote				●	●

Note. Les étendues vont de la conception de l’étude jusqu’à la fin de la rédaction de l’article concernant l’étude. Les parties les plus foncées désignent le recueil de données.

Comité Scientifique du programme

STIGMA/pro



Luc VIGNEAULT
Patient partenaire de recherche et d'ensgt en santé mentale



Roselyne TOUROUDE
Vice-Présidente



Anne ERNOULT
Médiatrice Santé Pair



Anne-Sophie LAVAUD
Responsable Pôle Autonomie et Dép. Santé Mentale et Publics avec difficultés spécifiques



Nadejda LALBIN-WANDER
Chargée de mission Santé mentale et Psychiatrie



Linda CAMBON
Titulaire Chaire Prévention



Charlotte DECROIX
Doctorante Inserm U1219 Bordeaux Population Health



Pr. Jérôme WITTEWERT
Professeur d'économie



Pr. Antoinette PROUTEAU
Porteur du Projet



Kévin-Marc VALERY
Coordinateur du projet



Sarah GUIONNET
Ingénieure d'étude du projet



Thomas FOURNIER
Neuropsychologue Clinicien



Louis VIOLEAU
Neuropsychologue Clinicien Docteur en psychologie



Florence YVON
Neuropsychologue Clinicienne Docteur en psychologie



Dr. Jean-Marc DESTAILLATS
Chef de pôle psychiatrie adulte



Éric MARTINEZ
Directeur CH Jonzac



Julien BONILLA-GUERRERO
Ergothérapeute et coordonnateur ESPPAIR



Daniel LE GUILLERMIC
Cadre supérieur de santé



Alice FOLLENFANT
MCU en psychologie sociale, clinique et psychopathologie



Antonin CARRIER
MCU en psychologie sociale



Alexandre PASCUAL
MCU-HDR en psychologie sociale



Sonia LABERON
MCU en psychologie du travail et des organisations



Aude CARIA
Directrice



Sophie ARFEUILLERE
Responsable formation et pédagogie



Bérénice STAEDL
Responsable de programme au COMS



Figure 13. Comité scientifique du programme de recherche

Note. Danielle Quemper, membre de l'association ClubHouseBordeaux, fait également parti du Comité scientifique mais ne figure pas encore dans la dernière version du trombinoscope.

IV.

Situations de stigmatisation en santé mentale

« Le soignant qui a été le plus utile pour moi, c'est celui qui s'est centré sur mes projets. À l'époque j'étais fragile. Puis j'ai rencontré ce soignant qui a orienté nos entretiens vers mes goûts, mes projets et mes envies. Comme tout le monde, je voulais faire des choses qui me plaisaient et dans lesquelles je pouvais m'épanouir. Du coup, j'ai repris des activités que je faisais avant ma maladie, comme le sport ou l'art. Je voulais garder mes moyens d'expressions. Avec le soutien de ce soignant, j'ai fait du sport au niveau national et mes photos ont été exposées une dizaine de fois. Maintenant, j'anime moi-même des ateliers de sport ou de photographie. Tout ça a énormément amélioré mon moral. »

Pascal, membre du ClubHouseBordeaux, expert sur le programme STIGMA^{pro}

IV.1. Article n°1 : When mental health care is stigmatizing: experience of users and families and associated factors

*IV.1.1. Introduction à l'enquête **STIGMA**pro chez les usagers et les familles*

De nombreuses études rapportent que les services en santé mentale, le contact avec leurs soignants ou encore les pratiques sont **une des sources principales de stigmatisation** selon les personnes qui ont une schizophrénie et leurs familles (Amsalem et al., 2018; pour revue voir Mestdagh & Hansen, 2014; Schulze & Angermeyer, 2003). Plusieurs situations ont été répertoriées comme stigmatisantes : l'infantilisation, le manque de respect, le manque d'informations et d'explications concernant le soin, le refus d'impliquer la personne dans les décisions la concernant, la croyance que le vécu de la personne n'est pas pertinent, la croyance que le rétablissement n'est pas possible, le manque de confiance lors des plaintes somatiques, ou encore la discontinuité du parcours de soin impliquant la nécessité de souvent raconter à nouveau son histoire personnelle.

Cependant, les études actuelles comportent de **nombreuses limites**. Certaines des situations citées concernaient globalement les services de santé, sans savoir si les participants faisaient référence spécifiquement aux services de santé mentale (Mestdagh & Hansen, 2014). De plus, l'utilisation du terme « situation stigmatisante » entraîne une confusion entre situation occasionnant de la souffrance et situation spécifiquement due à la stigmatisation. Le concept de la stigmatisation implique que les participants aient connu ces situations parce qu'ils étaient réduits à leur appartenance groupale, à leur catégorie diagnostique. La souffrance n'est pas un élément qui entre en compte dans la définition d'une situation stigmatisante.¹ En outre, les proches des usagers sont une source d'information rarement consultée sur le sujet de la stigmatisation vécue dans le parcours de soin. Enfin, il n'existe aucune étude publiée sur ce sujet dans le contexte des services de santé mentale en France, alors que l'aspect culturel de la stigmatisation est déterminant (Hengartner et al., 2012).

Cette étude avait donc pour objectif d'**identifier les situations de stigmatisation vécues par les usagers ayant un diagnostic de schizophrénie et leurs familles dans les soins de santé mentale, ainsi que les facteurs associés à ces expériences**. Dans une approche centrée sur les

¹ Par exemple, le fait de ne pas participer aux décisions de soin peut être dû à la stigmatisation suite à la croyance que les personnes qui ont un diagnostic de schizophrénie ne peuvent pas raisonner concernant leur santé mentale. Mais cette même situation peut ne pas être due à la stigmatisation, dans le cas où le service a proposé à l'utilisateur de participer et qu'il ait refusé, préférant que ses proches soient les interlocuteurs. Si les deux situations évoquées peuvent occasionner de la souffrance (e.g. sentiment d'impuissance, d'incompétence), seule la première est une situation occasionnée par la stigmatisation.

solutions, notre objectif était également de mesurer les facteurs associés à cette stigmatisation de la schizophrénie, dans l'espoir de pouvoir en tirer de potentiels leviers anti-stigma pour la suite du programme.

Cette étude s'inscrit dans une démarche de **recherche participative**. Elle inclut, dans un premier temps, un *focus group* pré-enquête composé uniquement par des membres volontaires du ClubHouseBordeaux qui a permis de construire et statuer sur le contenu de l'enquête. Les items du questionnaire ont entièrement été rédigés par ces mêmes membres. La méthodologie fut ensuite soumise du comité scientifique et l'enquête fut diffusée par les chercheurs, l'association ClubHouseBordeaux et l'UNAFAM. L'interprétation des résultats fut discutée avec toutes les parties citées.

When mental health care is stigmatizing: experience of users and families and associated factors^{2 3}



Kevin-Marc VALERY^{1,2}, Thomas FOURNIER^{1,2}, Louis VIOLEAU^{1,2}, Sarah GUIONNET¹, Julien BONILLA-GUERRERO², Aude CARIA³, Antonin CARRIER¹, Jean-Marc DESTAILLATS², Alice FOLLENFANT¹, Sonia LABERON⁴, Nadeja LALBIN-WANDER⁵, Éric MARTINEZ², Danielle QUEMPEL⁶, Bérénice STAEDEL⁷, Roselyne TOUROUDE⁸, Luc VIGNEAULT⁹, Antoinette PROUTEAU^{1,2}

¹Univ. Bordeaux, LabPsy, EA 4139, F-33000 Bordeaux, France

²Adult Psychiatry Department, Jonzac Hospital, Jonzac 17500, France.

³PsyCom, Paris 75014, France.

⁴COMPTRASEC, UMR5114CNRS-33000 Bordeaux, France

⁵A.R.S. N-A, Bordeaux 33000, France.

⁶ClubHouseBordeaux, Bordeaux 33000, France

⁷CCOMS EPSM Lille Métropole, Lille 59000, France.

⁸UNAFAM, Paris 75000, France.

⁹Université Laval, Québec, QC, Canada

Correspondence and reprint requests to: K.M. Valery, University of Bordeaux, 3 ter place de la Victoire, 33076 Bordeaux, France. E-mail: kevin-marc.valery@u-bordeaux.fr

² Cet article est soumis à Community Mental Health Journal

³ Cet article fait l'objet d'une synthèse pédagogique sous forme de plaquette, voir Annexe 1

Abstract

Background: Mental health care is considered to be one of the main sources of mental illness stigmatization. Detailed information about these stigmatization experiences is needed to reduce stigma in mental health practices.

Objectives: The study aimed i) to identify the most relevant stigmatizing situations in mental health care encountered by users and families, ii) to characterize the relative importance of these situations in terms of frequency, experienced stigmatization and suffering, and iii) to identify individual and contextual factors associated with these experiences.

Methods: In a focus group, users were asked to select the 15 most relevant stigmatization situations among those they elicited and those that were taken from the literature. An online survey was then conducted among users and family members to characterize these situations and identify predictors.

Results: A total of 235 participants were included: 59 participants with schizophrenia diagnosis, 96 with other psychiatric diagnoses and 80 family members. The results revealed 15 situations with different levels of frequency, stigmatization and suffering. Participants with a diagnosis of schizophrenia experienced more situations of stigmatization and with a higher frequency. Moreover, factors such as recovery-oriented practices and measures without consent were the best predictors of experienced stigmatization.

Conclusion: These original stigmatization situations could be targeted to reduce stigmatization and associated suffering in mental health practices. Results strongly suggest that recovery-oriented practice should be fostered to fight stigma in mental health care.

Keywords: Stigmatization, Mental health professionals, Mental health practices, Schizophrenia

Significant Outcomes:

- In both users with a psychiatric diagnosis and families, the two most stigmatizing situations were: lack of consideration for somatic complaints and lack of confidence in the user's recovery.
- Interestingly, mis-communication with families was the most frequent situation of stigmatization for participants in the family sample.
- Three situations showed high scores on all three dimensions (stigmatization, suffering and frequency): infantilization, lack of information and explanations, and lack of consideration for social inclusion.
- The results highlight the differential treatment of users with a diagnosis of schizophrenia: violent practices were more frequently experienced by participants with schizophrenia as well as the dangerousness stereotype. These two stigmatization experiences were associated with the highest scores of suffering reported by users and families.
- Coercion measures, such as seclusion or restraints, predicted higher stigmatization scores.

Limitations:

- Given that the study mainly aimed to identify the 15 most relevant situations of stigmatization in mental healthcare encountered by users and families, we cannot exclude those other situations may be experienced in mental health pathways.
- Self-reported measures of stigmatization may have fostered social desirability in participants' responses.
- Other potentially associated factors could have been included given their importance in the literature, such as biological beliefs or self-stigma.

1. Introduction

The consequences of mental illness stigma are numerous and highly damaging to individuals, their families, the health care system and society (B. G. Link et al., 1997; Wittchen et al., 2011). More than 40% of people with schizophrenia feel highly stigmatized (Brohan et al., 2010), and even experience stigma as a “second illness” (Schulze & Angermeyer, 2003). The negative consequences of perceived/experienced stigma have been described at several levels such as symptoms and self-esteem (Lysaker et al., 2008, 2009), quality of life, empowerment, seeking and adherence to mental health care (Corrigan et al., 2014; Gerlinger et al., 2013), and suicidality (Sharaf et al., 2012). Stigma also adversely impacts employment, income, and public views about the allocation of social benefits and healthcare costs (Sharac et al., 2010). Detailed research targeting stigmatization and its causes is thus needed to be able to successfully fight discrimination and promote diversity (Angermeyer & Dietrich, 2006; Knaak & Patten, 2016). The mental health care system and mental health professionals (MHP) have been identified by persons with schizophrenia as one of the major sources of stigmatization (Mestdagh & Hansen, 2014; Schulze & Angermeyer, 2003). Despite its importance and consequences on mental health care efficacy, stigma in mental health care has received little attention in the international literature in comparison with stigma in the general population.

In a recent literature review on schizophrenia stigma in MHP (Valery & Prouteau, 2020) we reported that schizophrenia is one of the most stigmatized mental illnesses, compared to depression or borderline personality disorder. Moreover, in comparison with other social groups (general population, relatives, other professionals and persons with schizophrenia themselves), MHP consistently report fewer dangerousness beliefs toward schizophrenia and more positive beliefs regarding pharmacological treatment. Nevertheless, results are less consistent regarding prognosis beliefs and desire for social distance.

A review of qualitative studies (Mestdagh & Hansen, 2014) reported numerous situations of stigmatization occurring in the context of somatic or psychiatric health care (e.g. paternalism, lack of respect, lack of appropriate information concerning the disease or treatment possibilities, lack of participation in the decision-making process). A more recent qualitative study on subtle expressions of stigmatization among MHP reported additional stigmatization situations such as pessimism of the schizophrenia prognosis, incompetence stereotypes (i.e. users and families not being able to understand their condition), and disregard for lived experience as a source of knowledge (Amsalem et al., 2018). However, the focus of these studies was not always specific to mental health care contexts, and they did not provide information regarding the relative importance of these

stigmatization situations, as well as details concerning their negative impact on users and their families. Yet such information is needed to identify relevant and specific targets in interventions aimed at reducing stigmatization in mental health practices.

Though rarely investigated, another important aspect of these stigmatization situations in mental health care is the effect of associated factors. Indeed, schizophrenia stigmatization in MHP has been associated with several factors (for a recent review see (Valery & Prouteau, 2020)), classified according to four dimensions: socio-demographic characteristics of MHP, professional contextual characteristics, professional individual characteristics and MHP's theoretical beliefs. Among the latter, perceived similarities (i.e. sharing similarities or common points with persons with schizophrenia) were associated with a lower stigmatization in MHP (Servais & Saunders, 2007; Valery & Prouteau, 2020) as well in the general population (Violeau et al., 2020). Some practices have also been shown to be strong predictors of lower stigma, such as recovery-oriented practices (Valery, Violeau, et al., submitted). Results are more inconsistent regarding the effect of psychiatric services (e.g. hospitalization versus community centers) or professions (e.g. psychiatrists versus nurses).

The aims of the study were i) to identify the most relevant stigmatizing situations in mental health care encountered by users and families, ii) to characterize the relative importance of these situations in terms of frequency, experienced stigmatization and suffering, and iii) to identify individual and contextual factors associated with these experiences.

2. Method

2.1. Survey construction

The most relevant stigmatizing situations in mental health care were first selected by a preliminary participative step. Stigmatization situations were listed exhaustively according to two sources: i) a focus group with persons who have experienced mental health services; ii) international literature (i.e. review (Mestdagh & Hansen, 2014), and a more recent study (Amsalem et al., 2018)). The pre-survey focus group began with a general question to elicit situations in which participants "felt misunderstood, excluded, stereotyped, discriminated or mistreated due to their diagnosis in mental health services". The question was taken from (Schulze & Angermeyer, 2003). Volunteers were contacted through a users' association (i.e. Club House of Bordeaux) (N=10). The inclusion criterion was to have experienced mental health services such as psychiatric emergency, full hospitalization, day hospitalization, community mental health center or psychiatric rehabilitation center. Participants were then presented with other stigmatizing situations drawn from the

international literature (see table 1 for the list of all situations). Finally, they were asked to select the 15 most relevant stigmatization situations among those they elicited and those taken from the literature.

Table 1. Potentially stigmatizing situations in mental health care pathway according to literature and pre-survey focus group.

<i>Potentially stigmatizing situations</i>	<i>Sources</i>
<u>Asymmetrical relationships</u>	
<i>Treating users in a paternalistic way/ to infantilize / to treat them like children</i>	Mestdagh et al (2014); Amsalem et al (2018); Focus group
<i>Considering that mental health professional know what is best, what is right, that users don't know</i>	Amsalem et al (2018); Focus group
<i>Considering that users do not have relevant information to provide</i>	Amsalem et al (2018); Focus group
<i>Ignoring the importance of lived experience, of users' expertise</i>	Amsalem et al (2018)
<u>Lack of humanity in relationship</u>	
<i>Treating users without empathy, compassion, humanity or attention. Treating users in a cold way.</i>	Focus group
<i>Treating users without respect</i>	Mestdagh et al (2014); Focus group
<i>Labeling users with stigmatized terms ("crazy", "lunatic" or "assisted", "cost a lot to society")</i>	Amsalem et al (2018); Focus group
<u>Lack of appropriate information or explanations</u>	
<i>Not informing users of their rights</i>	Focus group
<i>Using medical jargon</i>	Focus group
<i>Not giving appropriate information concerning the user's disease</i>	Mestdagh et al (2014); Amsalem et al (2018); Focus group
<i>Not giving appropriate information concerning their treatment</i>	Mestdagh et al (2014); Focus group
<i>Not explaining restraint or seclusion measures</i>	Focus group
<u>Lack of collaboration</u>	
<i>Not allowing users to take part in decision-making process regarding their care/ not collaborating</i>	Mestdagh et al (2014)
<i>Considering users as unable to discuss their condition, considering it's beyond their comprehension</i>	Amsalem et al (2018)
<i>Considering users who question their treatment as uncooperative patients</i>	Mestdagh et al (2014)
<u>Discrediting somatic problems</u>	
<i>In non-psychiatric somatic complaints, being suspicious, judging users as ridiculous</i>	Mestdagh et al (2014); Focus group
<u>Discontinuity of care</u>	
<i>Users having to retell their story many times because the care contexts often change</i>	Mestdagh et al (2014); Focus group
<u>Pessimism about recovery</u>	
<i>Conveying a stigmatizing and pessimistic view of a disease with no hope of recovery</i>	Amsalem et al (2018); Focus group
<i>Not informing users and family about hope of recovery</i>	Amsalem et al (2018)
<i>Focusing more on the disease and problems than on the person and their projects</i>	Focus group
<i>Not to have social inclusion as an objective</i>	Focus group
<u>Violent and dehumanizing practices</u>	
<i>Using restraint or seclusion measures</i>	Focus group
<i>Not guaranteeing modesty during hospitalization (camera placement, imposing the wearing of pajamas...)</i>	Focus group
<i>Fearing users / thinking they are dangerous</i>	Focus group
<u>Blaming users for disease and outcomes</u>	
<i>Judging users as solely responsible for onset of their disease</i>	Focus group
<i>Judging users as solely responsible for maintaining their disease</i>	Focus group
<u>Communication difficulties with families</u>	
<i>Not managing communication with family and friends professionally (not informing about exchanges, not asking permission, not asking who to contact first)</i>	Focus group

2.2. Procedure

The survey was conducted between March 2020 and June 2020. We designed an online study using Limesurvey® free software. Cookies were used to prevent multiple participation. To protect participants' anonymity, several parameters were blocked and not registered by Limesurvey® (IP address, date and time when completing the survey). Participants' responses were collected without any time constraint. They could not save their responses so that they could complete the questionnaire later.

After informed consent was obtained, participants completed a 10-20-minute questionnaire targeting stigmatization situations experienced in mental health care and potential associated factors. The order of the scales was randomized, as was the order of items on each scale. Finally, participants were asked to answer socio-demographic questions. The study was conducted in accordance with French bioethics laws involving human beings. Ethical agreement was obtained from the LabPsy's Local Ethical Committee of the University of Bordeaux (register n°: 2019.11.CLE.002).

2.3. Participants

Volunteers were recruited on social networks, and family members were recruited via an associative network (Union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques: UNAFAM). Inclusion criteria were: i) to be a person or a family member of a person with mental illness diagnosis (schizophrenia spectrum and other psychotic disorders, bipolar and related disorders, depressive disorders, anxiety disorders); and ii) having experienced mental health care in at least one psychiatric department (psychiatric emergency, full hospitalization, day hospitalization, community mental health center, psychiatric rehabilitation center). A total of 155 users of mental health services and 80 family members of persons with schizophrenia diagnosis were included (see table 2 for characteristics of participants).

Table 2. Characteristic of the participants

	Users (N=155)			Families (N=80)
	Total	Schizophrenia (N=59)	Others (N=96)	
Reported diagnoses and comorbidities				
Schizophrenia Spectrum Disorder	38.06%(59)	100,00%(59)	0,00%(0)	100%(80)
Bipolar Disorder	45.16%(70)	18.64%(11)	61.46%(59)	11.25%(9)
Major Depression Disorder	42.58%(66)	25.42%(15)	53.13%(51)	8.75%(7)
Anxiety Disorder	44.52%(69)	23.73%(14)	57.29%(55)	7.50%(6)
Alcohol use*	40.65%(63)	38.98%(23)	41.67%(40)	31.25%(25)
Drug use*	40.65%(63)	49.15%(29)	35.42%(34)	52.50%(42)

Table 2. Characteristic of the participants

	Users (N=155)			Families (N=80)
	Total	Schizophrenia (N=59)	Others (N=96)	
Experienced Mental Health Services				
Psychiatric emergency	79.35%(123)	81.36%(48)	78.13%(75)	82.50%(66)
Full-time hospitalization	83.87%(130)	83.05%(49)	84.38%(81)	88.75%(71)
Hospital day care	36.13%(56)	47.46%(28)	29.17%(28)	51.25%(41)
Rehabilitation service	14.19%(22)	27.12%(16)	6.25%(6)	16.25%(13)
Community mental health center	74.19%(115)	81.36%(48)	69.79%(67)	75.00%(60)
Psychiatrist in private practice	72.26%(112)	64.41%(38)	77.08%(74)	48.75%(39)
Psychologist in private practice	40.65%(63)	38.98%(23)	41.67%(40)	25.00%(20)
Home nursing service	16.77%(26)	25.42%(15)	11.46%(11)	32.50%(26)
Therapeutic follow-up by general practitioner	23.87%(37)	18.64%(11)	27.08%(26)	15.00%(12)
Practices Experienced				
Recovery-oriented practices: mean(sd)	2.77(1.08)	2.63(1.04)	2.85(1.11)	3.00(1.43)
Hospitalization without consent: mean(sd)	1.33(2.47)	2.02(2.98)	0.91(2.00)	2.43(2.07)
Seclusion	36.77%(57)	45.76%(27)	31.25%(30)	58.75%(47)
Restraint measures	27.10%(42)	33.90%(20)	22.92%(22)	40.00%(32)
Therapeutic education	25.16%(39)	22.03%(13)	27.08%(26)	18.75%(15)
Pharmaceutical treatment	96.77%(150)	96.61%(57)	96.88%(93)	97.50%(78)
Psychotherapy with a psychologist	63.23%(98)	61.02%(36)	64.58%(62)	36.25%(29)
Psychotherapy with a psychiatrist	65.81%(102)	50.85%(30)	75.00%(72)	42.50%(34)
Group therapy	35.48%(55)	38.98%(23)	33.33%(32)	12.50%(10)
Family therapy	8.39%(13)	10.17%(6)	7.29%(7)	15.00%(12)
Neuropsychological assessment	16.77%(26)	25.42%(15)	11.46%(11)	31.25%(25)
Cognitive remediation	13.55%(21)	18.64%(11)	10.42%(10)	18.75%(15)
Therapy on social skills	5.16%(8)	8.47%(5)	3.13%(3)	15.00%(12)
Support by occupational therapist	14.84%(23)	27.12%(16)	7.29%(7)	10.00%(8)
Socio-demographic information & beliefs				
Age: mean(sd)	38.97(11.70)	35.75(10.64)	40.95(11.94)	32.91(12.58)
Gender of user (M)	24.52%(38)	47.46%(28)	10.42%(10)	77.50%(62)
Length of mental health care pathway (y)	16.41(11.24)	14.92(11.06)	17.33(11.32)	12.99(9.63)
Familiarity (yes)	32.26%(50)	50.85%(30)	20.83%(20)	27.50%(22)
Insight	6.26(1.59)	6.08(1.74)	6.36(1.49)	5.09(2.17)
Recovery level	5.52(2.89)	6.15(2.64)	5.14(2.98)	4.10(2.79)
Perceived Similarities	3.69(1.96)	3.77(2.16)	3.64(1.83)	2.56(1.60)
Lived experiences during mental health care pathway				
Stigmatization: mean(sd)	42.14(25.80)	47.76(25.44)	38.69(25.54)	47.25(26.79)
Suffering: mean(sd)	44.97(24.52)	48.59(25.22)	42.75(23.94)	47.85(25.49)

* Questions were: did professionals know that you were using alcohol / drug? ; sd= standard deviation; y= years

2.4. Measures

In the first part of the survey, participants were asked to select among 15 potentially stigmatizing situations (see table 3) those they had experienced in their own mental health care pathway. Situations that were not selected were excluded for the rest of the survey. Then, each of the experienced situations was probed individually through two questions:

- Suffering score: “Did you suffer from this situation?” (from 1: I did not suffer at all, to 7: I suffered extremely).

- Stigmatization score: “Why did this situation happen to you? Because the professionals considered you first and foremost as a psychiatric patient / they saw you in terms of your psychiatric illness?” (from 1: totally disagree, to 7: totally agree). A total stigmatization score was then calculated for each participant by summing all item scores. This score allowed us to estimate how stigmatized the participant felt in his or her mental health care pathway.

In the second part of the survey, associated factors were measured. Six blocks of factors were thus included: i) reported comorbidity, ii) services experienced, iii) practices experienced, iv) socio-demographic characteristics and v) beliefs (i.e. self-reports of insight, similarities and recovery). A sixth block of measures corresponded to socio-demographic information specific to family members.

Reported comorbidities were assessed through reported diagnoses. Participants were asked to select diagnoses they received from mental health professionals (i.e. schizophrenia spectrum disorder, bipolar disorder, major depression disorder, anxiety disorder). They were also asked if professionals knew they use alcohol or drugs.

They were then asked to select mental health services they experienced (psychiatric emergency, full-time hospitalization, hospital day care, rehabilitation service, community mental health center, psychiatrist in private practice, psychologist in private practice, home nursing service, therapeutic follow-up by general practitioner).

They were asked to select mental health practices they experienced (therapeutic education, pharmaceutical treatment, psychotherapy with a psychologist, with a psychiatrist, group therapy, family therapy, neuropsychological assessment, cognitive remediation, support by occupational therapist, therapy targeting social skills). Participants were also asked about the number of hospitalizations without consent, and whether they had experienced seclusion or restraint measures (coercion measures). To assess the experience of recovery-oriented practices, we developed a user version of the Recovery-Oriented Practice scale (Valery, Violeau, et al., submitted) with items taken from a recovery model and guidelines (Bird et al., 2014; Council, 2013). Each of the six items was rated on a 7-point frequency scale (from 1 “ I have never experienced this practice” to 7 “I have always experienced this practice”), for a total score between 6 and 42 (McDonald’s $\omega = .84$).

Participants were then asked to report socio-demographic information such as age, gender, length of mental healthcare pathway and familiarity (i.e. if they knew any mental health professional in their neighborhood, family, friends, colleagues).

They were finally asked to report some of their beliefs about mental health care. A similarity scale (Violeau et al., 2020) assessed their beliefs about their similarities or commonalities with mental health professionals through two items rated on a 7-point Likert scale (from 1: totally

disagree to 7: totally agree), for a total score between 2 and 14. To assess their recovery level, participants were asked to choose the stage of recovery that was most appropriate for them (based on (Andresen et al., 2006); 1: I'm in withdrawal, I have a deep sense of loss and despair; 2: I realize that all is not lost and that a fulfilling life is possible. I feel that I can do something about it; 3: I am preparing for recovery, assessing my strengths and weaknesses and analyzing the effort needed and the skills to be acquired; 4: I am actively rebuilding myself to establish a positive identity, meaningful goals and to take control of my life; 5: I am leading a meaningful life, marked by self-management, resilience and a positive self-image). Insight into illness was then assessed with the following question: "I consider that I have never had a mental health problem" (from 1: totally disagree to 7: totally agree). The family member version of the survey included an additional question assessing satisfaction regarding the relationship with health professionals: "I believe that healthcare professionals have included me as a partner in the pathway of care" (from 1 "never" to 7 "systematically").

2.5. Analyses

R software version 3.5.1 was used to perform analyses. As recommended by Revelle and Zinbarg (2009), total omega was preferred to Cronbach's alpha to assess internal consistency. The Pearson Chi-Square test was used to explore whether participants who had been diagnosed with schizophrenia felt more frequently stigmatized than those who had not been diagnosed with it (see table 4). Then, multiple linear regression models were used to identify the best predictors of the total stigmatization score associated with the mental health care situations. Analyses were conducted on a final sample merging families of persons who received a diagnosis of schizophrenia and users who received a diagnosis of schizophrenia. Predictors (independent variables) were included according to the following blocks: i) reported comorbidities (Model 1), ii) services experienced (Model 2), iii) practices experienced (Model 3), iv) socio-demographic information (Model 4), and v) beliefs such as self-report of insight, similarities and recovery (Model 5) (see table 5). A sixth model was computed with socio-demographic information specific to family members (see table 5). Finally, multiple linear regression analysis was used to gather all relevant predictors (p -value $>.05$) from the previous models (except the sixth) to constitute a final model. Starting from this final model, a backward elimination strategy was used in a stepwise manner (with p .value as criterion) until the parsimonious model was reached. Effect sizes were computed and interpreted according to Fritz et al (Fritz et al., 2012).

3. Results

3.1. Specificity of stigmatization situations frequency in participants with schizophrenia diagnosis

Among the 15 selected stigmatization situations, four were more frequently experienced by participants with a schizophrenia diagnosis than by those who never received a schizophrenia diagnosis (see table 3). Participants with a diagnosis of schizophrenia more frequently reported having experienced stereotypes of dangerousness (medium effect size), violent practices (small effect size), lack of information, explanations and involvement in decisions about their mental health care (small effect size).

Table 3. *Stigmatization situations frequencies by users according to their diagnosis*

	Schizophrenia (N=59)		Other diagnoses (N=96)		X ²	P value	Cramer's V
	Never experienced	Experienced	Never experienced	Experienced			
<i>I did not feel I was taken seriously by professionals when I had a somatic complaint (physical pain)</i>	42%(25)	58%(34)	43%(41)	57%(55)	0.00	1	.003
<i>I felt that the professionals did not believe that I could recover (live a satisfying, productive, and hopeful life despite the illness)</i>	46%(27)	54%(32)	60%(58)	40%(38)	2.6044	.1066	.143
<i>I felt that the professionals believed that I was a danger to others</i>	56%(33)	44%(26)	84%(81)	16%(15)	13.769	.0002*	.313
<i>I did not participate in decisions about my treatment</i>	17%(10)	83%(49)	38%(36)	63%(60)	6.4429	.0111*	.218
<i>Professionals did not pay attention to my inclusion in society (in work, social relations, housing etc.)</i>	39%(23)	61%(36)	51%(49)	49%(47)	1.6789	.1951	.117
<i>I consider myself to have been a victim of physically violent practices</i>	59%(35)	41%(24)	78%(75)	22%(21)	5.3911	.0202*	.201
<i>I felt infantilized</i>	17%(10)	83%(49)	28%(27)	72%(69)	1.9342	.1643	.127
<i>I did not feel respected in my intimacy and modesty</i>	36%(21)	64%(38)	48%(46)	52%(50)	1.787	.1813	.121
<i>I lacked information and explanations during my care (illness, treatments, projects...)</i>	12%(7)	88%(52)	27%(26)	73%(70)	4.1833	.0408*	.181
<i>The mental health professionals thought I wasn't trying very hard to get by</i>	61%(36)	39%(23)	65%(62)	35%(34)	.0759	.7829	.036
<i>The vocabulary (jargon) used by professionals complicated the care process</i>	63%(37)	37%(22)	69%(66)	31%(30)	.3574	.5499	.062
<i>The health care services I've experienced did not inform me about my rights</i>	27%(16)	73%(43)	26%(25)	74%(71)	.00	1	.012
<i>I felt little compassion from the mental health professionals</i>	25%(15)	75%(44)	36%(35)	64%(61)	1.5625	.2113	.115
<i>The professionals did not manage their communication with my family and friends well</i>	44%(26)	56%(33)	39%(37)	61%(59)	.2618	.6088	.055
<i>I have had to retell my story too many times</i>	25%(15)	75%(44)	16%(15)	84%(81)	1.6639	.1971	.134

NB: Effect size measured with Cramer's V: small effect under .30, medium effect between .30 and .50, large effect over .50 (Cohen, 1988)

Of note, participants with diagnoses other than schizophrenia experienced fewer situations of stigmatization ($M= 7.9$, $SD= 3.6$) than those with a schizophrenia diagnosis ($M= 9.3$, $SD=3.4$; $t(153)= 2.57$, $p = .018$, $d = .40$).

3.2. Characteristics of stigmatization situations in participants with schizophrenia diagnosis

Results regarding frequencies, suffering and stigmatization scores for each of the 15 stigmatization situations are shown in Table 4. Participants with a schizophrenia diagnosis experienced an average of 9.3 stigmatization situations among the 15 proposed ($SD=3.4$). Some situations were more frequently experienced than others (from 37.29% to 88.14% of the participants).

Similarly, family members of users with a schizophrenia diagnosis reported an average of 9.1 stigmatization situations among the 15 proposed ($SD=3.6$). Some situations were more frequently experienced than others (from 33.75% to 85%).

The results showed that all situations were attributed to stigmatization in mental health care, and they were all sources of suffering. Of note, the two most stigmatizing situations identified by both samples were: lack of consideration for somatic complaints and lack of confidence in the user's recovery. These two situations were also associated with the highest scores of suffering, along with violent practices. However, they were not the most frequent situations. Conversely, two other situations were the most frequent, though associated with medium stigmatization and low suffering scores: retelling my story, and lack of compassion.

Finally, three situations showed high scores on all three measured dimensions (stigmatization, suffering and frequency): infantilization, lack of information and explanations, and lack of consideration for social inclusion. The remaining situations were not distinguishable by any high score on the measured dimensions. Interestingly, mis-communication with families was the most frequent situation of stigmatization for participants from the family sample.

Table 4. Ranking of most stigmatizing situations according to users or family members of users who had experienced a mental health care pathway after a diagnosis of schizophrenia

Stigmatizing situations	Users (N=59)			Family members (N=80)		
	Stigmatization score M(SD)	Frequency	Suffering score M(SD)	Stigmatization score M(SD)	Frequency	Suffering score M(SD)
<i>I did not feel taken seriously by professionals when I had a somatic complaint (physical pain)</i>	6.00(1.63)	57.63%(34)	5.85(1.76)	5.73(1.75)	56.25%(45)	5.76(1.75)
<i>I felt that the professionals did not believe that I could recover (live a satisfying, productive, and hopeful life despite the illness)</i>	5.97(1.58)	54.24%(32)	5.97(1.62)	5.77(1.24)	60.00%(48)	5.60(1.51)
<i>I felt that the professionals believed that I was a danger to others</i>	5.92(1.47)	44.07%(26)	5.31(1.76)	5.10(1.92)	52.50%(42)	5.43(1.64)
<i>I did not participate in decisions about my treatment</i>	5.59(1.94)	83.05%(49)	4.84(1.92)	5.13(1.92)	75.00%(60)	5.20(1.81)
<i>Professionals did not pay attention to my inclusion in society (in work, social relations, housing etc.)</i>	5.47(1.66)	61.02%(36)	5.11(1.60)	5.70(1.48)	71.25%(57)	5.35(1.56)
<i>I consider myself to have been a victim of physically violent practices</i>	5.46(2.25)	40.68%(24)	6.08(1.53)	5.26(2.01)	33.75%(27)	5.74(1.56)
<i>I felt infantilized</i>	5.33(1.96)	83.05%(49)	5.08(1.75)	5.48(1.51)	67.50%(54)	5.24(1.58)
<i>I did not feel respected in my intimacy and modesty</i>	5.24(2.20)	64.41%(38)	5.50(1.78)	4.95(2.13)	46.25%(37)	5.49(1.79)
<i>I lacked information and explanations during my care (illness, treatments, projects...)</i>	5.17(1.77)	88.14%(52)	5.35(1.76)	5.41(1.73)	72.50%(58)	5.31(1.48)
<i>The mental health professionals thought I wasn't trying very hard to get by</i>	5.13(1.74)	38.98%(23)	5.26(1.45)	5.09(1.99)	42.50%(34)	5.56(1.56)
<i>The vocabulary (jargon) used by professionals complicated the care process</i>	5.09(2.09)	37.29%(22)	4.45(2.13)	4.90(1.93)	51.25%(41)	4.66(1.82)
<i>The health care services I've experienced did not inform me about my rights</i>	4.74(2.18)	72.88%(43)	4.65(2.13)	5.24(1.99)	56.25%(45)	4.62(1.96)
<i>I felt little compassion from the mental health professionals</i>	4.48(1.95)	74.58%(44)	5.02(1.92)	5.20(1.76)	63.75%(51)	5.31(1.46)
<i>The professionals did not manage their communication with my family and friends well</i>	4.21(2.22)	55.93%(33)	5.09(1.96)	4.97(1.96)	85.00%(68)	4.71(1.96)
<i>I have had to retell my story too many times</i>	3.82(2.20)	74.58%(44)	5.18(1.91)	4.17(2.11)	75.00%(60)	5.45(1.50)

3.3. Predictors of stigmatization score associated with mental health care situations

Multiple regression results with the total stigmatization score as criterion are shown in Table 5. Analyses were conducted on a final sample merging family members of users with a diagnosis of schizophrenia, and participants with a schizophrenia diagnosis, as shown in Table 4.

There was no significant predictor in models including reported comorbidities, services experienced, socio-demographic information and beliefs (Models 1, 2, 4 and 5). In the model including practices experienced (Model 3), practices without consent such as hospitalization without consent and coercion measures (i.e. restraints or seclusion) were significant predictors associated with a higher stigmatization score (medium effect size). Conversely, recovery-oriented practices were a significant predictor associated with a lower stigmatization score (strong effect size). These significant predictors were entered into a final model. From this model ($F(3,135) = 29.43, p = 1.054 \times 10^{-14}$, adjusted $R^2 = .3819$), compulsory hospitalization was excluded as a non-significant predictor ($\beta = .139, t(135) = 1.947, p = .0536$). The final model is shown in Table 5: 36.93% of the stigmatization

score variability was explained by the following in decreasing order of effect size: recovery-oriented practices and coercion measures. Finally, the regression model conducted specifically on the family sample (Model 6) showed that satisfaction about the relationship with professionals was associated with a lower stigmatization score (medium effect size).

Table 5: Regression results using users' stigma score as criterion

Predictor	<i>b</i> (<i>se</i>)	<i>t</i> value	<i>p</i> value	<i>beta</i>	<i>beta</i> 95% CI [LL,UL]	Adjusted Eta ²	Fit
Model 1:							
Reported co-diagnosis							
(Intercept)	44.06(3.5)	12.66	<2 ⁻¹⁶		[-6.88,6.88]		
Bipolar Disorder	9.09(6.5)	1.395	.165	.123	[-12.8,13.0]	.006	
Major Depression Disorder	-8.88(6.8)	-1.305	.194	-.125	[-13.6,13.3]	.030	
Anxiety Disorder	-5.21(7.3)	-.717	.474	-.070	[-14.4,14.3]	.002	
Alcohol use*	2.18(5.1)	.424	.672	.040	[-10.1,10.2]	.008	
Drug use*	6.85(4.8)	1.418	.159	.131	[-9.42,6.69]	.010	<i>F</i> (5,133) = 1.508 <i>p</i> value = .1914 Adjusted R ² = .0180
Model 2:							
Mental Health Services Experienced							
(Intercept)	34.17(8.7)	3.928	.000		[-17.2,17.2]		
Psychiatric emergency	6.89(6.4)	1.078	.283	.102	[-12.5,12.8]	.020	
Full-time hospitalization	7.08(7.1)	.995	.322	.093	[-14.0,14.2]	.005	
Hospital day care	-4.86(4.5)	-1.069	.287	-.093	[-9.09,8.91]	.009	
Rehabilitation service	-9.27(5.6)	-1.664	.099	-.145	[-11.2,10.9]	.020	
Community mental health center	3.63(5.5)	0.658	.512	.058	[-10.9,11.0]	.002	
Psychiatrist in private practice	4.81(4.8)	1.012	.313	.092	[-9.32,9.50]	.010	
Psychologist in private practice	3.21(5.0)	.638	.525	.057	[-9.88,10.0]	.003	
Home nursing service	-.15(5.0)	-.029	.977	-.003	[-9.85,9.84]	<.001	
Therapeutic follow-up by general practitioner	-3.31(6.0)	-.548	.585	-.047	[-12.0,11.9]	.002	<i>F</i> (9,129) = .9703 <i>p</i> value = .4677 Adjusted R ² = -.0019
Model 3:							
Practices Experienced							
(Intercept)	71.80(13.3)	5.409	3.14 ⁻⁷		[-26.3,26.3]		
Recovery-oriented practices	-11.00(1.5)	-7.178	5.7 ⁻¹¹	-.541	[-3.57,2.49]	.360	
Hospitalization without consent	1.53(.77)	1.985	.049	.145	[-1.38,1.67]	.080	
coercion measures (seclusion or restraints)	10.95(3.9)	2.800	.006	.206	[-7.53,7.94]	.060	
Therapeutic education	-.28(5.1)	-.056	.986	-.004	[-10.2,10.2]	<.001	
Pharmaceutical treatment	-3.21(12.6)	-.255	.799	-.018	[-24.9,24.9]	.002	
Psychotherapy with a psychologist	-6.56(4.09)	-1.602	.112	-.125	[-8.22,7.97]	.020	
Psychotherapy with a psychiatrist	1.50(4.0)	.377	.707	.029	[-7.84,7.89]	.003	
Group therapy	-2.42(4.75)	-.512	.610	-.040	[-9.43,9.35]	<.001	
Family therapy	7.90(5.7)	1.394	.166	.102	[-11.1,11.3]	.010	
Neuropsychological assessment	5.17(4.6)	1.122	.264	.089	[-9.04,9.21]	.003	
Cognitive remediation	-5.50(5.5)	-1.007	.316	-.082	[-10.9,10.7]	.004	
Therapy on social skills	2.67(6.1)	.434	.665	.034	[-12.1,12.2]	<.001	
Support by occupational therapist	8.20(5.0)	1.632	.105	.119	[-9.83,10.1]	.020	<i>F</i> (13,124) = 7.284 <i>p</i> value = 1.9 ⁻¹⁰ Adjusted R ² = .3735
Model 4:							
Socio-demographic information of user							
(Intercept)	50.41(9.4)	5.367	3.53 ⁻⁷		[-18.6,18.6]		
Users	-1.40(5.0)	-.283	.778	-.027	[-9.84,9.78]	<.001	
User age	.054(.27)	.198	.844	.024	[-.519,567]	<.001	
User's Sex <i>H</i>	-1.03(5.2)	-.200	.842	-.019	[-10.2,10.2]	<.001	
Length of mental health care pathway	-.08(0.32)	-.240	.810	-.029	[-.674,.616]	<.001	
Familiarity	-4.20(5.0)	-.840	.402	-.078	[-9.98,9.82]	<.001	<i>F</i> (5,131) = .167 <i>p</i> value = .9742 Adjusted R ² = -.032

Table 5: Regression results using users' stigma score as criterion

Predictor	<i>b</i> (<i>se</i>)	<i>t</i> value	<i>p</i> value	<i>beta</i>	<i>beta</i> 95% CI [LL,UL]	Adjusted Eta ²	Fit
Model 5:							
Beliefs							
(Intercept)	51.82(7.1)	7.294	2.3 ⁻¹¹		[-14.0,14.0]		
Insight	-.857(1.1)	-.750	.454	-.067	[-2.33,2.20]	.002	
Recovery level	.642(.9)	.753	.453	.071	[-1.62,1.76]	.004	
Perceived similarities	-.915(1.2)	-.747	.456	-.068	[-2.49,2.35]	.003	<i>F</i> (3,135) = .4225 <i>p</i> value = .7372 Adjusted R ² = -.0127
Model 6 :							
Socio-demographic information of family member							
(Intercept)	64.85(20.1)	3.226	.002		[-40.1,40.1]		
Age	-.041(.3)	-.128	.898	-.014	[-.656,.629]	<.001	
Length of user's mental health care pathway	-9.09(8.7)	-1.048	.298	-.113	[-17.4,17.2]	.004	
Family role: <i>mother</i>	-7.28(6.9)	1.058	.294	-.114	[-13.6,13.8]	.02	
Partnership satisfaction	-5.16(1.7)	-3.037	.003	-.328	[-3.72,3.06]	.11	<i>F</i> (4,75) = 3.169 <i>p</i> value = .0184 Adjusted R ² = -.0990
Final model:							
(Intercept)	71.19(4.8)	14.67 1	2-16		[-9.60,9.6,]		
<i>Recovery-oriented practices</i>	-11.20(1.4)	-8.143	2.19 ⁻¹³	-.551	[-3.27,2.16]	.33	
<i>Coercion (restraints or seclusion)</i>	13.6(3.6)	3.787	.0002	.256	[-6.85,7.36]	.10	<i>F</i> (2,136) = 41.4 <i>p</i> value = 9.09-15 Adjusted R ² = .3693

Note. *b* represents unstandardized regression weights and *se* represents standard error. *beta* indicates standardized regression weight. LL and UL indicate lower and upper limits of confidence interval, respectively.; Effect size: small under .01, medium between .06 and .14 and large over .14.

4. Discussion

The study aimed to identify the most relevant stigmatizing situations that users with schizophrenia and families experience in mental health care, and factors associated with these experiences. The results provided 15 concrete situations of stigmatization in mental health care and suggested that recovery-oriented practices and measures without consent are the best predictors of experienced stigmatization.

The results showed that all situations were identified by users and family participants as a result of stigmatization in mental health care and were all sources of suffering. Among the 15 stigmatization situations, some were mentioned in previous studies probing participants with schizophrenia - and more rarely families- with health care in general. Our results are thus in line with previous results reporting that asymmetrical relationships, lack of collaboration, lack of humanity in the relationship or skepticism about recovery or somatic complaints are situations of stigmatization (Amsalem et al., 2018; Mestdagh & Hansen, 2014). Our results provide additional

original information about stigmatization in the mental health care context through situations that have not been identified in previous studies, such as violent practices, miscommunication with relatives, blaming users for their mental health or absence of social inclusion as a care objective. These situations could be identified as targets to reduce stigmatization in mental health practices.

4.1. Non-consent and violent practices

Importantly, our results highlight the differential treatment of users, depending on whether they have been diagnosed with schizophrenia or not. Violent practices were experienced more by persons with schizophrenia as well as the dangerousness stereotype. These two stigmatization experiences were associated with the highest scores of suffering according to users and families. Results also showed that coercion measures, such as seclusion or restraint, predicted higher stigmatization scores. From the beginning of the Consumer/Survivor/eX-patient movement (C/S/X movement) (Chamberlin, 1978) to the field of research regarding recovery today (Bird et al., 2014), practices without consent and violent practices have been considered as central stigmatization sources and targets in anti-stigma interventions. In France, the context of the survey, the General Controller of Places of Deprivation of Liberty raises the alarm annually against an overly strong “culture of confinement” in French psychiatry (Hazan, 2019). The deleterious physical or psychological consequences of this practice on users (Chieze et al., 2019) also impact mental health professionals (MHP). Indeed, half of them report feelings of helplessness, grief, or anxiety during the application of coercive treatments (Krieger et al., 2021). Yet many seclusion and restraint reduction programs exist and have been shown to be effective (Goulet et al., 2017).

4.2. Recovery-oriented practices

Lack of information or explanations and lack of involvement in decisions about their mental health care were also experienced more by persons with schizophrenia and were associated with high scores of stigmatization and suffering. These results are globally consistent with a recent review reporting that schizophrenia is one of the most stigmatized mental illnesses in MHP, especially regarding stereotypes of incompetency (Valery & Pruteau, 2020). Conversely, empowerment, a recovery-oriented concept, takes the opposite view of stigmatization by relying on personal responsibility, having control over one’s life and focusing on one’s strengths (Bird et al., 2014). Consistently, in our study, recovery-oriented practices appeared to be the best predictor of stigmatization, suggesting that recovery-oriented practices are an important factor for destigmatizing mental health care pathways. Similar results were recently found among MHP: those who used recovery-oriented practices the most frequently reported lower stigmatization (Valery,

Violeau, et al., submitted). Our results add strong support for the importance of these user-initiated practices, which are indeed associated with less stigmatization.

4.3. Other predictors

Recovery-oriented practices and non-consent measures were the only predictors of stigmatization in our results. Some other predictors might have been expected to be significant. Previous studies conducted in samples of MHP reported an association between stigmatization and work setting (Hsiao et al., 2015; Linden & Kavanagh, 2012; Valery, Violeau, et al., submitted), profession (Caldwell & Jorm, 2001; Hori et al., 2011; Magliano, Fiorillo, et al., 2004; Reavley et al., 2014; Valery, Violeau, et al., submitted), or perceived similarities (Servais & Saunders, 2007; Valery, Violeau, et al., submitted). Although we assessed these potential predictors, none was found to be significant when questioning users and families. Rather, our findings suggest that practices experienced are central in the stigmatization phenomenon, as already suggested by Chamberlin in 1978: « *Our distrust of professionals is not irrational hostility but is the direct result of their treatment of us in the past. We have been belittled, ignored, lied to. We have no reason to trust professionals, and many reasons to fear them* ». One should also remember that MHP are not free from suffering from this phenomenon (Krieger et al., 2021). MHP who show the highest levels of stigmatization (stereotypes, prejudices and discrimination) also report the lowest levels of professional self-efficacy and feelings of being useful (Valery, Violeau, et al., submitted). In the same line, a recent study reported that personal accomplishment is associated with fewer avoidant and rejecting attitudes towards psychiatric patients (Zaninotto et al., 2018). Interestingly, burnout among MHP, ranging from 21% to 67%, also impacts this personal accomplishment. These results underscore the relevance of institutional incentives and the philosophy of care, and their potential discrepancy with MHPs' individual values. These psychological features and their potential impact over time could be crucial targets for future research aimed at reducing stigmatization in mental healthcare pathways.

The present study has several limitations. First, the main purpose of the study was to identify the most relevant situations of stigmatization in mental healthcare according to users and families. We cannot rule out that other situations may be experienced in mental health pathways. Second, self-reported measures of stigmatization may have fostered social desirability in participants' responses, e.g. by maximizing stigmatization or suffering scores. However, we consider that the subjective perspective is a relevant method to investigate stigmatization and associated suffering, especially because stigmatization is by definition a subjective experience. Finally, other factors

could have been included, given their importance in the literature, such as biological beliefs (Read et al., 2013) and self-stigma (Violeau et al., 2020). Future research is thus needed to complement these findings and to explore the relevance of such factors in anti-stigma strategies.

Acknowledgements: Thanks to Pr Ray Cooke for copyediting, and to the Club House of Bordeaux and UNAFAM for their help in data collection.

References

1. Link BG, Struening EL, Rahav M, et al (1997) On Stigma and Its Consequences: Evidence from a Longitudinal Study of Men with Dual Diagnoses of Mental Illness and Substance Abuse. *J Health Soc Behav* 38:177. <https://doi.org/10.2307/2955424>
2. Wittchen HU, Jacobi F, Rehm J, et al (2011) The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *Eur Neuropsychopharmacol* 21:655–679. <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2011.07.018>
3. Brohan E, Elgie R, Sartorius N, Thornicroft G (2010) Self-stigma, empowerment and perceived discrimination among people with schizophrenia in 14 European countries: The GAMIAN-Europe study. *Schizophr Res* 122:232–238
4. Schulze B, Angermeyer MC (2003) Subjective experiences of stigma A focus group study of schizophrenic patients, their relatives and mental health professionals. *Soc Sci Med* 56:299–312. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(02\)00028-X](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(02)00028-X)
5. Lysaker PH, Tsai J, Yanos P, Roe D (2008) Associations of multiple domains of self-esteem with four dimensions of stigma in schizophrenia. *Schizophr Res* 98:194–200. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2007.09.035>
6. Lysaker PH, Vohs JL, Tsai J (2009) Negative symptoms and concordant impairments in attention in schizophrenia: Associations with social functioning, hope, self-esteem and internalized stigma. *Schizophr Res* 110:165–172. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2009.01.015>
7. Corrigan PW, Druss BG, Perlick DA (2014) The Impact of Mental Illness Stigma on Seeking and Participating in Mental Health Care. *Psychol Sci Public Interest* 15:37–70. <https://doi.org/10.1177/1529100614531398>
8. Gerlinger G, Hauser M, De Hert M, et al (2013) Personal stigma in schizophrenia spectrum disorders: a systematic review of prevalence rates, correlates, impact and interventions. *World Psychiatry* 12:155–164. <https://doi.org/10.1002/wps.20040>
9. Sharaf AY, Ossman LH, Lachine OA (2012) A cross-sectional study of the relationships between illness insight, internalized stigma, and suicide risk in individuals with schizophrenia. *Int J Nurs Stud* 49:1512–1520. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.08.006>
10. Sharac J, Mccrone P, Clement S, Thornicroft G (2010) The economic impact of mental health stigma and discrimination: A systematic review. *Epidemiol Psychiatr Sci* 19:223–232. <https://doi.org/10.1017/S1121189X00001159>
11. Angermeyer MC, Dietrich S (2006) Public beliefs about and attitudes towards people with mental illness: a review of population studies. *Acta Psychiatr Scand* 113:163–179. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2005.00699.x>

12. Knaak S, Patten S (2016) A grounded theory model for reducing stigma in health professionals in Canada. *Acta Psychiatr Scand* 134:53–62. <https://doi.org/10.1111/acps.12612>
13. Mestdagh A, Hansen B (2014) Stigma in patients with schizophrenia receiving community mental health care: A review of qualitative studies. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 49:79–87. <https://doi.org/10.1007/s00127-013-0729-4>
14. Valery K-M, Prouteau A (2020) Schizophrenia stigma in mental health professionals and associated factors: A systematic review. *Psychiatry Res* 290:113068. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113068>
15. Amsalem D, Hasson-Ohayon I, Gothelf D, Roe D (2018) Subtle ways of stigmatization among professionals: The subjective experience of consumers and their family members. *Psychiatr Rehabil J* 41:163–168. <https://doi.org/10.1037/prj0000310>
16. Servais LM, Saunders SM (2007) Clinical psychologists' perceptions of persons with mental illness. *Prof Psychol Res Pract* 38:214–219. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.38.2.214>
17. Violeau L, Valery K-M, Fournier T, Prouteau A (2020) How continuum beliefs can reduce stigma of schizophrenia: The role of perceived similarities. *Schizophr Res* 220:46–53. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2020.04.014>
18. Valery K-M, Violeau L, Fournier T, et al (submitted) “Part of the solution yet part of the problem” Stigmatization in mental health professionals: characteristics and associated factors
19. Bird V, Leamy M, Tew J, et al (2014) Fit for purpose? Validation of a conceptual framework for personal recovery with current mental health consumers. *Aust N Z J Psychiatry* 48:644–653. <https://doi.org/10.1177/0004867413520046>
20. Council AHMA (2013) A National framework for recovery-oriented mental health services: policy and theory
21. Andresen R, Caputi P, Oades L (2006) Stages of Recovery Instrument: Development of a Measure of Recovery from Serious Mental Illness. *Aust N Z J Psychiatry* 40:972–980. <https://doi.org/10.1080/j.1440-1614.2006.01921.x>
22. Fritz CO, Morris PE, Richler JJ (2012) Effect size estimates: Current use, calculations, and interpretation. *J Exp Psychol Gen* 141:2–18. <https://doi.org/10.1037/a0024338>
23. Chamberlin J (1978) *On our own: Patient-controlled alternatives to the mental health system*. McGraw-Hill, New York, NY, US
24. Hazan A (2019) Vers un autre modèle de psychiatrie : soigner mieux en enfermant moins. *Empan* n° 114:11–15
25. Chieze M, Hurst S, Kaiser S, Sentissi O (2019) Effects of Seclusion and Restraint in Adult Psychiatry: A Systematic Review. *Front Psychiatry* 10:. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00491>
26. Krieger E, Moritz S, Lincoln TM, et al (2021) Coercion in psychiatry: A cross-sectional study on staff views and emotions. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 28:149–162. <https://doi.org/10.1111/jpm.12643>
27. Goulet M-H, Larue C, Dumais A (2017) Evaluation of seclusion and restraint reduction programs in mental health: A systematic review. *Aggress Violent Behav* 34:139–146. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2017.01.019>
28. Hsiao C, Lu H, Tsai Y (2015) Factors influencing mental health nurses' attitudes towards people with mental illness. *Int J Ment Health Nurs* 24:272–280. <https://doi.org/10.1111/inm.12129>
29. Linden M, Kavanagh R (2012) Attitudes of qualified vs student mental health nurses towards an individual diagnosed with schizophrenia. *J Adv Nurs* 68:1359–1368.

<https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2011.05848.x>

30. Caldwell TM, Jorm AF (2001) Mental health nurses' beliefs about likely outcomes for people with schizophrenia or depression: A comparison with the public and other healthcare professionals. *Aust N Z J Ment Health Nurs* 10:42–54. <https://doi.org/10.1046/j.1440-0979.2001.00190.x>
31. Hori H, Richards M, Kawamoto Y, Kunugi H (2011) Attitudes toward schizophrenia in the general population, psychiatric staff, physicians, and psychiatrists: A web-based survey in Japan. *Psychiatry Res* 186:183–189. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2010.08.019>
32. Magliano L, Fiorillo A, De Rosa C, et al (2004) Beliefs About Schizophrenia in Italy: A Comparative Nationwide Survey of the General Public, Mental Health Professionals, and Patients' Relatives. *Can J Psychiatry Rev Can Psychiatr* 49:323–331
33. Reavley NJ, Mackinnon AJ, Morgan AJ, Jorm AF (2014) Stigmatising attitudes towards people with mental disorders: A comparison of Australian health professionals with the general community. *Aust N Z J Psychiatry* 48:433–441. <https://doi.org/10.1177/0004867413500351>
34. Zaninotto L, Rossi G, Danieli A, et al (2018) Exploring the relationships among personality traits, burnout dimensions and stigma in a sample of mental health professionals. *Psychiatry Res* 264:327–333. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.03.076>
35. Read J, Haslam N, Magliano L (2013) Prejudice, stigma and “schizophrenia”: The role of bio-genetic ideology. In: *Models of madness: Psychological, social and biological approaches to psychosis*, 2nd ed. Routledge/Taylor & Francis Group, New York, NY, US, pp 157–177

IV.1.3. Commentaires

L'étude avait pour objectif d'identifier les principales situations de stigmatisation que les usagers ayant un diagnostic de schizophrénie et leurs familles vivent dans les soins de santé mentale, ainsi que les facteurs associés à ces expériences. Les résultats ont fourni **15 situations concrètes de stigmatisation** dans les soins de santé mentale. Ils ont également révélé que les pratiques **orientées-rétablissement prédisent moins de stigmatisation**, alors que les mesures **sans consentement** prédisent plus de stigmatisation.

Cette étude a de nombreuses implications pratiques au regard de l'objectif final du programme **STIGMA^{pro}** – qui est de créer une intervention visant à réduire la stigmatisation dans les pratiques en santé mentale. Tout d'abord, cette étude permet d'identifier **les situations que l'intervention doit cibler**. Les situations identifiées sont des situations qui freinent l'émergence de pratiques de plus grandes qualités et plus respectueuses des usagers et de leurs familles. Parmi les situations de stigmatisation, les pratiques violentes ou sans consentement sont non seulement plus fréquentes chez les personnes qui ont reçu un diagnostic de schizophrénie, mais aussi associées à un parcours de soin plus stigmatisant. Elles sont déterminantes dans la stigmatisation vécue lors du parcours de soin. À l'inverse, les pratiques orientées-rétablissement se révèlent être de potentielles solutions puisqu'elles sont associées à un vécu moins stigmatisant du parcours de soin.

V.

Stigmatisation chez les professionnels de santé mentale

« Comme beaucoup de problèmes en psychiatrie, on retrouve de la stigmatisation lorsque le soi-niant accompagne le soi-nié. »

***Danielle Quemper**, membre du comité scientifique de **STIGMA**[pro](#),
membre du **ClubHouseBordeaux**.*

V.1. Article n°2 : Schizophrenia stigma in mental health professionals and associated factors: A systematic review^{4,5}

*V.1.1. Introduction à la revue systématique **STIGMA**pro*

La première phase du programme de recherche a pour but d'approfondir les connaissances sur la stigmatisation de la schizophrénie chez les professionnels de santé mentale. Plusieurs revues de la littérature existaient sur le sujet, mais se heurtaient à de **nombreuses limites**. Dans la première revue en 2007, Schulze examine largement la stigmatisation des maladies mentales chez les professionnels de santé mentale. Elle conclut sur l'impossibilité de tirer un message clair de ces études : « En ce qui concerne les croyances [des professionnels de santé mentale] sur la maladie mentale, les études examinées nous laissent une **image incohérente**. » La revue suivante, malgré l'inclusion d'articles plus récents, n'est pas parvenue non plus à tirer de conclusions fermes sur cette thématique, renouvelant la sentence d'« image incohérente » (Wahl & Aroesty-Cohen, 2010). Jugeant la focale de ses prédécesseurs trop large, une revue plus récente s'est limitée à la stigmatisation de la maladie mentale chez les infirmiers et infirmières (de Jacq et al., 2016). Si encore une fois les auteurs ont été dans l'incapacité de former des tendances générales émanant des études incluses, elles identifient néanmoins des différences entre les études sur la schizophrénie et celles sur la dépression. Partant de ce constat, notre focale s'est limitée à la stigmatisation d'une maladie mentale chez les professionnels : la schizophrénie.

L'objectif du présent article était de mener la première **revue systématique sur la stigmatisation de la schizophrénie chez les professionnels de santé mentale**. Précisément, les **spécificités** de la stigmatisation de la schizophrénie ont été étudiées par rapport à d'autres troubles psychiatriques, et les spécificités des professionnels par rapport à d'autres groupes sociaux. Dans une approche tournée vers les solutions, cette revue avait également comme objectif de recenser les **facteurs associés** à cette stigmatisation, dans l'espoir de faire émerger de potentiels leviers anti-stigma.

⁴ Cet article fait l'objet d'une synthèse pédagogique sous forme de plaquette, voir Annexe 2

⁵ Le travail mené pour cet article a fait l'objet d'un rapport publié auprès de l'International Foundation of Applied Disability Research (FIRAH), voir Annexe 3



ELSEVIER

Contents lists available at ScienceDirect

Psychiatry Research

journal homepage: www.elsevier.com/locate/psychres

Schizophrenia stigma in mental health professionals and associated factors: A systematic review

Kevin-Marc Valery^{a,b,c,*}, Antoinette Prouteau^{a,b}

^a Laboratory of Psychology EA 4139, University of Bordeaux, 3 ter place de la Victoire, 33000 Bordeaux, France

^b Department of Adult Psychiatry, Jonzac Hospital, Jonzac, France

^c EDEA Association, Bordeaux, France

ARTICLE INFO

Keywords:

Stigma
Schizophrenia
Mental health professionals
Systematic review

ABSTRACT

Background: : The consequences of schizophrenia stigma are numerous and highly damaging to individuals, their families, the health care system and society. Mental health professionals (MHP) are considered to be one of the main sources of stigmatization.

Objectives: : To identify the characteristics of MHP stigma in schizophrenia in comparison with other psychiatric disorders, the specificities of MHP compared with other social groups, and associated factors.

Methods: : Following PRISMA guidelines, we systematically searched multiple electronic databases for articles: (i) reporting original data published in English in peer-reviewed journals, (ii) reporting quantitative data with statistical analysis, (iii) assessing stigma in a broad sense, and (iv) including samples composed only of MHP.

Results: : A total of 38 articles published from 1999 to 2019 and involving 10,926 MHP fulfilled our inclusion criteria. Studies showed that schizophrenia is the most stigmatized mental illnesses in MHP, despite recent results suggesting that borderline personality disorder and substance abuse may be more stigmatized. In comparison with other social groups, MHP reported less dangerousness beliefs and more positive beliefs regarding pharmacological treatment. Nevertheless, results were less consistent regarding prognosis and desire for social distance. Age, education level, type of mental health profession, or length of practice were associated factors that showed inconsistent relations with stigma. Work setting and biological causal beliefs were more clearly associated with MHP stigma.

Conclusion: : These findings provide strong support for the need to conduct specific research on schizophrenia stigma in MHP and the importance of controlling for several variables to identify predictors of stigma.

1. Introduction

1.1. Stigmatization in mental illness

Nowadays, the stigma burden of mental illness is such that most organizations have called for action to fight it (e.g. “WHO Mental health action plan 2013–2020”). The consequences of mental illness stigma are numerous and highly damaging to individuals, their families, the health care system and society (e.g. Link et al., 1997; Wittchen et al., 2011). Stigma has been described at several levels : public stigma, comprising the cognitive, affective, and behavioral reactions of those who stigmatize; self-stigma, including both the apprehension of being exposed to stigmatization and the potential internalization of the negative beliefs and feelings associated with the stigmatized condition; stigma by association entailing social and

psychological reactions to people associated with a stigmatized person (e.g., family and friends); structural stigma as the legitimization and perpetuation of a stigmatized status by society's institutions and ideological systems (Bos et al., 2013). Research conducted on public stigma showed that, among the mental illnesses, schizophrenia is associated with the worst mental representation (e.g. incompetency, violence and dangerousness) in the general population (Angermeyer and Dietrich, 2006). Recent research conducted in the field of self-stigma showed that more than 40% of people with schizophrenia feel highly stigmatized (Brohan et al., 2010), and even experience stigma as a “second illness” (Schulze and Angermeyer, 2003). The negative consequences of perceived/experienced stigma have been described on symptoms and self-esteem (Lysaker et al., 2009, 2008), quality of life, empowerment, seeking and adhering to mental health care (Corrigan et al., 2014; Gerlinger et al., 2013) and suicidality, even after

* Corresponding author at: Laboratory of Psychology EA 4139, University of Bordeaux, 3 ter place de la Victoire, 33000 Bordeaux, France.
E-mail address: kevin-marc.valery@u-bordeaux.fr (K.-M. Valery).

<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113068>

Received 12 February 2020; Received in revised form 29 April 2020; Accepted 2 May 2020

Available online 24 May 2020

0165-1781/ © 2020 Elsevier B.V. All rights reserved.

controlling for symptom levels (Sharaf et al., 2012). Stigma also adversely impacts employment, income, public views about the allocation of social benefits and healthcare costs (Sharac et al., 2010). More knowledge is needed about stigmatization and its causes in order to be able to successfully fight discrimination and promote diversity (e.g. Angermeyer and Dietrich, 2006).

Since the pioneering work of Goffman (Goffman, 1963), stigma has been conceptualized in three dimensions: (i) *stereotypes* are beliefs about a person according to his/her group membership (i.e. beliefs of dangerousness, incompetency/unpredictability, poor prognosis, responsibility), (ii) *prejudices* are attitudes and affective components felt against a person according to his/her group membership (i.e. fear, empathy) and (iii) *discrimination* is behavioral reactions against a person according to his/her group membership (i.e. avoidance, flight) (Corrigan and Penn, 1999; Fiske, 1998). In a recent review of qualitative studies, Mestdagh and Hansen (2014) reported the health care system (including mental health professionals) as a one of the major source of stigmatization identified by persons with schizophrenia. Despite its importance, stigma in mental health professionals (MHP) has received little attention in comparison with stigma in the general population.

1.2. Stigma in MHP

Since 2007, three reviews have been conducted on mental illness stigma in MHP. In 2007, the first one identified only 10 relevant surveys (Schulze, 2007). Three quarters of the studies reported that beliefs of MHP and desire for social distance did not differ from those of the general population or were even more negative. While MHP showed more positive beliefs about psychiatric treatments and civil rights, results regarding stereotyped beliefs (i.e. dangerousness, incompetency, poor prognosis, responsibility) were inconsistent: studies reported similar, more negative or more positive beliefs in comparison with the general population. The second review also concluded that results were “mixed”, reflecting a mixture of positive and negative views among MHP (Wahl and Aroesty-Cohen, 2010). Among the 19 studies included, 14 reported overall positive beliefs and attitudes in MHP toward mental illness. Nevertheless, some negative beliefs and attitudes were also noted in these 14 studies. Moreover, many MHP shared public beliefs regarding the dangerousness of people with mental illness, the possibility for recovery, and the ability to marry and have children. In a more recent review, De Jacq et al. (2016) focused on mental illness stigma by nurses and examined 14 studies. They also concluded that nurses had mixed stigma toward mental illness that was comparable to that of the general population.

These reviews concluded that the available studies yielded an “inconsistent picture” of MHP stigma of mental illness. Of note, some studies focused on severe mental illnesses such as schizophrenia, whereas others considered ‘mental illness’ in general. This heterogeneity was shown to be a limitation in the synthesis of the results (Wahl and Aroesty-Cohen, 2010). Indeed, a growing body of evidence has shown that stigma in its different components varies significantly across psychiatric categories. In comparison with autism or bipolar disorders, schizophrenia generates the most negative beliefs, a desire for social distance and discrimination in the general population (Durand-Zaleski et al., 2012; Sadler et al., 2012). On the basis of the few comparative studies that suggest some discrepancies in MHP stigma between psychiatric disorders, Wahl and Aroesty-Cohen (2010) underscored the need for specific research to obtain a deeper understanding of the stigma toward such disorders.

1.3. Aims

The aim of the present study was to conduct the first systematic review of schizophrenia stigma in MHP. In particular, we sought to identify the characteristics of schizophrenia stigma in comparison with

other psychiatric disorders, the specificities of MHP in comparison with other social groups, and associated factors.

2. Methods

2.1. Search strategy and study selection

The search strategy and reporting of this systematic review used the Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses statements (PRISMA guidelines) (Moher, 2009). Studies were identified by searching the following electronic databases: PsychINFO (EBSCO), PsychARTICLES (EBSCO), and Psychology and Behavioral Sciences Collection (EBSCO), given their ability to cover the field of stigma research. The search was conducted using the following terms in the title or abstract of studies: (“schizophrenia” OR “psychosis”) AND (“structural stigma” OR “institutional stigma” OR “stigma” OR “attitude” OR “stereotype” OR “belief” OR “discrimination” OR “acceptance” OR “social distance”) AND (“professional” OR “mental health professional” OR “nurse” OR “psychologist” OR “psychiatrist”). Related references of papers already selected for the review were also examined. The search focused on research conducted in the 21 years prior to 01/01/2020.

Studies were included if they met the following criteria:

- (i) Original data published in English in peer-reviewed journals;
- (ii) Reporting quantitative data with statistical analysis;
- (iii) Assessing stigma in a broad sense: beliefs, prejudices and behaviors about schizophrenia or persons with schizophrenia or schizophrenia care (treatment, therapy);
- (iv) Including samples composed only of MHP (and not groups in which MHP were mixed with non-MHP, such as students or primary care nurses and general practitioners).

Given the limited number of studies conducted on the topic, there was no additional exclusion criterion about study design. The first author (KMV) performed the eligibility assessment in a standardized manner, previously defined with the second author (AP). Studies were first selected by title, second by abstract and finally with the full body text.

2.2. Risk of bias

Potential methodological biases were particularly investigated (see Tables 1–5): (i) the response rate of the surveys allowed a sampling bias to be estimated; (ii) respect of participants’ anonymity, limiting social desirability in participants’ answers (Joinson, 1999); (iii) comparability of data collection conditions in comparison groups; iv) randomization or counterbalancing in measures used to avoid measurement effect (see Dholakia, 2010 for review).

3. Results

3.1. Results of literature search

Fig. 1 details the flowchart of the eligibility process for this review. Finally, 38 studies were included. Among them, 8 compared the schizophrenia stigma in MHP with other pathology stigmas (Table 1), 20 compared schizophrenia stigma in MHP to schizophrenia stigma in other health professionals (Table 2), and 18 reported factors associated with schizophrenia stigma in MHP (Table 3–5).

3.2. Study characteristics

The included studies involved 10,926 MHP participants: 4526 psychiatrists, 2620 psychologists and 3705 mental health nurses. However, we cannot rule out the possibility that the same samples were used in several studies. Only 18 studies reported the response rate of their

Table 1
Studies comparing stigma in Mental Health Professionals regarding schizophrenia versus other pathologies.

Study and country	Participants	Measures of schizophrenia stigma	Key finding (effect size)	Response rate and bias
Dabby et al., 2015; Canada	68 psychiatrists	Social Distance Scale (Link et al., 1999) IAT (schizophrenia vs diabetes x negative vs positive)		4.6%, a
Hsiao et al., 2015; Taiwan	180 mental health nurses	Attitudes of Mental Illness Questionnaire (AMIQ; Luty et al., 2006)		87%, e
Avery et al., 2013; U.S.A.	84 psychiatrists (54 addiction psychiatrists, 30 community psychiatrists)	Medical Condition Regard Scale (MCRS; Christison, Haviland, & Riggs, 2002)		12%
Baillie et al., 2009; U.K.	154 psychiatrists	Questionnaire on etiology of depression and schizophrenia adapted from Angermeyer et al., 1998		47%, a, e
Servais et al., 2007; U.S.A.	306 clinician psychologists	A scale of effective-ineffective, understandable-incomprehensible, safe-dangerous, worthy-unworthy, desirable to be with-undesirable to be with, and similar to me-dissimilar to me		34%, e
Nordt et al., 2006; Switzerland	201 psychiatrists, 66 psychologists, 676 psychiatric nurses	Social distance scale (Link et al., 1987)		34%, a, e
Markham, 2003; U.K.	50 mental health nurses	Social distance scale (Ingamells et al., 1996)		?%, e, a
Hugo, 2001; Australia	266 MHP	Beliefs about dangerousness (Link et al., 1987); Staff optimism (Dagnan et al., 1998) Questions about diagnosis, a prognosis		?%, e

Note: (S): small effect size; (M): medium effect size; (L): large effect size; (NC): no calculable effect size.

?%: response rate not specified and not calculable a posteriori.

A: no anonymity of participants; a: anonymity of participants not specified; C: comparison groups were not in same conditions of data collection; c: not specified if comparison groups were in same conditions of data collection; E: measures not randomized or counterbalanced; e: not specified if measures were randomized or counterbalanced.

Table 2
Studies comparing stigma in schizophrenia regarding Mental Health Professionals versus other groups

Study and country	Participants	Measure of schizophrenia stigma	Key findings (effect size)	Response rate and bias
Arbanas et al, 2019; Croatia	270 nurses (primary care and mental health nurses)	15-item Likert scale	No differences in stigmatizing attitudes between nurses working in psychiatric units and those working in other units.	45.2%
Smith et al, 2017; Mittal et al, 2014; U.S.A.	67 mental health nurses, 62 psychiatrists, 76 psychologists, 91 primary care nurses, and 55 primary care physicians	Characteristic Scale (Olmsted & al, 1976) Attribute Questionnaire AQ-9 (Corrigan et al., 2002) Social Distance Scale (The National Data Program for the Sciences, 2013).	Psychologists and mental health nurses endorsed the least stigmatizing beliefs (L) and desire for social distance (L) toward persons with schizophrenia. No differences were found with AQ-9 score.	50%, e
Dabby et al, 2015; Canada	35 psychiatric residents 68 psychiatrists	Social Distance Scale (Link et al, 1999) Opening Minds Scale for Health Care Providers (Kassam et al, 2012) IAT (schizophrenia vs diabetes x negative vs positive)	No difference in explicit or implicit attitudes between psychiatrists and psychiatric residents	4.6%, a
Loch et al, 2013, 2; Brasilia	1414 psychiatrists 1015 general population members	Likert scale on negative stereotypes, positive stereotype, belief about restrictions, perceived prejudice and social distance	Psychiatrists reported more negative beliefs than general population (NC), but less desire for social distance (NC).	?% general pop. 62.5% MHP, C, e
Linden et al, 2012; Ireland	121 mental health nurses, 66 student mental health nurses	The CAMI scale (CAMI, Taylor & Dear 1981) The social interaction scale (SIS, Kelly et al. 1987)	No difference in beliefs and social distance between mental health nurses and student nurses.	63% students 66 % MHP
Hori et al, 2011; Japan	100 MHP (other than psychiatrists, 83 Nurses); 36 psychiatrists, 112 physicians 197 general population members	18 items inspired by Uçok et al. (2006)	Psychiatrists demonstrated the least negative attitudes toward schizophrenia, which were followed by the psychiatric staff (other than psychiatrists) compared to general population and physicians (NC).	?%
Jäger et al, 2010; Switzerland	83 persons with schizophrenic disorder, 81 psychiatrists, 91 relatives	Items inspired by DAI-10 Drug Attitude Inventory (Hogan et al., 1983)	Persons with schizophrenia were more negative toward depot injections than psychiatrists and relatives (NC).	18% psychiatrists 34% persons with schizophrenia, ?% relatives, c
Bjorkman et al, 2008; Sweden	51 psychiatric cares (21 Nurses, 30 assistant nurses), 69 somatic care nurses	Swedish version of Attitudes to Persons with Mental Illness questionnaire (Crisp et al, 2000)	Psychiatric nurses held less negative beliefs in dangerousness (S), unpredictability (M) and "hard to talk" (M) compared to primary care nurses. No differences were found in the belief on recovery and blame.	80% e, a
Grausgruber et al, 2007; Austria	480 no-medical MHP, 1042 general population members, 137 relatives	Items about schizophrenia etiology, belief in the treatment efficacy, dangerousness, and social distance	Compared to general population, MHP indicated more multi-causal beliefs on schizophrenia causes, less desire for social distance, more optimistic view about schizophrenia treatment and MHP perceived less dangerousness. (NC)	31% MHP 36% relatives ?% general pop. C, a, e
Nordt et al, 2006; Switzerland	201 psychiatrists, 66 psychologists, 676 psychiatric nurses, 116 other therapists, 253 general population members	Social distance scale (Link et al, 1987)	Compared to general population, MHP did not differ in their desire for social distance.	34% MHP 63% general pop. a, e, c
Lauber et al, 2005; Switzerland	94 psychiatrists and psychologists, 289 nurses, social workers etc., 98 general population members	Questionnaire on treatment recommendations	Compared to general population, MHP mostly recommended antipsychotics, psychiatric hospitals and MHP in a case of schizophrenia, but less psychologists (NC).	?% general pop., ?% MHP, a, e
VanDorn, 2005; U.S.A.	104 persons with schizophrenia, 83 family members of those with schizophrenia or other severe mental illness, 85 mental health clinicians, 59 members of the general population.	Question about dangerousness and causes of mental illness Social Distance Scale (Link et al, 2001)	MHP held less beliefs about likelihood of violence than families (S), general population (S) and persons with schizophrenia (M). MHP did not differ in desire for social distance compared to family, general population and persons with schizophrenia. MHP held more biological vision of schizophrenia causes compared to families, general population, and persons with schizophrenia.	85% MHP, ? % others sample, a, C, e
Foldemo et al, 2004 Sweden	32 persons with schizophrenia, their parents and their MHP (N = 31)	The Camberwell Assessment of Need (Phelan et al, 1995)	MHP rated more needs than persons with schizophrenia did themselves (NC).	?% all samples, A, C, e

(continued on next page)

Table 2 (continued)

Study and country	Participants	Measure of schizophrenia stigma	Key findings (effect size)	Response rate and bias
Magliano et al, 2004a; Magliano et al, 2004b; Italy	465 MHP (190 nurses, 110 psychiatrists), 709 relatives, 714 general population	Opinions about Mental Illness (OO) (on schizophrenia) (Magliano et al, 1999)	Compared to the general population and relatives, MHP held more biological and less psycho-social beliefs in schizophrenia causes (NC). However, they did not differ from general population on prognosis, beliefs in social functioning and beliefs about civil rights. But relatives indicated less optimism on prognosis (M), and less support for civil right (S-M).	95% MHP, 95% relatives, ? % general pop., a, C
Lauber et al, 2004; Switzerland	90 psychiatrists, 235 general population	Social Distance Scale (Link et al, 1987)	Compared to general population, MHP did not differ in their desire for social distance.	?% general pop., ?% MHP, a, e
Rettenbacher et al, 2004, Austria	24 outpatients with schizophrenia, 20 psychiatrists, 26 nurses and 42 other MHP	Semi-structured compliance interview	Compared to persons with schizophrenia, MHP were more confident about medication, especially psychiatrists (NC).	?% all samples, a, E
Carr et al, 2004; Australia	192 general practitioners, 50 MHP (27 mental health nurses, etc), 129 persons with schizophrenia or schizo-affective disorder	Attitudes and Needs questionnaire	Compared to persons with schizophrenia, general practitioners and MHP perceived more helpfulness in MHP, medication and psychological treatment (NC).	88% general pop., 67% MHP, ?% persons with schizophrenia, a, c
Hugo et al, 2001	81 mental health nurses, 34 medical staff members, 31 allied health care, 982 general population members	Question about diagnosis, and prognosis	Compared to general population, MHP were less optimistic about prognosis (NC).	?% all sample C, A
Caldwell et al, 2001, Caldwell et al, 2000, Jorm et al, 1999; Australia	652 mental health nurses, 1099 psychiatrists, 439 clinical psychologists, 858 general practitioners, 1934 general population members	Questionnaire on prognosis and long-term outcomes about a vignette case	MHP held less optimistic prognosis for schizophrenia than general population (NC)	70% MHP, 61 general pop., A, C, E
Kua et al, 2000	69 psychiatrists, 331 primary health practitioners	Questionnaire about outcome of schizophrenia (Jorm et al, 1997)	Psychiatrists view' were the most negative about schizophrenia outcomes compared to primary health carers (NC).	70% psychiatrists, 38% practitioners, c, e

Note: (S): small effect size; (M): medium effect size; (L): large effect size; (NC): no calculable effect size.

?%: the response rate was not specified and not calculable *a posteriori*.

A: no anonymity of participants; a: anonymity of participants not specified; C: comparison groups were not in the same conditions of data collection; c: it was not specified if comparison groups were in the same conditions of data collection; E: measures were not randomized or counterbalanced; e: it was not specified if measures were randomized or counterbalanced.

Table 3
Studies about stigma from mental health professionals and associated sociodemographic characteristics.

Study and country	Sample	Measure of schizophrenia stigma	Key finding (effect size)	Response rate and bias
Pavoni, et al., 2017, Study 2 Italy	94 MHP (13 psychiatrists or psychotherapists, 37 nurses, 17 educators, 14 technicians of psychiatric rehabilitation, 13 healthcare assistants)	(De)humanization measure (ordering emotions) Ordering causes or risk factors Rate etiological causes of schizophrenia symptoms Rate 4 solutions to problematic clinical situations <i>Social Distance Scale</i> (Link et al., 1999) <i>Opening Minds Scale for Health Care Providers</i> (Kassam et al., 2012) <i>IAT</i> (schizophrenia vs. diabetes x negative vs. positive)	On all assessments, there was no difference according to gender and age. Higher educational level was associated with a greater perception of genetic causes of symptoms (S) and greater dehumanization (M). Among psychiatrists, no correlation was found with explicit measure. <i>IAT</i> showed correlation with age (S) and contact (S).	?%, e
Dabby et al., 2015; Canada	35 psychiatry residents 68 psychiatrists	<i>Attitudes of Mental Illness Questionnaire</i> (AMIQ; Luty et al. 2006)	Head nurses or supervisors held more positive attitudes than staff nurses (L). Nurses working in acute ward held more negative attitudes than those working in outpatient clinics (L). Older nurses were more positive (L), like those with longer practice (M). No correlation with gender was found.	4.6%, a
Hsiao et al., 2015; Taiwan	180 mental health nurses	CBTp importance (Likert scale)	CBTp has greater importance for MHP trained in CBTp compared to those who were not trained (M); for psychologists more than psychiatrists (S). They reported no correlation with gender, age, workplace setting and causal model.	?%, a, e
Heibach et al., 2014; Germany	157 psychologists 38 psychiatrists	<i>Social distance scale</i> (no ref) Items on perceived dangerousness and competence	Older MHP saw more competence than younger ones (S), but no age difference was found in dangerousness beliefs or desire for social distance. MHP with higher level of education were more positive with competence and desired less social distance (NC) (no difference in dangerousness beliefs). No correlation with length of practice was found.	49%, a, e
Stuber et al., 2014 U.S.A.	731 MHP (44 psychiatric nurses, 197 therapists and psychologists, 22 psychiatrists...)	Likert scale on negative stereotypes, positive stereotypes, beliefs about restriction, perceived prejudice and social distance <i>The CAMI scale</i> (CAMI et al., 1981) <i>The social interaction scale</i> (SIS, Kelly et al., 1987)	Psychiatrists were not homogeneous groups. Three degrees of stigma were found. Mental health nurses working in an inpatient setting held more socially restrictive attitudes than those working in a community setting (S), and more desire for social distance (M) No link was found between stigma measure and age, gender and education level.	63%, a, e
Loch et al., 2013,1 Loch et al., 2013,2 Brazil	1414 psychiatrists	18 items inspired by Uçok et al. (2006)	MHP with higher level of education reported less desire for social distance (NC). No link was found with gender and age.	?%
Linden et al., 2012, Ireland	121 mental health nurses, 66 student mental health nurses	Items about schizophrenia etiology, belief in treatment efficacy, dangerousness, and social distance Questionnaire on prognosis and long-term outcomes about a vignette case	Younger mental health nurses were found to be more negative than older nurses (NC). No link was found with gender, education level and work setting.	31% a, e
Hori et al., 2011; Japan	100 MHP (other than psychiatrists, 83 nurses); 36 psychiatrists, 112 physicians			75%, e
Grausgruber et al., 2007; Austria	480 no-medical MHP, 1042 general population members, 137 relatives			
Caldwell et al., 2001, Caldwell et al., 2000 Australia	652 mental health nurses, 1099 psychiatrists, 439 clinical psychologists, 858 general practitioners, 1934 general public			

Note: (S): small effect size; (M): medium effect size; (L): large effect size; (NC): no calculable effect size. ?%: the response rate was not specified and not calculable *a posteriori*.

A: no anonymity of participants; a: anonymity of participants not specified; C: comparison groups not in same conditions of data collection; c: not specified if comparison groups were in same conditions of data collection; E: measures not randomized or counterbalanced; e: not specified if measures were randomized or counterbalanced.

Table 4
Studies about stigma from different mental health professions.

Study and country	Participants	Measure of schizophrenia stigma	Key finding	Response rate and bias
Smith et al., 2017; Mital et al., 2014; U.S.A.	351 health care providers (67 mental health nurses, 62 psychiatrists, 76 psychologists, 91 primary care nurses, and 55 primary care physicians)	<i>Characteristic Scale</i> (Olmsted & al, 1976) <i>Atributal Questionnaire AQ-9</i> (Corrigan et al., 2002) <i>Social Distance Scale</i> (The National Data Program for the Sciences, 2013).	No difference in beliefs between psychiatrists, psychologists and nurses. However, psychiatrists reported more desire for social distance than psychologists and nurses (L).	50%, e
Lebowitz et al., 2014; U.S.A.	132 MHP	Empathy: adjective rating Personal distress: adjective rating	Medical doctor MHP had more negative attitudes about schizophrenia than non-medical doctor MHP (S).	?%, a, e
Study 1 Heibach et al., 2014; Germany	157 psychologists 38 psychiatrists	Questions about therapy or medication efficacy Importance of therapy: Likert scale	Psychiatrists accorded less importance to CBTP than clinician psychologists (S)	?%, a, e
Reavley et al., 2014, Australia	506 psychiatrists and 498 psychologists	Personal and perceived stigma (Griffiths et al., 2004) -Personal weakness – dangerous/unpredictability items <i>Social distance scale</i> (Link et al., 1999)	Psychiatrists endorsed significantly more desire for social distance than psychologists (S): they also indicated more beliefs in danger (S), but less in personal weakness (S).	26.5%, a, e
Loch et al., 2013,1 Loch et al., 2013,2 Loch et al., 2011 Brazilia	1414 psychiatrists	Likert scale on negative stereotypes, positive stereotypes, beliefs about restrictions, perceived prejudice and social distance	Psychiatrists were not homogeneous groups. Three degrees of stigma were found.	62.5%, e
Hori et al., 2011; Japan	100 MHP (other than psychiatrists, 83 Nurses); 36 psychiatrists.	18 items inspired by Uçok et al. (2006)	Psychiatrists demonstrated less negative attitudes toward schizophrenia than psychiatric staff (other than psychiatrists) (NC).	?%
Nordt et al., 2006; Switzerland	201 psychiatrists, 66 psychologists, 676 psychiatric nurses, 116 other therapists	<i>Social distance scale</i> (Link et al., 1987)	No difference between nurses, psychiatrists and psychologists on their desire for social distance.	34% a, e
Magliano et al., 2004 1	190 nurses, 110 psychiatrists,	<i>Opinions about Mental Illness</i> (QO) (on schizophrenia) (Magliano et al., 1999)	Nurses were more positive about social functioning than psychiatrists (M), and about civil rights (M).	95%, a
Caldwell et al., 2001, Caldwell et al., 2000 Jorm et al., 1999; Australia	652 mental health nurses, 1099 psychiatrists, 439 clinical psychologists,	<i>Questionnaire on prognosis and long-term outcomes</i> about a vignette case	Mental health nurses were more optimistic about schizophrenia prognosis than psychologists and psychiatrists more than psychiatrists (NC)	75%, e

Note: (S): small effect size; (M): medium effect size; (L): large effect size; (NC): no calculable effect size.

?%: response rate was not specified and not calculable *a posteriori*.

A: no anonymity of participants; a: anonymity of participants not specified; C: comparison groups not in same conditions of data collection; c: not specified if comparison groups were in same conditions of data collection; E: measures not randomized or counterbalanced; e: not specified if measures were randomized or counterbalanced.

Table 5
Studies about stigma from mental health professionals and associated causal beliefs

Study and country	Participants	Measure of schizophrenia stigma	Key finding	Response rate and bias
Carter et al, 2017; U.K.	219 MHP (88 community psychiatric nurses, 21 psychiatrists, 12 psychologists, 23 social workers, 10 occupational therapists)	Reduced questionnaire of causal beliefs (Lobban et al, 2005), Questions about treatment efficacy	Clinicians who endorsed psychosocial factors were more likely to believe CBT would be helpful (S), whereas clinicians with a more biomedical model believed medication would be more helpful (S-M). Tendency of healthcare professionals to dehumanize their patients more when they endorsed a bio-genetic rather than a psycho-environmental conceptualization of schizophrenia. There is a link between genetic etiologic beliefs and more positive attitudes towards restraint methods. (NC)	?%, a, e
Pavoni, et al, 2017; Italy Study 2,	94 MHP (13 psychiatrists or psychotherapists, 37 nurses, 17 educators, 14 technicians of psychiatric rehabilitation, 13 healthcare assistants)	(De)humanization measure (ordering emotions) Ordering causes or risk factors Rate etiologic causes of schizophrenia symptoms Link Burnout Questionnaire (LBQ, Santinello, 2007) Rate 4 solutions to problematic clinical situations		?%, e
Lebowitz et al, 2014; U.S.A. Study 1	132 MHP	Empathy: adjective rating Personal distress: adjective rating Questions about therapy or medication efficacy	Biological explanations yielded more negative attitudes on schizophrenia than psycho-social explanations (NC). No impact on therapy or medication efficacy.	?%, a, e
Heibach et al 2014; Germany	157 psychologists 38 psychiatrists	Importance of therapy: Likert scale Continuum Beliefs Questionnaire (CBQ; Wiesjahn, Brabban, Jung, Gebauer, & Lincoln, 2012) Causal beliefs about schizophrenia questionnaire (Lincoln, Arens, Berger, and Rief, 2008) Standardized Stigmatization Questionnaire SSQ (Haghighat 2005) Perceived social stigmatizing attitudes	No difference in CBTp importance according to causal model.	?%, a, e
Serafini et al, 2011; Italy	50 nurses		Participants who believed that cause of schizophrenia was genetic were likely to show higher level of perceived stigmatizing attitudes (NC). No link with therapy or medication efficacy.	?%, e

Note: (S): small effect size; (M): medium effect size; (L): large effect size; (NC): no calculable effect size

?%: the response rate was not specified and not calculable *a posteriori*

A: no anonymity of participants; **a**: anonymity of participants not specified; **C**: comparison groups not in same conditions of data collection; **c**: not specified if comparison groups were in same conditions of data collection;

E: measures not randomized or counterbalanced; **e**: not specified if measures were randomized or counterbalanced

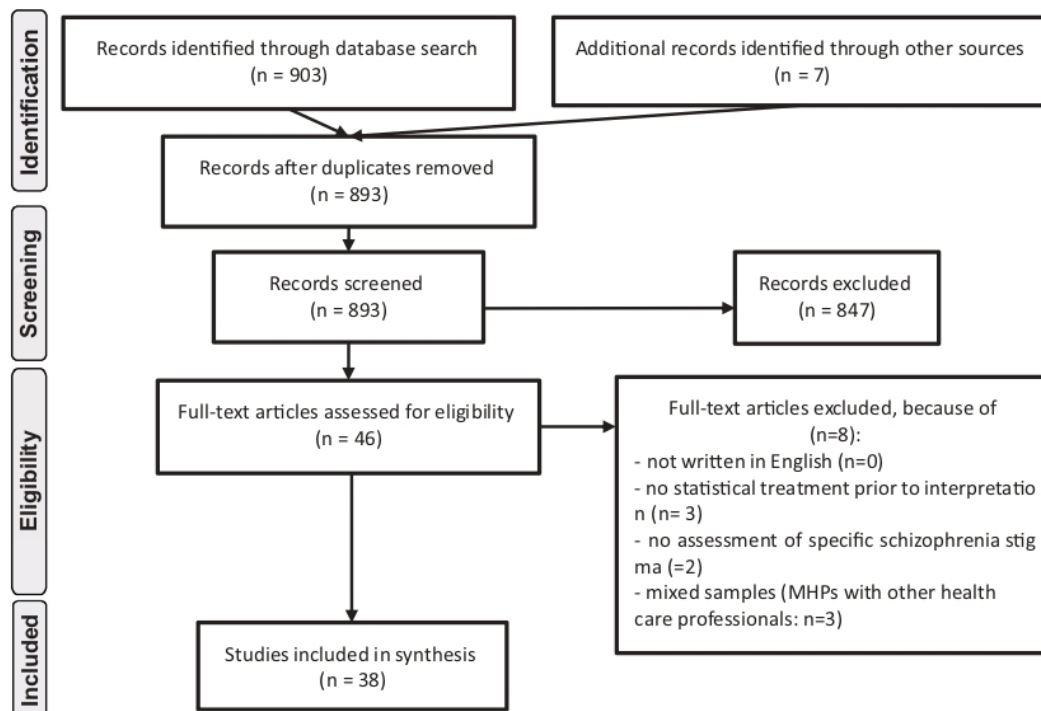


Fig. 1. Prisma Flow Diagram for systematic research and identification of studies meeting inclusion criteria (see methods).

sample (mean = 50.23%). Although the studies aimed to assess schizophrenia stigma, no consensual measure emerged across the 38 studies. Among these measures, the Social Stigma Scale (SDS) was used the most (11 studies). However, several versions of the scale were used, as well as different methods of data collection (online surveys, phone surveys, interviews). Years of publications ranged between 1999 and 2019. Of note, there was no clear tendency toward an increase in the number of publications in this research field since the previous review of Wahl and Aroesty-Cohen in 2010.

3.3. Specificity of schizophrenia stigma in MHP: schizophrenia vs. other mental illnesses

The first aim of this review was to characterize the schizophrenia stigma of MHP in comparison with other pathologies. Eight studies were included on this topic (see Table 1). Among them, 5 compared schizophrenia with depression. MHP held more negative beliefs and attitudes toward schizophrenia (Hsiao et al., 2015; Servais and Saunders, 2007), declared more desire for social distance (Nordt et al., 2006; Servais and Saunders, 2007), and were less optimistic about the prognosis (Hugo, 2001). One study specifically assessed psychiatrists' etiological beliefs about schizophrenia and depression and reported that they held a more biological vision of schizophrenia etiology in comparison with depression. Furthermore, psychiatrists showed more variability in etiological beliefs of depression than in etiological beliefs of schizophrenia (Baillie et al., 2009).

Two studies compared schizophrenia with borderline personality disorder. The first reported that nurses indicated more desire for social distance, more dangerousness beliefs, and less pessimism in prognosis for borderline personality disorder compared to schizophrenia (Markham, 2003). The second reported that psychologists believed that persons with schizophrenia were more ineffective, more incomprehensible, less dangerous, more worthy, more desirable to be with in comparison with persons with borderline features (Servais and Saunders, 2007).

Two studies compared schizophrenia with substance abuse disorder. Both studies reported that psychiatrists and nurses had more negative

beliefs toward persons with substance abuse disorder (Avery et al., 2013; Hsiao et al., 2015). Interestingly, Avery et al. (2013) found that psychiatrists had more negative beliefs about individuals with a dual diagnosis of schizophrenia and poly-substance dependence compared to persons with a single diagnosis (i.e. schizophrenia or poly-substance dependence).

Only one study compared schizophrenia with a “non-mental disease” (Dabby et al., 2015) and reported that schizophrenia led to a greater desire for social distance than diabetes mellitus. Of note, this study was the only one to include an implicit measure of stigma, with which it failed to find any difference between the targeted diseases.

3.4. Specificity of schizophrenia stigma in MHP: MHP vs. other populations

The second aim of the study was to identify the specificities of stigma in MHP in comparison with other social groups. On this topic, 20 articles were included (see Table 2). Nine studies compared the MHP to the general population. Among the five studies assessing social distance, two reported that MHP indicated less desire for social distance than the general population (Grausgruber et al., 2007; Loch et al., 2013b), whereas the three others reported no difference (Lauber et al., 2005; Nordt et al., 2006; Van Dorn et al., 2005). All three studies that assessed stereotype of dangerousness in schizophrenia reported that MHP perceived less dangerousness than the general population (Grausgruber et al., 2007; Stuber et al., 2014; Van Dorn et al., 2005). However, in the four studies that assessed beliefs about prognosis and schizophrenia outcomes, two reported that MHP were more pessimistic than the general population (Caldwell and Jorm, 2001; Hugo, 2001), one reported no difference (Magliano et al., 2004b) and the last reported that the general population was more pessimistic (Grausgruber et al., 2007). In addition, MHP indicated more positive beliefs for pharmacological treatment (Lauber et al., 2005; Stuber et al., 2014). Finally, all studies assessing causal beliefs regarding schizophrenia reported that MHP held a more biological view (Magliano et al., 2004b; Van Dorn et al., 2005) or a more multi-causal conception (Grausgruber et al., 2007) than the general population.

Seven studies compared MHP to other health professionals such as

general practitioners and health care nurses. Most studies showed that MHP held less negative beliefs and attitudes than the other professionals. Four studies reported that psychologists and mental health nurses held less negative beliefs compared to general practitioners (Björkman et al., 2008; Caldwell and Jorm, 2001; Hori et al., 2011; Jorm et al., 1999; Smith et al., 2017). However, the four studies conducted on psychiatrists' stigma yielded inconsistent results: two reported no difference with general practitioners (Caldwell and Jorm, 2001; Smith et al., 2017), 1 reported that psychiatrists' view of schizophrenia outcomes was more negative than that of primary health practitioners (Kua et al., 2000), and one reported that psychiatrists held less negative beliefs and attitudes than general practitioners (Hori et al., 2011). Finally, Carr et al. (2004) reported that MHP and general practitioners did not differ on perceived helpfulness of MHP or medication, but MHP considered psychological treatment to be more helpful than did general practitioners.

Five studies compared MHP to persons with schizophrenia. Van Dorn et al. (2005) reported that, in comparison with persons with schizophrenia themselves, MHP perceived less dangerousness, had a more multi-causal view of illness - even if they endorsed a more biological vision, but there was no difference in desire for social distance. Three studies compared MHP and persons with schizophrenia regarding beliefs about medication: two reported that MHP held more confidence in medication than persons with schizophrenia (Jaeger and Rossler, 2010; Rettenbacher et al., 2004) and the other reported no difference (Carr et al., 2004). Carr et al. also reported that MHP perceived psychiatrists, psychologists, mental health nurses and psychotherapy as being more helpful than did persons with schizophrenia. Finally, Foldemo et al. (2004) reported that MHP saw more needs in persons with schizophrenia than did persons with schizophrenia themselves.

Three studies compared MHP to relatives of persons with schizophrenia. All reported less negative beliefs in MHP. MHP perceived less dangerousness in persons with schizophrenia (Grausgruber et al., 2007; Van Dorn et al., 2005), indicated more optimism on social functioning and gave more consideration for civil rights (Magliano et al., 2004b, 2004a). However, no difference was found in desire for social distance or in beliefs regarding treatment (Van Dorn et al., 2005). Finally, two studies reported that MHP held more multi-causal and more biological causal beliefs (Magliano et al., 2004a,b; Van Dorn et al., 2005).

Two studies compared MHP to mental health students. Both reported no difference in desire for social distance or beliefs (Dabby et al., 2015; Linden and Kavanagh, 2012).

3.5. Factors associated with MHP stigma of schizophrenia

Sociodemographic characteristics

Ten studies explored the links between stigma and socio-demographic characteristics. Among the 10 studies treating MHP age or length of practice, half reported a correlation with stigma (Caldwell and Jorm, 2001; Dabby et al., 2015; Hsiao et al., 2015; Loch et al., 2013a; Stuber et al., 2014). However, there was no consensus on the direction of correlations. Two recent studies specified a nonlinear evolution of stigma with age (Linden and Kavanagh, 2012; Loch et al., 2013b), with the highest stigma between 30 and 40 years old or with 10–14 years of practice. The eight studies interested in gender all reported no significant effect on stigma in MHP (Caldwell and Jorm, 2001; Dabby et al., 2015; Grausgruber et al., 2007; Heibach et al., 2014; Hori et al., 2011; Hsiao et al., 2015; Pavon and Vaes, 2017; Stuber et al., 2014). Regarding the link between education level and stigma, three studies showed a positive correlation (Caldwell and Jorm, 2001; Grausgruber et al., 2007; Stuber et al., 2014), one reported no correlation (Hori et al., 2011) and the other reported a negative correlation (Pavon and Vaes, 2017).

3.5.1. Professions

Nine studies compared schizophrenia stigma between different mental health professions such as psychiatrists, psychologists and mental health nurses. Regarding stereotyped beliefs, all studies reported differences between MHP (Caldwell and Jorm, 2001; Hori et al., 2011; Magliano et al., 2004a; Reavley et al., 2014), except one (Smith et al., 2017). However, there were contradictory results regarding these differences. Furthermore, two studies indicated that psychiatrists endorsed more desire for social distance than psychologists and nurses (Reavley et al., 2014; Smith et al., 2017), and one reported no difference between them (Nordt et al., 2006). In support of these results, Lebowitz and Ahn (2014) recently showed that medical doctors reported less empathy and more personal distress when faced with a schizophrenia vignette compared to other MHP. All studies measuring beliefs about therapies reported that psychiatrists held less confidence in psychotherapy than other MHP (Heibach et al., 2014; Lebowitz and Ahn, 2014). Of note, MHP trained in Cognitive Behavioral Therapy in psychosis (CBTp) attributed more importance to CBTp than MHP who were not trained in it. However, Lebowitz and Ahn (2014) observed no difference in beliefs about medication efficacy. Moreover, heterogeneity was reported in a sample of psychiatrists, as three clusters were identified differing in the degree of stigmatized beliefs (Loch et al., 2013a). Finally, two studies reported the importance of mental health care setting or context: nurses working in community setting, with outpatients, reported less negative stigma than those working with inpatients or in an acute psychiatric setting (Hsiao et al., 2015; Linden and Kavanagh, 2012).

3.5.2. Etiological beliefs

Two studies considering etiological beliefs about schizophrenia (i.e. biological, psycho-environmental) showed that biological beliefs led to more negative attitudes such as exhibiting less empathy and more dehumanization (Lebowitz and Ahn, 2014; Pavon and Vaes, 2017). Three of four studies that focused on the link between etiological beliefs and beliefs about treatment efficacy reported no significant relation (Heibach et al., 2014; Lebowitz and Ahn, 2014; Serafini et al., 2011).

3.5.3. Other factors

Many other factors are potentially relevant but still lack replicative studies. Hengartner et al. (2012) reported a strong association between cultural factors and social distance, when they compared MHP from Switzerland with those from Brazil (although they were not in the same data collection condition). Heibach et al. (2014) reported that the more MHP endorsed continuum beliefs, the more they gave priority to CBTp. In a sample of psychiatrists, Dabby et al. (2015) reported a small positive correlation between contact with patients (number of contact hours in a week) and implicit stigma, but no correlation with any explicit measure of stigma. Stuber et al. (2014) found that providers having had a mental illness reported more positive beliefs about competency in schizophrenia and less desire for social distance.

4. Discussion

This study is the first review aimed at identifying the characteristics of schizophrenia stigma in MHP in comparison with other psychiatric disorders, the specificities of MHP in comparison with other social groups and the factors associated with this stigma. The review included 38 studies.

Studies showed that schizophrenia is one of the most stigmatized mental illnesses (i.e. beliefs of dangerousness, incompetency, poor prognosis, and desire for social distance), even if most of them compared schizophrenia with depression. This finding provides support for the conclusions of previous reviews that highlighted differences in

stigma toward mental illnesses and demonstrated schizophrenia to be one of the most stigmatized conditions (de Jacq et al., 2016; Wahl and Aroesty-Cohen, 2010). However, some recent studies not included in previous reviews suggest that other psychiatric illnesses may be more stigmatized. Borderline personality disorder and, more recently, substance abuse disorder were associated with more negative beliefs (e.g. dangerousness, desire for social distance) than schizophrenia among MHP.

In comparison with other social groups (general population, relatives, other professionals and persons with schizophrenia themselves), MHP consistently reported less dangerousness beliefs toward schizophrenia and more positive beliefs regarding pharmacological treatment. Nevertheless, results were less consistent regarding prognosis and desire for social distance, as reported in previous reviews (de Jacq et al., 2016; Schulze, 2007; Wahl and Aroesty-Cohen, 2010). Of note, most studies compared MHP with general population. Regarding schizophrenia specifically, MHP showed less stigmatizing beliefs than general population. This finding challenges the conclusions of de Jacq et al., 2016 about the comparability of MHP stigma with general population and the expected positive effect of professional expertise. These findings underline the importance of studies focusing on one specific mental illness to clarify the stereotype content in MHP compared to other social groups, thus going beyond the “inconsistent picture” of previous reviews (Schulze, 2007; Wahl and Aroesty-Cohen, 2010).

Although this point was only superficially mentioned in previous reviews, our results clearly show that many factors may influence schizophrenia stigma in MHP. Age, education level, type of mental health profession, and length of practice are associated factors that showed inconsistent relations to stigma, so firm conclusions regarding the nature of their influence cannot be drawn. Interestingly, the work setting or context seems to be a more clearly associated factor (e.g. community setting with outpatients vs acute psychiatric services with inpatients). In addition, biological etiological beliefs about schizophrenia led to more negative attitudes towards it in MHP. This finding is even more important given that schizophrenia is seen as the most biological psychiatric pathology in American clinicians (Ahn et al., 2009). Some isolated studies identified other potentially associated factors: country, frequency of contact with persons with schizophrenia, continuum beliefs (i.e. seeing schizophrenia as a constellation of symptoms distributed continuously in the general population rather than as a discrete social category), or having yourself a mental illness. Further studies should focus on intra-individual characteristics as well as work contexts in order to clarify these issues.

Only a few of the studies included referred to a theoretical concept or model to explain their results regarding schizophrenia stigma in MHP. In 1984, Cohen and Cohen, 1984 coined the term ‘Clinical Illusion’, i.e. a bias defined as “the attribution of the characteristics and course of those patients who are currently ill to the entire population contracting the illness” (p1180). This bias may explain the pessimism of the prognoses of MHP, who are used to working with persons presenting the severest forms of schizophrenia. More recently, Thomicroft et al. (2010) referred to the ‘Physician Bias’ regarding the same phenomenon. Moreover, psychiatric hospitals are organizations where MHP reported more associative stigma in comparison with community centers or rehabilitation centers (Verhaeghe and Bracke, 2012). Associative stigma, as stigma that MHP experience because they are associated with persons who belong to a stigmatized category in society, namely, people with mental health problems, is related to more depersonalization, more emotional exhaustion, and less job satisfaction among mental health professionals (Verhaeghe and Bracke, 2012). Drawn from social psychology, ‘Infrahumanization’ (Leyens et al., 2000) and ‘Dehumanization’, which are globally defined as seeing others as less than fully human, may also shed light on stigma specificities in MHP. When interacting with stereotyped persons such as those with mental illness, people may dehumanize them by denying them mental states like intentions, goals and emotions. Some studies

conducted in the general population suggest that dehumanization is used as a strategy to avoid emotional costs and empathy when faced with a stigmatized person. The motivation to avoid emotional exhaustion may thus lead to more stigma, and a lesser degree of empathy (Cameron et al., 2016). Accordingly, recent evidence showed that infrahumanization and dehumanization are used in MHP as defensive strategies “to avoid getting too emotionally involved with patients’ suffering” and to “reduce the risk of emotional exhaustion and burnout” (Pavon and Vaes, 2017, p2). These processes could explain why MHP may endorse negative beliefs about schizophrenia and demonstrate less empathy. A bio-genetic vision of schizophrenia also fosters infrahumanization (Pavon and Vaes, 2017). Our findings showed that biological etiological beliefs about schizophrenia lead to more negative attitudes in MHP. The role of the bio-genetic ideology is well known as a main predictor of mental illness stigma in general population and persons with mental illness (for a review, see Larkings and Brown, 2018; Read et al., 2013; Rüsche et al., 2010; Schomerus et al., 2014). Despite this, many anti-stigma programs use bio-genetic arguments, as “mental illness is an illness like any other” approach, increasing perceptions of dangerousness and unpredictability, fear and desire for social distance (for a review, see Read et al., 2006): “When the disease model is applied to the brain, the assumption is that the person is incapable of judgments, reason, autonomy – that their personhood is negated” (p 311, Read et al., 2006). The Haslam and Kvaale Mixed Blessings Model (2015) accounts for the link between bio-genetic arguments and stigma in the general population through the concept of essentialism. Through the innate tendency to create social categories, essential categories are thought to be biologically based and have well-defined boundaries (Ryazanov and Christenfeld, 2018). Essentialism may thus be prompted by biological causal beliefs in MHP, thus leading to more stigmatizing beliefs, attitudes and discrimination. Interestingly, the phenomenon may also be intersubjective: “That crucial relationship [between MHP and persons with mental illness] may be eroded from both sides, because just as biogenetically oriented clinicians may be less empathic toward their clients, people may also be inclined to perceive them as lacking warmth” (Haslam and Kvaale, 2015, p402).

This review has several limitations. First, the quality of the studies varied, with many methodological biases or lack of information about bias control. Second, the review compared studies from different countries, though culture is a well-recognized factor of variation in stigma. Third, measures varied greatly across the studies (e.g. different forms of social distance scales, varying number of items), with an overrepresentation of stereotype measures (beliefs) and few measures of attitudes (emotions) and discrimination (behaviors). Moreover, most of the studies did not refer to a theoretical model to define the stigma component and the corresponding measure. For this reason, there was considerable confusion between belief and attitude, and between stereotype and prejudice, yet these are known to be different components of stigma (Corrigan and Penn, 1999; Fiske, 1998). Also, this review resume results from measures that greatly varied through included studies regarding the influence of social desirability (e.g. implicit measure versus explicit measure, direct or indirect measures, clear or hidden instructions etc.). This major limitation also prevented us from conducting a meta-analysis on the topic. Caution is therefore required when extrapolating on the results. Nevertheless, they offer perspectives for future research aimed at characterizing MHP stigma. Of note, no study has yet explored behavioral stigma in MHP, and only a few used implicit stigma measures. These are two aspects of schizophrenia stigma for which there is a dearth of data. Finally, note that unpublished data were not included in this review, as they were not peer-reviewed. Similarly, we did not include papers published in another language than English, as they are not readable by the entire research community.

Overall, these findings underline the need to conduct specific research about schizophrenia stigma in MHP. While the review shows that the individual characteristics of MHP as well as their work settings

may be important factors, further research is needed to unravel their potential influence. Other factors may directly reflect the mechanisms by which stigmatization occurs in MHP. Among them, causal beliefs about schizophrenia etiology, dehumanization and continuum beliefs are promising targets to develop strategies to combat the emergence and persistence of stigmatization in MHP. Further research is also needed to develop evidence-based destigmatization programs (avoiding illness messages and focusing on increasing contact and psycho-social perspectives) (e.g. Knaak and Patten, 2016). Indeed, the training of MHP with biological beliefs only (e.g. 'mental illness is an illness like any other' model) has been suggested to make stigma and prejudice worse (Read et al., 2006). Altogether, our results and other research (Magliano et al., 2017) rather underscore the need to training MHP about the links between bio-beliefs and stigma/empathy, about essentialism, and about the social causes of psychosis (Murray, 2017; Varese et al., 2012). That might provide evidence-based solutions for fighting stigma in professional practice. Moreover, every effort must be made to achieve a profound change in MHP practices. In this regard, recovered-oriented practices appear as a relevant perspective, by fostering cooperation with persons with mental illness, continuum vision or psycho-social perspectives against bio-genetic fatalism (Bird et al., 2014).

CRedit authorship contribution statement

Kevin-Marc Valery: Conceptualization, Methodology, Writing - original draft, Writing - review & editing. **Antoinette Prouteau:** Conceptualization, Writing - original draft, Writing - review & editing, Supervision.

Declaration of Competing Interest

All the authors have read the manuscript and have approved this submission. The authors report no conflicts of interest. None of them has any financial interest or activity that might be seen as influencing the research.

Acknowledgment

The authors thank Pr Ray Cooke for copyediting the manuscript.

References

- Ahn, W., Proctor, C.C., Flanagan, E.H., 2009. Mental health clinicians' beliefs about the biological, psychological, and environmental bases of mental disorders. *Cogn. Sci.* 33, 147–182. <https://doi.org/10.1111/j.1551-6709.2009.01008.x>.
- Angermeyer, M.C., Dietrich, S., 2006. Public beliefs about and attitudes towards people with mental illness: a review of population studies. *Acta Psychiatr. Scand.* 113, 163–179. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2005.00699.x>.
- Avery, J., Dixon, L., Adler, D., Oslin, D., Hackman, A., First, M., Goldman, B., Koh, S., Nossel, I., Siris, S., 2013. Psychiatrists' attitudes toward individuals with substance use disorders and serious mental illness. *J. Dual Diagn.* 9, 322–326. <https://doi.org/10.1080/15504263.2013.835165>.
- Baillie, D., McCabe, R., Priebe, S., 2009. Aetiology of depression and schizophrenia: current views of British psychiatrists. *Psychiatr. Bull.* 33, 374–377. <https://doi.org/10.1192/pb.bp.108.021899>.
- Bird, V., Leamy, M., Tew, J., Le Boutillier, C., Williams, J., Slade, M., 2014. Fit for purpose? Validation of a conceptual framework for personal recovery with current mental health consumers. *Aust. N. Z. J. Psychiatry* 48, 644–653. <https://doi.org/10.1177/0004867413520046>.
- Björkman, T., Angelman, T., Jönsson, M., 2008. Attitudes towards people with mental illness: a cross-sectional study among nursing staff in psychiatric and somatic care. *Scand. J. Caring Sci.* 22, 170–177. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2007.00509.x>.
- Bos, A.E.R., Pryor, J.B., Reeder, G.D., Stutterheim, S.E., 2013. Stigma: advances in theory and research. *Basic Appl. Soc. Psychol.* 35, 1–9. <https://doi.org/10.1080/01973533.2012.746147>.
- Brohan, E., Elgie, R., Sartorius, N., Thornicroft, G., 2010. Self-stigma, empowerment and perceived discrimination among people with schizophrenia in 14 European countries: the GAMIAN-Europe study. *Schizophr. Res.* 122, 232–238.
- Caldwell, T.M., Jorm, A.F., 2001. Mental health nurses' beliefs about likely outcomes for people with schizophrenia or depression: a comparison with the public and other healthcare professionals. *Aust. N. Z. J. Ment. Health Nurs.* 10, 42–54. <https://doi.org/10.1046/j.1440-0979.2001.00190.x>.
- Cameron, C.D., Harris, L.T., Payne, B.K., 2016. The emotional cost of humanity: anticipated exhaustion motivates dehumanization of stigmatized targets. *Soc. Psychol. Personal. Sci.* 7, 105–112. <https://doi.org/10.1177/1948550615604453>.
- Carr, V.J., Lewin, T.J., Barnard, R.E., Walton, J.M., Allen, J.L., Constable, P.M., Chapman, J.L., 2004. Attitudes and roles of general practitioners in the treatment of schizophrenia compared with community mental health staff and patients. *Soc. Psychiatr. Psychiatr. Epidemiol.* 39, 78–84. <https://doi.org/10.1007/s00127-004-0703-2>.
- Cohen, P., Cohen, J., 1984. The clinician's illusion. *Arch. Gen. Psychiatry* 41, 1178–1182. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1984.01790230064010>.
- Corrigan, P.W., Druss, B.G., Perlick, D.A., 2014. The impact of mental illness stigma on seeking and participating in mental health care. *Psychol. Sci. Public Interest* 15, 37–70. <https://doi.org/10.1177/1529100614531398>.
- Corrigan, P.W., Penn, D.L., 1999. Lessons from social psychology on discrediting psychiatric stigma. *Am. Psychol.* 54, 765–776. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.54.9.765>.
- Dabby, L., Tranulis, C., Kirmayer, L.J., 2015. Explicit and implicit attitudes of Canadian psychiatrists toward people with mental illness. *Can. J. Psychiatry Rev. Can. Psychiatr.* 60, 451–459.
- de Jacq, K., Norful, A.A., Larson, E., 2016. The variability of nursing attitudes toward mental illness: an integrative review. *Arch. Psychiatr. Nurs.* 30, 788–796. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2016.07.004>.
- Dholakia, U.M., 2010. A critical review of question? Behavior effect research. Review of Marketing Research. Emerald Group Publishing Limited, pp. 145–197. [https://doi.org/10.1108/S1548-6435\(2010\)0000007009](https://doi.org/10.1108/S1548-6435(2010)0000007009).
- Durand-Zaleski, I., Scott, J., Rouillon, F., Leboyer, M., 2012. A first national survey of knowledge, attitudes and behaviours towards schizophrenia, bipolar disorders and autism in France. *BMC Psychiatry* 12, 128. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-12-128>.
- Fiske, S., 1998. Stereotyping, prejudice, and discrimination. In: Gilbert, D.T. (Ed.), *The Handbook of Social Psychology*. Boston, MA, pp. 357–411.
- Foldemo, A., Ek, A.C., Bogren, L., 2004. Needs in outpatients with schizophrenia, assessed by the patients themselves and their parents and staff. *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.* 39, 381–385. <https://doi.org/10.1007/s00127-004-0750-8>.
- Gerlinger, G., Hauser, M., De Hert, M., Lacluyse, K., Wampers, M., Correll, C.U., 2013. Personal stigma in schizophrenia spectrum disorders: a systematic review of prevalence rates, correlates, impact and interventions. *World Psychiatry* 12, 155–164. <https://doi.org/10.1002/wps.20040>.
- Goffman, E., 1963. Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity.
- Grausgruber, A., Meise, U., Katschnig, H., Schöny, W., Fleischhacker, W.W., 2007. Patterns of social distance towards people suffering from schizophrenia in Austria: a comparison between the general public, relatives and mental health staff. *Acta Psychiatr. Scand.* 115, 310–319. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2006.00882.x>.
- Haslam, N., Kvaale, E.P., 2015. Biogenetic explanations of mental disorder: the mixed-blessings model. *Curr. Dir. Psychol. Sci.* 24, 399–404. <https://doi.org/10.1177/0963721415588082>.
- Heibach, E., Brabban, A., Lincoln, T.M., 2014. How much priority do clinicians give to cognitive behavioral therapy in the treatment of psychosis and why? *Clin. Psychol. Sci. Pract.* 21, 301–312. <https://doi.org/10.1111/cpsp.12074>.
- Hengartner, M.P., Loch, A.A., Lawson, F.L., Guarnerio, F.B., Wang, Y.-P., Rössler, W., Gattaz, W.F., 2012. Atitudes de profissionais de saúde mental em relação a indivíduos com esquizofrenia: uma comparação transcultural entre Suíça e Brasil. *Arch. Clin. Psychiatry São Paulo* 39, 115–121. <https://doi.org/10.1590/S0101-60832012000400001>.
- Hori, H., Richards, M., Kawamoto, Y., Kunugi, H., 2011. Attitudes toward schizophrenia in the general population, psychiatric staff, physicians, and psychiatrists: a web-based survey in Japan. *Psychiatry Res.* 186, 183–189. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2010.08.019>.
- Hsiao, C., Lu, H., Tsai, Y., 2015. Factors influencing mental health nurses' attitudes towards people with mental illness. *Int. J. Ment. Health Nurs.* 24, 272–280. <https://doi.org/10.1111/inm.12129>.
- Hugo, M., 2001. Mental health professionals' attitudes towards people who have experienced a mental health disorder. *J. Psychiatr. Ment. Health Nurs.* 8, 419–425. <https://doi.org/10.1046/j.1351-0126.2001.00430.x>.
- Jaeger, M., Rossler, W., 2010. Attitudes towards long-acting depot antipsychotics: a survey of patients, relatives and psychiatrists. *Psychiatry Res.* 175, 58–62. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2008.11.003>.
- Joinson, A., 1999. Social desirability, anonymity, and internet-based questionnaires. *Behav. Res. Methods Instrum. Comput.* 31, 433–438. <https://doi.org/10.3758/BF03200723>.
- Jorm, A.F., Korten, A.E., Jacomb, P.A., Christensen, H., Henderson, S., 1999. Attitudes towards people with a mental disorder: a survey of the Australian public and health professionals. *Aust. N. Z. J. Psychiatry* 33, 77–83. <https://doi.org/10.1046/j.1440-1614.1999.00513.x>.
- Knaak, S., Patten, S., 2016. A grounded theory model for reducing stigma in health professionals in Canada. *Acta Psychiatr. Scand.* 134, 53–62. <https://doi.org/10.1111/acps.12612>.
- Kua, J.H.K., Parker, G., Lee, C., Jorm, A.F., 2000. Beliefs About Outcomes For Mental Disorders: A Comparative Study of Primary Health Practitioners and Psychiatrists in Singapore 6.
- Larkings, J.S., Brown, P.M., 2018. Do biogenetic causal beliefs reduce mental illness stigma in people with mental illness and in mental health professionals? A systematic review. *Int. J. Ment. Health Nurs.* 27, 928–941. <https://doi.org/10.1111/inm.12390>.
- Lauber, C., Nordt, C., Rössler, W., 2005. Recommendations of mental health professionals

- and the general population on how to treat mental disorders. *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.* 40, 835–843. <https://doi.org/10.1007/s00127-005-0953-7>.
- Lebowitz, M.S., Ahn, W., 2014. Effects of biological explanations for mental disorders on clinicians' empathy. *Proc. Natl. Acad. Sci.* 111, 17786–17790. <https://doi.org/10.1073/pnas.1414058111>.
- Leyens, J.-P., Paladino, P.M., Rodriguez-Torres, R., Vaes, J., Demoulin, S., Rodriguez-Perez, A., Gaunt, R., 2000. The emotional side of prejudice: the attribution of secondary emotions to ingroups and outgroups. *Personal. Soc. Psychol. Rev.* 4, 186–197. https://doi.org/10.1207/S15327957PSPR0402_06.
- Linden, M., Kavanagh, R., 2012. Attitudes of qualified vs. student mental health nurses towards an individual diagnosed with schizophrenia. *J. Adv. Nurs.* 68, 1359–1368. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2011.05848.x>.
- Link, B.G., Struening, E.L., Rahav, M., Nuttbrock, L., 1997. On stigma and its consequences: evidence from a longitudinal study of men with dual diagnoses of mental illness and substance abuse. *J. Health Soc. Behav.* 38, 177. <https://doi.org/10.2307/2955424>.
- Loch, A.A., Guarniero, F.B., Lawson, F.L., Hengartner, M.P., Rössler, W., Gattaz, W.F., Wang, Y.-P., 2013a. Stigma toward schizophrenia: do all psychiatrists behave the same? Latent profile analysis of a national sample of psychiatrists in Brazil. *BMC Psychiatry* 13. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-13-92>.
- Loch, A.A., Hengartner, M.P., Guarniero, F.B., Lawson, F.L., Wang, Y.-P., Gattaz, W.F., Rössler, W., 2013b. The more information, the more negative stigma towards schizophrenia: Brazilian general population and psychiatrists compared. *Psychiatry Res.* 205, 185–191. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2012.11.023>.
- Lysaker, P.H., Tsai, J., Yanos, P., Roe, D., 2008. Associations of multiple domains of self-esteem with four dimensions of stigma in schizophrenia. *Schizophr. Res.* 98, 194–200. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2007.09.035>.
- Lysaker, P.H., Vohs, J.L., Tsai, J., 2009. Negative symptoms and concordant impairments in attention in schizophrenia: associations with social functioning, hope, self-esteem and internalized stigma. *Schizophr. Res.* 110, 165–172. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2009.01.015>.
- Magliano, L., De Rosa, C., Fiorillo, A., Malangone, C., Guarnieri, M., Marasco, C., Maj, M., 2004a. Beliefs of psychiatric nurses about schizophrenia: a comparison with patients' relatives and psychiatrists. *Int. J. Soc. Psychiatry* 50, 319–330. <https://doi.org/10.1177/0020764004046073>.
- Magliano, L., Fiorillo, A., De Rosa, C., Malangone, C., Maj, M., 2004b. Beliefs about schizophrenia in Italy: a comparative nationwide survey of the general public, mental health professionals, and patients' relatives. *Can. J. Psychiatry Rev. Can. Psychiatr.* 49, 323–331.
- Magliano, L., Read, J., Affuso, G., 2017. Predictors of staff attitudes toward schizophrenia treatments. *Psychiatr. Serv.* 68 <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201700257>. 1321–1321.
- Markham, D., 2003. Attitudes towards patients with a diagnosis of "borderline personality disorder": social rejection and dangerousness. *J. Ment. Health* 12, 595–612. <https://doi.org/10.1080/09638230310001627955>.
- Mestdagh, A., Hansen, B., 2014. Stigma in patients with schizophrenia receiving community mental health care: a review of qualitative studies. *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.* 49, 79–87. <https://doi.org/10.1007/s00127-013-0729-4>.
- Moher, D., 2009. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *Ann. Intern. Med.* 151, 264. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-151-4-200908180-00135>.
- Murray, R.M., 2017. Mistakes i have made in my research career. *Schizophr. Bull.* 43, 253–256. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbw165>.
- Nordt, C., Rössler, W., Lauber, C., 2006. Attitudes of mental health professionals toward people with schizophrenia and major depression. *Schizophr. Bull.* 32, 709–714. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbj065>.
- Pavon, G., Vaes, J., 2017. Bio-genetic vs. psycho-environmental conceptions of schizophrenia and their role in perceiving patients in human terms. *Psychos. Psychol. Soc. Integr. Approaches* 9, 245–253. <https://doi.org/10.1080/17522439.2017.1311359>.
- Read, J., Haslam, N., Magliano, L., 2013. Prejudice, stigma and "schizophrenia": the role of bio-genetic ideology, in: *models of madness: psychological, social and biological approaches to psychosis*. The International Society for Psychological and Social Approaches to Psychosis Book Series, 2nd ed. Routledge/Taylor & Francis Group, New York, NY, US, pp. 157–177.
- Read, J., Haslam, N., Sayce, L., Davies, E., 2006. Prejudice and schizophrenia: a review of the "mental illness is an illness like any other" approach. *Acta Psychiatr. Scand.* 114, 303–318. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2006.00824.x>.
- Reavley, N.J., Mackinnon, A.J., Morgan, A.J., Jorm, A.F., 2014. Stigmatising attitudes towards people with mental disorders: a comparison of Australian health professionals with the general community. *Aust. N. Z. J. Psychiatry* 48, 433–441. <https://doi.org/10.1177/0004867413500351>.
- Rettenbacher, M.A., Burns, T., Kemmler, G., Fleischhacker, W.W., 2004. Schizophrenia: attitudes of patients and professional carers towards the illness and antipsychotic medication. *Pharmacopsychiatry* 37, 103–109. <https://doi.org/10.1055/s-2004-818987>.
- Rüsch, N., Todd, A.R., Bodenhausen, G.V., Corrigan, P.W., 2010. Biogenetic models of psychopathology, implicit guilt, and mental illness stigma. *Psychiatry Res.* 179, 328–332. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2009.09.010>.
- Ryazanov, A.A., Christenfeld, N.J.S., 2018. The strategic value of essentialism. *Soc. Personal. Psychol. Compass* 12, e12370. <https://doi.org/10.1111/spc3.12370>.
- Sadler, M.S., Meagor, E.L., Kaye, K.E., 2012. Stereotypes of mental disorders differ in competence and warmth. *Soc. Sci. Med.* 74, 915–922. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.12.019>. Part Special Issue: Migration, "illegality", and health: Mapping embodied vulnerability and debating health-related deservingness.
- Schomerus, G., Matschinger, H., Angermeyer, M.C., 2014. Causal beliefs of the public and social acceptance of persons with mental illness: a comparative analysis of schizophrenia, depression and alcohol dependence. *Psychol. Med.* 44, 303–314. <https://doi.org/10.1017/S003329171300072X>.
- Schulze, B., 2007. Stigma and mental health professionals: a review of the evidence on an intricate relationship. *Int. Rev. Psychiatry* 19, 137–155. <https://doi.org/10.1080/09540260701278929>.
- Schulze, B., Angermeyer, M.C., 2003. Subjective experiences of stigma A focus group study of schizophrenic patients, their relatives and mental health professionals. *Soc. Sci. Med.* 56, 299–312. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(02\)00028-X](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(02)00028-X).
- Serafini, G., Pompili, M., Haghghat, R., Pucci, D., Pastina, M., Lester, D., Angeletti, G., Tatarelli, R., Girardi, P., 2011. Stigmatization of schizophrenia as perceived by nurses, medical doctors, medical students and patients. *J. Psychiatr. Ment. Health Nurs.* 18, 576–585. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2011.01706.x>.
- Servais, L.M., Saunders, S.M., 2007. Clinical psychologists' perceptions of persons with mental illness. *Prof. Psychol. Res. Pract.* 38, 214–219. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.38.2.214>.
- Sharac, J., Mccrone, P., Clement, S., Thornicroft, G., 2010. The economic impact of mental health stigma and discrimination: a systematic review. *Epidemiol. Psychiatr. Sci.* 19, 223–232. <https://doi.org/10.1017/S1121189X00001159>.
- Sharaf, A.Y., Osman, L.H., Lachine, O.A., 2012. A cross-sectional study of the relationships between illness insight, internalized stigma, and suicide risk in individuals with schizophrenia. *Int. J. Nurs. Stud.* 49, 1512–1520. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.08.006>.
- Smith, J.D., Mittal, D., Chekuri, L., Han, X., Sullivan, G., 2017. A comparison of provider attitudes toward serious mental illness across different health care disciplines. *Stigma Health* 2, 327–337. <https://doi.org/10.1037/sah0000064>.
- Stuber, J.P., Rocha, A., Christian, A., Link, B.G., 2014. Conceptions of mental illness: attitudes of mental health professionals and the general public. *Psychiatr. Serv.* 65, 490–497. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201300136>.
- Thornicroft, G., Rose, D., Mehta, N., 2010. Discrimination against people with mental illness: what can psychiatrists do? *Adv. Psychiatr. Treat.* 16, 53–59. <https://doi.org/10.1192/apt.bp.107.004481>.
- Van Dorn, R.A., Swanson, J.W., Elbogen, E.B., Swartz, M.S., 2005. A comparison of stigmatizing attitudes toward persons with schizophrenia in four stakeholder groups: perceived likelihood of violence and desire for social distance. *Psychiatry Interpers. Biol. Process.* 68, 152–163. <https://doi.org/10.1521/psyc.2005.68.2.152>.
- Varese, F., Smeets, F., Drukker, M., Lieveve, R., Lataster, T., Viechtbauer, W., Read, J., van Os, J., Bental, R.P., 2012. Childhood adversities increase the risk of psychosis: a meta-analysis of patient-control, prospective- and cross-sectional cohort studies. *Schizophr. Bull.* 38, 661–671. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbs050>.
- Verhaeghe, M., Bracke, P., 2012. Associative stigma among mental health professionals: implications for professional and service user well-being. *J. Health Soc. Behav.* 53, 17–32. <https://doi.org/10.1177/0022146512439453>.
- Wahl, O., Aroesty-Cohen, E., 2010. Attitudes of mental health professionals about mental illness: a review of the recent literature. *J. Community Psychol.* 38, 49–62. <https://doi.org/10.1002/jcop.20351>.
- WHO | Mental health action plan 2013 - 2020 [WWW Document], n.d. . WHO. URL http://www.who.int/entity/mental_health/publications/action_plan/en/index.html (accessed 4.24.19).
- Wittchen, H.U., Jacobi, F., Rehm, J., Gustavsson, A., Svensson, M., Jönsson, B., Olesen, J., Allgulander, C., Alonso, J., Faravelli, C., Fratiglioni, L., Jennum, P., Lieb, R., Maercker, A., van Os, J., Preisig, M., Salvador-Carulla, L., Simon, R., Steinhausen, H.-C., 2011. The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *Eur. Neuropsychopharmacol.* 21, 655–679. <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2011.07.018>.

V.1.3. Commentaires

La schizophrénie est **l'une des maladies mentales les plus stigmatisées** (i.e. croyances de dangerosité, d'incompétence, de mauvais pronostic et désir de distance sociale) chez les professionnels de santé mentale. En comparaison avec d'autres groupes sociaux (la population générale, les proches, les autres professionnels et les personnes atteintes de schizophrénie elles-mêmes), les soignants rapportent systématiquement **moins de croyances de dangerosité** envers la schizophrénie et **plus de croyances positives concernant le traitement pharmacologique**. Néanmoins, les résultats sont moins cohérents en ce qui concerne les croyances en matière de **pronostic, d'incompétence et de désir de distance sociale**.

Les résultats de cette revue ont également révélé que de nombreux facteurs peuvent influencer cette stigmatisation. Nous pouvons classer ces facteurs en quatre dimensions : **informations sociodémographiques, caractéristiques contextuelles professionnelles, caractéristiques individuelles professionnelles et croyances théoriques**. En ce qui concerne les informations sociodémographiques, l'âge et le niveau académique sont associés de manière incohérente à la stigmatisation, et aucune conclusion ferme concernant la nature de leur influence ne peut être tirée. Parmi les caractéristiques professionnelles contextuelles, le contexte de travail est en revanche clairement associé à la stigmatisation. En effet, les soignants travaillant dans des environnements communautaires (i.e. avec des patients en ambulatoire) rapportent moins de stigmatisation que ceux travaillant dans des services de psychiatrie aiguë (i.e. avec des patients hospitalisés). Parmi les caractéristiques professionnelles individuelles, le type de profession de santé mentale et la durée d'exercice sont liés de manière incohérente à la stigmatisation. Enfin, parmi les croyances théoriques, les croyances étiologiques biologiques sur la schizophrénie sont associées à des croyances plus stéréotypées.

Ces facteurs n'ayant fait l'objet d'aucune étude sur les professionnels en France, le programme **STIGMA^{pro}** s'est donné pour objectif de vérifier ces associations auprès des soignants français.

V.2. Article n°3 : “Part of the solution yet part of the problem” Stigmatization in mental health professionals: characteristics and associated factors

*V.2.1. Introduction à l'enquête **STIGMA**pro chez les professionnels de santé mentale*

Suite à la revue systématique de la littérature, une **enquête sur la stigmatisation de la schizophrénie chez les professionnels de santé mentale** a été conduite. En effet, cette thématique n'a fait l'objet d'aucune étude française à ce jour. Le projet était de vérifier si les soignants français rapportaient les mêmes facteurs associés que ceux révélés par la revue de littérature. De manière plus opérationnelle, l'objectif de l'enquête était d'identifier les **facteurs associés** à la stigmatisation de la schizophrénie chez les professionnels français. Cette enquête fut co-construite et validée par le comité scientifique du programme **STIGMA**pro. Le comité scientifique a également suggéré de nouveaux facteurs potentiels, issus de leurs expériences professionnelles et de la littérature d'autres disciplines (e.g. psychologie sociale ou du travail). Une autre originalité de l'étude concernait la mesure de la stigmatisation, basée sur les trois dimensions de la stigmatisation (i.e. stéréotype, préjugé, discrimination). Cette mesure de la stigmatisation fut en outre créée pour convenir spécifiquement aux professionnels de santé mentale, sur la base de toutes les mesures de la stigmatisation rapportées dans la revue de littérature.

“Part of the solution yet part of the problem”
Stigmatization in mental health professionals:
characteristics and associated factors^{6,7}

* * *

Kevin-Marc VALERY^{1,2}, Louis VIOLEAU^{1,2}, Thomas FOURNIER^{1,2}, Florence YVON¹, Sophie ARFEUILLERE³, Julien BONILLA-GUERRERO², Aude CARIA³, Antonin CARRIER¹, Jean-Marc DESTAILLATS², Alice FOLLENFANT¹, Sonia LABERON⁸, Nadeja LALBIN-WANDER⁴, Éric MARTINEZ², Bérénice STAEDDEL⁵, Roselyne TOUROUDE⁶, Luc VIGNEAULT⁷, Solenne ROUX¹, Antoinette PROUTEAU^{1,2}

¹Univ. Bordeaux, LabPsy, EA 4139, F-33000 Bordeaux, France

²Adult Psychiatry Department, Jonzac Hospital, Jonzac 17500, France.

³Psycom, Paris 75014, France.

⁴A.R.S. N-A, Bordeaux 33000, France.

⁵CCOMS EPSM Lille Métropole, Lille 59000, France.

⁶UNAFAM, Paris 75000, France.

⁷ Université Laval, Québec, QC, Canada

⁸COMPTRASEC, UMR5114CNRS-33000 Bordeaux, France

Correspondence and reprint requests to: K.M. Valery, University of Bordeaux, 3 ter place de la Victoire, 33 076 Bordeaux, France. E-mail: kevin-marc.valery@u-bordeaux.fr

⁶ Cet article est en cours de soumission auprès du journal Psychiatric Rehabilitation Journal

⁷ Cet article fait l'objet d'une synthèse pédagogique sous forme de plaquette, voir Annexe 4

Abstract

Background: The consequences of schizophrenia stigma are numerous and highly damaging to individuals, their families, the health care system and society. Mental health professionals (MHP) are considered to be one of the main sources of schizophrenia stigmatization.

Objectives: The aim of the study was to identify individual and contextual factors associated with stigmatization in MHP in its three dimensions.

Methods: An online survey was conducted with specific measures of MHP stigmatization (stereotypes, prejudices and discrimination). Four categories of potential associated factors were also measured: sociodemographic information, contextual characteristics (e.g. work setting), individual characteristics (e.g. profession, recovery-oriented practices) and theoretical beliefs (e.g. biological beliefs, perceived similarities, continuum beliefs). Models of prediction were computed when applicable.

Results: Responses of 357 MHP were analyzed. Biological etiological beliefs, professional utility beliefs, similarity beliefs and recovery-oriented practices were negatively correlated with stigmatization. Conversely, categorical beliefs were positively correlated with stigmatization. Psychologists reported fewer stereotypes than other professions and MHP working in independent practice reported more stereotypes.

Conclusion: These original results suggest new strategies for reducing stigma in mental health practices, such as focusing on individual beliefs, seeking similarities between MHP and persons diagnosed with schizophrenia, and fostering professional utility beliefs or recovery-oriented practice.

Keywords: Stigmatization, Mental health professional, schizophrenia

Impact and Implications

- MHP considering they share similarities with persons with schizophrenia or believing that schizophrenia is not a discrete social category but rather the extreme on a continuum between “normal” and “pathologic” reported less stigmatization.
- MHP holding higher professional utility beliefs and using recovery-oriented practice reported fewer stereotypes, prejudice and discrimination.
- Other factors showed no effect on MHP stigmatization such as gender, age, academic level, level of training regarding stigma or recovery, contact frequency, familiarity, multidisciplinary practice.

1. Introduction

1.1. Stigmatization in mental illness

The consequences of mental illness stigma are numerous and highly damaging to individuals, their families, the health care system and society (Link et al., 1997; Wittchen et al., 2011). Stigma has been described at several levels: public stigma, comprising the cognitive, affective, and behavioral reactions of those who stigmatize; self-stigma, including both the apprehension of being exposed to stigmatization and the potential internalization of the negative beliefs and feelings associated with the stigmatized condition (Bos et al., 2013). Research conducted in the field of self-stigma showed that more than 40% of people with schizophrenia feel highly stigmatized (Brohan et al., 2010), and even experience stigma as a “second illness” (Schulze & Angermeyer, 2003). Perceived/experienced stigma has negative consequences on symptoms and self-esteem (Lysaker et al., 2008, 2009), quality of life, empowerment, seeking and adhering to mental health care (Corrigan et al., 2014; Gerlinger et al., 2013) and suicidality, even after controlling for symptom levels (Sharaf et al., 2012). Public stigma also adversely impacts employment, income, public views about the allocation of social benefits and healthcare costs (Sharac et al., 2010). More knowledge is needed about stigmatization and its causes in order to be able to successfully fight discrimination and promote diversity (Angermeyer & Dietrich, 2006).

Since the pioneering work of Goffman, stigma has been conceptualized in three dimensions: i) stereotypes are beliefs about a person according to his/her group membership (i.e. beliefs of dangerousness, incompetency/unpredictability, poor prognosis, responsibility for mental illness (Angermeyer & Dietrich, 2006)), ii) prejudices are attitudes and affective components felt against a person according to his/her group membership (i.e. fear, empathy), and iii) discrimination is behavioural reactions against a person according to his/her group membership (i.e. avoidance, flight) (Corrigan & Penn, 1999; Fiske, 1998). A review of qualitative studies reported that the health care system (including mental health professionals) is one of the major sources of stigmatization identified by persons with schizophrenia (Mestdagh & Hansen, 2014). Despite its importance, stigma in mental health professionals (MHP) has received little attention in comparison with stigma in the general population.

1.2. Stigma in MHP

In a recent literature review focused on schizophrenia stigma in MHP (Valery & Prouteau, 2020), we reported that schizophrenia is one of the most stigmatized mental illnesses (i.e. beliefs of dangerousness, incompetency, poor prognosis, and desire for social distance). In comparison with other social groups (general population, relatives, other professionals and persons with schizophrenia themselves), MHP consistently report fewer dangerousness beliefs toward schizophrenia and more positive beliefs regarding pharmacological treatment. Nevertheless, results are less consistent regarding prognosis beliefs and desire for social distance. Results of this review also showed that many factors may influence schizophrenia stigma in MHP (Valery & Prouteau, 2020). We classified these factors in four dimensions: socio-demographic information, professional contextual characteristics, professional individual characteristics and theoretical beliefs. Regarding sociodemographic information, age and academic level have been inconsistently associated with stigma, and no firm conclusions regarding the nature of their influence can be drawn. Among contextual professional characteristics, work context has been clearly associated with stigma. Indeed, MHP working in community settings with outpatients report less stigma than those working in acute psychiatric services with inpatients. Among individual professional characteristics, type of mental health profession and length of practice are inconsistently related to stigma. Finally, among theoretical beliefs, biological etiological beliefs about schizophrenia lead to more stereotyped beliefs (for another recent review, see Larkings & Brown, 2018).

Some of these inconsistencies in previous studies may stem from methodological heterogeneity regarding the targeted stigma dimension (stereotype, prejudice or discrimination). Moreover, questions remain about the relative importance of factors associated with stigmatization in MHP, as previous studies usually included only one or two variables. In addition, some potentially associated factors have never been included in previous studies, despite their relevance. For example, familiarity, i.e. having a relative concerned about schizophrenia or having been concerned about schizophrenia oneself, can lead to less stigma in the general population (Corrigan & Nieweglowski, 2019).

Moreover, factors related to professional utility beliefs such as personal accomplishment have been related to avoidant attitudes (a construct close to stereotype and prejudice) toward severe mental illness in MHP (Zaninotto et al., 2018). Given the recent changes in psychiatry policies that foster recovery orientation within mental health practices (Bird et al., 2014), other relevant factors may be MHP' theoretical orientation (i.e. psychoanalysis, cognitive-behaviourism, neuropsychology, systemic) and the importance attached to the recovery philosophy.

Additionally, other theoretical beliefs, related to the vision of schizophrenia and mental illness in general may have an impact on MHP stigma. For example, controversies raised by mental health classifications such as the DSM (Read et al., 2013) oppose a categorical vision (schizophrenia as a discrete category which differs from the general population) and a continuum vision (schizophrenia conceived rather as the extreme on a continuum between “normal” and “pathologic” functioning). Some recent findings obtained in the general population showed that continuum beliefs and perceived similarities between a person from the general population and one with schizophrenia are associated with less stigma (Violeau et al., 2020). In the same line, social psychology studies conducted in the general population showed that an incremental vision of schizophrenia (i.e. seeing schizophrenia as malleable and likely to get better) is associated with less stigma (Read et al., 2006; Ryazanov & Christenfeld, 2018).

2. Aims

The aim of the study was to test whether some potentially relevant factors are associated with stigmatization of schizophrenia by mental health professionals (MHP). This study is the first targeting MHP stigma of schizophrenia according to the three dimensions of the stigma model (Corrigan & Penn, 1999; Fiske, 1998) and including four levels of potential associated factors: socio-demographic information, professional contextual characteristics, professional individual characteristics and theoretical beliefs.

3. Methods

3.1. Procedure

The STIGMAPRO Survey was conducted between November 2019 and January 2020 in France. We designed an online study using Limesurvey® free software. Cookies were used to prevent multiple participation. To protect participants’ anonymity, several parameters were blocked and not registered by Limesurvey® (IP address, date and time when completing the survey). Participants’ responses were collected without any time constraint. Participants could not save their responses so that they could complete the questionnaire later. MHP were recruited on social networks or by professional directory and were invited to complete a survey about their opinions regarding schizophrenia. Inclusion criteria were: 1) to be a MHP (such as psychiatrists, psychologists, nurses, occupational therapists, mental healthcare assistants, and professional peer helpers), 2) to work or have worked with adults with schizophrenia. Professionals with no specific

training in mental health such as social workers, general practitioners, speech therapists, specialized educators, healthcare managers and secretaries were excluded.

After informed consent was obtained, participants completed a 20-minute questionnaire targeting stigmatization and potential associated factors. The order of administration of the scales and the items within each scale were randomized thanks to the survey software. Finally, participants were asked to answer socio-demographic questions. The present study was conducted in accordance with French bioethics laws (Jardé Law, May 9, 2017) involving research on human beings and has been performed in accordance with the ethical standards laid down in the 1964 Declaration of Helsinki and its later amendments.

3.2. *Measures*⁸

3.2.1. Stigmatization

Due to the lack of exhaustive and specific measures for mental health professionals, we developed the STIGMAPRO scale as a specific measure of MHP stigmatization. To maximize the scale validity, all items were drawn from tools used in previous studies, and internal consistencies were systemically checked. The scale was designed in accordance with the three dimensions of the stigma model (Corrigan & Penn, 1999; Fiske, 1998). For each dimension, items were drawn from previous studies investigating stigmatization in MHP (for a review, see Valery & Prouteau, 2020). The STIGMAPRO scale thus contains three subscales:

- Stereotype subscale: exploring beliefs of dangerousness (three items, based on Grausgruber et al., 2007; Van Dorn et al., 2005), pessimism (three items based on Jorm et al., 1999), blame/responsibility (four items based on a previous study conducted by the research team) and incompetence (three items based on Magliano et al., 2004; Stuber et al., 2014) in persons with schizophrenia (total: 13 items). Sentences were sometimes slightly modified if necessary for the sake of clarity in French. Each item was rated on a 7-point Likert scale (from 1: totally false to 7: totally true). The mean total score (addition of each item score / number of items) ranged from 1 to 7, higher scores indicating more agreement with stereotypical beliefs. The internal consistency was found to be satisfactory, with McDonald's $\omega = .8$.
- Prejudice subscale: exploring feelings of compassion, serenity, anxiety and fear regarding persons with schizophrenia (four items, inspired from Harmon-Jones et al., 2016). Each item

⁸ Le questionnaire d'enquête est disponible en Annexe 5

was rated on a 7-point scale (1: Not at all, 2: Slightly, 3: A little, 4: Moderately, 5: Quite a bit, 6: A lot, 7: Extremely). The mean score ranged from 1 to 7, higher scores indicating more agreement with prejudice. The internal consistency was found to be satisfactory, with McDonald's $\omega = .66$.

- Discrimination subscale: exploring intended discrimination with desire for social distance (two items drawn from Social distance scale (Link et al., 1997)). Each item was rated on a 7-point Likert scale (from 1: totally disagree to 7: totally agree). The mean score ranged from 1 to 7, higher scores indicating the participant showed less desire for social distance. The internal consistency was found to be satisfactory, with Spearman's $\rho = .66$.

3.2.2. Associated factors

Potential predictors were drawn from the literature (for a recent review, see Valery & Prouteau, 2020) and were organized on four levels: i) sociodemographic characteristics, ii) contextual professional characteristics (e.g. multidisciplinary team), iii) individual professional characteristics (e.g. years of practice, utility beliefs, recovery-oriented practice) and iv) theoretical beliefs, representing beliefs held by professionals on schizophrenia (e.g. theoretical orientation).

Sociodemographic information

At the end of the survey, participants had to report socio-demographic information such as age, gender, academic level and familiarity, i.e. if they knew anyone with schizophrenia in their neighbourhood, family, friends, colleagues.

Contextual professional characteristics

Participants had to report their main work setting (inpatient setting, psychological consultation centre, independent practice or other), the frequency of their contact with person with schizophrenia (more than one/day, more than one/week, more than one/month, no longer any contact), and if they worked in a multidisciplinary team.

Individual professional characteristics

To assess recovery-oriented practice, we developed the Recovery-Oriented Practice scale (McDonald's $\omega = .84$), with six items drawn from a recovery model and guidelines (Bird et al., 2014; Council, 2013), targeting practices involving: hopeful language, information about care and rights, collaboration with families/caregivers, community inclusion, connection with peers (see online Annex for a complete description of items). Each item was rated on a 7-point frequency scale

(from 1: never to 7: systematically), higher scores indicating more frequent use of recovery-oriented practices. Three items assessed participants' beliefs regarding their own professional utility in their work (McDonald's $\omega = .84$) (Lebowitz & Ahn, 2014), higher scores indicating strong beliefs in one's own professionals' utility. Two items drawn from a work arduousness scale assessed ethical conflict (Spearman's $\rho = .74$) (Laberon & Lagabrielle, 2013), higher scores indicating strong ethical conflict in practice. Finally, participants were asked their profession, number of years of practice, and whether they had received specific information regarding concepts of stigma or recovery during their initial or further training.

Theoretical beliefs

A 6-item Etiological beliefs scale (McDonald's $\omega = .79$) assessed beliefs regarding schizophrenia aetiology (i.e. biological, psychological, environmental) on the basis of previous studies (Ahn et al., 2009). This scale allowed us to calculate the percentage of points awarded to biological items among the total points awarded on this scale by the participant. The greater the share of biological beliefs, the more schizophrenia is seen as a biological pathology to the detriment of other types of factors. Considering evolution in the conceptualization of schizophrenia as a neurodevelopmental disorder, three additional items assessed beliefs regarding the importance of cognitive impairment in schizophrenia (Cognitive beliefs scale, McDonald's $\omega = .62$), higher scores indicating strong cognitive vision on schizophrenia. Similarity, Categorical and Continuum items were also included (Violeau et al., 2020). The Similarity scale (two items, Spearman's $\rho = .81$) assessed participants' beliefs regarding their shared similarities or common points with persons with schizophrenia, higher scores indicated higher views of similarity with persons with schizophrenia. Categorical (two items, Spearman's $\rho = .50$) and Continuum (two items, Spearman's $\rho = .38$) scales assessed beliefs regarding schizophrenia as a discrete social category, or as a continuum between normal and schizophrenia, respectively. The incremental beliefs of schizophrenia scale (two items, Spearman's $\rho = .37$) assessed beliefs that schizophrenia is malleable and can change with effort (Dweck et al., 1995).

4. Analyses

R software version 3.5.1 was used to perform the analysis. As recommended by Revelle and Zinbarg (2009), total omega was preferred to Cronbach's alpha to assess internal consistency. Four models of multiple linear regression were used to identify the best predictors of stigmatization

among i) theoretical beliefs, ii) individual professional characteristics, iii) contextual professional characteristics and iv) sociodemographic information. Effect sizes were computed and interpreted according to (Fritz et al., 2012). Then, a last multiple linear regression was used gathering all relevant predictors (p -value $>.05$) from the four previous models to constitute a final model. Starting from this final model, a backward elimination strategy used as stepwise model selection (with p -value as criterion) until the parsimonious model was reached. This analysis protocol was conducted for two scores of the STIGMApro scale: stereotype and prejudice scores. In the regression, reference of academic level is five years' higher education, reference of work setting is full-time hospitalization service, reference of profession is psychologists, and reference of theoretical orientation is cognitivo-behavioral therapy.

Regarding desire for social distance score (i.e. intended discrimination), multiple linear regression was not applicable because of the heteroscedasticity of residuals. Assumptions for parametric tests were not completed. Therefore, Spearman's rho, Mann Whitney U test and Kruskal Wallis tests were used to find relevant variables associated with desire for social distance.

5. Results

5.1. Sample

A total number of 1012 persons clicked on the survey link, and 482 completed it entirely. Finally, 357 participants met the inclusion criteria (see Table 1 for characteristics of participants).

Table 1. Participants' characteristics

	Total	Nurses	Psychiatrists	Psychologists	Others
N	357 100%	147 41%	74 21%	78 22%	58 16%
<u>Sociodemographic characteristics</u>					
Age in years: mean(sd)	38.4 (11.6)	39 (10.8)	43 (12.8)	34.1 (9.76)	36.6 (11.8)
Gender					
<i>Man</i>	95(27%)	31(21%)	38(51%)	14(18%)	12(21%)
<i>Woman</i>	262(73%)	116(79%)	36(49%)	64(82%)	46(79%)
Academic level					
>5	81(23%)	0(0%)	72(97%)	9(12%)	0(0%)
5	85(24%)	11(7%)	1(1%)	69(88%)	4(7%)
3	155(43%)	117(80%)	0(0%)	0(0%)	38(66%)
<3	36(10%)	19(13%)	1(1%)	0(0%)	16(28%)
Familiarity (yes)	114(32%)	42(29%)	26(35%)	29(37%)	17(29%)
<u>Contextual professional characteristics</u>					
Work setting					
<i>Full-time hospitalization service</i>	92(25%)	45(31%)	21(28%)	8(01%)	18(31%)
<i>Community mental health centre</i>	52(15%)	17(12%)	14(19%)	18(23%)	3(5%)
<i>Independent practice</i>	47(13%)	23(16%)	11(15%)	11(14%)	2(3%)
<i>Others</i>	166(46%)	62(42%)	28(38%)	41(53%)	35(60%)

Table 1. Participants' characteristics

	Total	Nurses	Psychiatrists	Psychologists	Others
Contact frequency:					
>1/day	204(57%)	99(67%)	46(62%)	19(24%)	40(69%)
>1/week	70(20%)	20(14%)	17(23%)	25(32%)	8(14%)
<1/week	24(7%)	4(3%)	4(5%)	13(17%)	3(5%)
no longer	59(17%)	24(16%)	7(9%)	24(31%)	7(12%)
Multidisciplinary team					
Yes	305(85%)	119(81%)	64(86%)	66(85%)	56(97%)
Individual professional characteristics					
Recovery-oriented practice: mean(sd)	5.67(.9)	5.48(1)	5.88(.80)	5.71(1)	5.81(.86)
Professional utility belief: mean(sd)	5.56(1.1)	5.61(1)	5.72(.9)	5.27(1.4)	5.62(1)
Ethical conflict: mean(sd)	1.92(1.3)	2.17(1.4)	1.91(1.3)	1.38(.83)	2(1.4)
Years of practice: mean(sd)	12.1(10.3)	13.6(9.8)	14.7(11.7)	8.53(8.7)	9.7(9.9)
Recovery-trained (yes)	264(74%)	104(71%)	58(78%)	57(73%)	45(78%)
Stigma-trained (yes)	247(69%)	94(64%)	51(69%)	58(74%)	44(76%)
Theoretical beliefs					
Theoretical orientation of participant					
CBT	77(22%)	29(20%)	14(19%)	27(35%)	7(12%)
Psychoanalysts	45(13%)	17(12%)	8(11%)	13(17%)	7(12%)
Humanists	49(14%)	24(16%)	7(9%)	7(9%)	11(19%)
Others	130(36%)	39(27%)	37(50%)	29(37%)	25(43%)
Do not know	56(16%)	38(25%)	8(11%)	2(3%)	8(14%)
Biological etiological beliefs: mean(sd)	45.7(14)	42.6(12.2)	54.4(13.8)	47(14.3)	40.8(13.4)
Cognitive beliefs: mean(sd)	4.63(1.3)	4.32(1.2)	5.14(1.2)	4.67(1.3)	4.71(1.1)
Continuum beliefs: mean(sd)	2.52(1.5)	2.27(1.4)	2.18(1.2)	3.25(1.68)	2.59(1.43)
Categorical beliefs: mean(sd)	3.01(1.5)	3.08(1.6)	3.01(1.6)	2.87(1.4)	3.04(1.6)
Incremental beliefs: mean(sd)	5.91(.9)	5.86(.9)	6.09(.83)	5.8(1)	5.94(.9)
Similarity: mean(sd)	3.80(1.83)	3.53(1.9)	3.55(1.8)	4.42(1.7)	3.95(1.8)
STIGMApro Scale					
Stereotype score: mean(sd)	2.76(.8)	2.91(.8)	2.63(.7)	2.56(.7)	2.83(.8)
Prejudice score: mean(sd)	3.09(.9)	3.19(1)	2.91(.7)	2.95(.8)	3.23(1.1)
Discrimination score : mean(sd)	6.05(1.3)	5.82(1.4)	5.95(1.4)	6.51(.9)	6.2(1.4)

CBT: cognitive-behavioral therapy. Other professions: assistant nurses, peer assistants, occupational therapists

5.2. Predictors of stereotype score

Multiple regression results with STIGMAPRO scale stereotype (stereotyped beliefs) score as criterion are displayed in Table 2. Among socio-demographic characteristics, age, academic level and familiarity were significant predictors of stereotype score. Age was associated with a higher stereotype score. On the contrary, academic level and familiarity were associated with a lower stereotype score. For all these predictors, effect sizes were weak. Among contextual professional characteristics, work setting was the only significant predictor, with a medium effect size: MHP in

independent practice reported more stereotyped beliefs than those working in full-time hospitalization settings.

Among individual professional characteristics, professional utility beliefs and recovery-oriented practice scores were associated with a lower stereotype score, whereas years of practice were associated with a higher stereotype score. Among included professions, psychologists reported fewer stereotypes than nurses. Effect sizes were weak except for recovery-oriented practice scores, which showed a medium effect size.

Table 2. Regression results using stereotype score as criterion

Predictor	<i>b</i> (<i>se</i>)	<i>t</i> value	<i>p</i> value	<i>beta</i>	<i>beta</i> 95% CI [LL,UL]	Adjusted Eta ²	Fit
Model 1: Sociodemographic characteristics							
(Intercept)	2.2663(.18)	12.675	<.001		[-.352, .352]		
Age	.0093(.00)	2.546	.01133	.1402	[.133, .147]	.012	
Gender: <i>Men</i>	.0563(.10)	.564	.57278	.0309	[-.157, .219]	.000	
Academic level:						.040	
> 5	.1570(.12)	1.266	.20637	.0869	[-.157, .331]		
3	.2903(.11)	2.644	.00857	.1869	[-.029, .403]		
< 2	.4767(.15)	3.140	.00183	.1865	[-.112, .485]		
Familiarity: <i>yes</i>	-.2714	-3.110	.00202	-.1644	[-.336, .007]	0.026	
							<i>F</i> (6,350) = 4.771 <i>p</i> value = .00010 Adjusted R ² = .0598
Model 2: Contextual professional characteristics							
(Intercept)	2.8597(.17)	16.846	<.001		[-.334,.334]		
Work setting:						0.070	
<i>Independent practice</i>	.3518(.17)	2.081	.0382	.1546	[-.178,.487]		
<i>Other</i>	-.1451(.09)	-1.461	.1450	-.0941	[-.289,.101]		
<i>Community mental health centre</i>	-.0249(.13)	-.185	.8536	-.0114	[-.276,.253]		
Multidisciplinary team: <i>yes</i>	-.1354(.15)	-.911	.3632	-.0621	[-.355,.230]	0.005	
Contact frequency:						0.005	
> 1/week	.0513(.11)	.478	.6330	.0264	[-.185,.238]		
< 1/week	.1313(.16)	.805	.4215	.0427	[-.278,.364]		
<i>no longer</i>	.1556(.08)	1.261	.2082	.0751	[-.168,.318]		
							<i>F</i> (7,349) = 4.263 <i>p</i> value = .00016 Adjusted R ² = .0603
Model 3: Individual professional characteristics							
(Intercept)	4.120(.28)	14.659	<.001		[-.553,.553]		
Recovery-oriented practice	-.1518(.05)	-3.291	.0011	-.1836	[-.274,-.093]	.080	
Professional utility belief	-.1293(.04)	-3.374	< .001	-.1865	[-.262,-.111]	.025	
Ethical conflict	-.0085(.03)	-.272	.7861	-.0141	[-.076,.048]	.000	
Profession:						.041	
<i>Nurses</i>	.2992(.11)	2.750	.0063	.1913	[-.023,.405]		
<i>Psychiatrists</i>	.0862(.12)	.706	.4808	.0454	[-.195,.286]		
<i>Other</i>	.3244(.13)	2.554	.0111	.1554	[-.094,.405]		
Years of practice	.0115(.00)	2.972	.0032	.1529	[.145,.161]	.025	
Recovery-trained: <i>yes</i>	-.0564(.10)	-.557	.5779	-.0321	[-.231,.167]	.001	
Stigma-trained: <i>yes</i>	-.0734(.10)	-.766	.4444	-.0441	[-.233,.145]	.004	
							<i>F</i> (9,347) = 7.143 <i>p</i> value = 1.63 ⁻⁹ Adjusted R ² = 0.1344

Table 2. Regression results using stereotype score as criterion

Predictor	<i>b</i> (<i>se</i>)	<i>t</i> value	<i>p</i> value	<i>beta</i>	<i>beta</i> 95% CI [LL,UL]	Adjusted Eta ²	Fit
Model 4: Theoretical believes							
(Intercept)	4.3921(.31)	14.134	<.001		[-.611,.611]		
Theoretical orientation:							
<i>Humanism</i>	-.1683(.12)	-1.413	.1584	-.0753	[-.309,.159]		.035
<i>Psychoanalysis</i>	-.2573(.13)	-2.000	.0462	-.1109	[-.364,.142]		
<i>Other</i>	-.2384(.09)	-2.585	.0101	-.1491	[-.330,.032]		
<i>Do not know</i>	-.0371(.12)	-.321	.7483	-.0175	[-.245,.210]		
Biological etiological belief	-.0125(.00)	-4.911	< .001	-.2281	[-.233,-.223]	.098	
Cognitive beliefs	.0174(.03)	.597	.5507	.0281	[-.029,.086]	.003	
Continuum beliefs	-.0100(.03)	-.392	.6953	-.0189	[-.069,.031]	.046	
Categorical beliefs	.0957(.02)	4.031	< .001	.1911	[.144,.238]	.110	
Incremental beliefs	-.1169(.04)	-3.074	.0023	-.1390	[-.213,-.064]	.047	
Similarity	-.1478(.02)	-7.152	< .001	-.3509	[-.392,-.310]	.129	
						<i>F</i> (10,346) = 17.86 <i>p</i> value = <2.2 ⁻¹⁶ Adjusted R ² = 0.3213	
Final model: Predictors of mental health professional stereotype							
(Intercept)	4.422(.31)	14.279	<.001		[-.609,.609]		
Work setting:							
<i>Independent practice</i>	.347(.12)	2.959	.00340	.1172	[-.078,.383]		0.101
<i>Community mental health centre</i>	.161(.11)	1.446	.14906	.0739	[-.145,.293]		
<i>Other</i>	.036(.08)	0.429	.66852	.0231	[-.141,.187]		
Profession:							
<i>Nurses</i>	.219(.10)	2.293	.02256	.1400	[-.048,.328]		0.071
<i>Psychiatrists</i>	.126(.11)	1.166	.24436	.0663	[-.146,.279]		
<i>Others</i>	.259(.11)	2.265	.02414	.1242	[-.101,.349]		
Theoretical orientation:							
<i>Humanism</i>	-.186(.12)	-1.593	.11211	-.0832	[-.313,.147]		0.019
<i>Psychoanalysis</i>	-.165(.12)	-1.331	.18394	-.0709	[-.314,.172]		
<i>Other</i>	-.193(.09)	-2.092	.03714	-.1207	[-.302,.061]		
<i>Do not know</i>	-.064(.12)	-0.554	.57975	-.0302	[-.257,.197]		
Professional utility beliefs	-.085(.03)	-2.677	.00778	-.1223	[-.185,-.060]	0.061	
Biological etiological beliefs	-.011(.00)	-4.290	< .001	-.2028	[-.208,-.198]	0.075	
Categorical beliefs	.089(.02)	3.808	< .001	.1772	[.131,.223]	0.098	
Incremental beliefs	-.098(.04)	-2.561	.01088	-.1169	[-.192,-.041]	0.033	
Similarity	-.127(.02)	-6.234	< .001	-.3013	[-.341,-.261]	0.102	
						<i>F</i> (10,346) = 17.86 <i>p</i> value = <2.2 ⁻¹⁶ Adjusted R ² = 0.3529	

Note. *b* represents unstandardized regression weights and *se* represents standard error. *beta* indicates the standardized regression weight. LL and UL indicate lower and upper limits of confidence interval, respectively. The reference of academic level is five years' higher education. The reference of work setting is full-time hospitalization service. The reference of profession is psychologists. The reference of theoretical orientation is cognitive-behavioral therapy.

Among theoretical beliefs, stereotype scores were negatively associated with incremental beliefs (weak effect size) and similarity scores (medium effect size), and positively associated with categorical beliefs (weak effect size). CBT theoretical orientation was associated with a lower stereotype score than psychoanalysis (weak effect size).

Finally, previously identified significant predictors were entered in a final model, except two: academic level and age, which were excluded because of their collinearity with profession and years of practice, respectively. Profession and years of practice were chosen given that they are factors more directly related with professional practice. From this model ($F(18,338) = 11.9, p < 2.2^{-16}$,

adjusted $R^2 = .355$), years of practice was excluded as non-significant predictor ($\beta = -.010$, $t(338) = -.193$, $p = .85$). Then, recovery-oriented practice was excluded as non-significant predictor ($\beta = -.066$, $t(339) = -1.310$, $p = .19$). Then, familiarity was excluded as non-significant predictor ($\beta = -.072$, $t(340) = -1.599$, $p = .11$). The final model is displayed in Table 2: 35.3% of the stereotype score variability was explained by the following predictors in decreasing order of effect size: similarity, work setting, categorical beliefs, biological etiological beliefs, profession, professional utility beliefs, incremental beliefs and theoretical orientation.

5.3. Predictors of prejudice score

Multiple regression results with prejudice score as criterion are displayed in Table 3. Among socio-demographic characteristics, none of the predictors was significant.

Among contextual professional characteristics, belonging to a multidisciplinary team was associated with a lower prejudice score, with a weak effect size.

Among individual professional characteristics, recovery-oriented practice was associated with a lower prejudice score, with a weak effect size.

Among theoretical beliefs, theoretical orientation and similarity score were negatively associated with prejudice score (respectively, weak and medium effect sizes). CBT theoretical orientation was associated with a lower prejudice score than those who do not know their theoretical orientation (weak effect size).

Finally, previously identified significant predictors were entered in a final model. From this model ($F(7,335) = 7.4$, $p = 3.07^{-8}$, adjusted $R^2 = .115$), theoretical orientation was excluded as a non-significant predictor ($\beta = -.014$, $t(335) = 1.7.193$, $p = .08$). Then, belonging to a multidisciplinary team was excluded as non-significant predictor ($\beta = -.010$, $t(339) = -1.827$, $p = .069$). The final model is displayed in table 3: 10.8% of the prejudice score variability was explained by, in effect size decreasing order: similarity and recovery-oriented practice.

Table 3. Regression results using prejudice scale as the criterion

Predictor	<i>b</i> (<i>se</i>)	<i>t</i> value	<i>p</i> value	<i>beta</i>	<i>beta</i> 95% CI [LL,UL]	Adjusted Eta ²	Fit
Model 1: Sociodemographic characteristics							
(Intercept)	2.645(.19)	13.800	<.001		[-.377,.377]		
Age	.0069(.00)	1.746	.0817	.1023	[.095,.110]	0.011	
Gender: <i>Men</i>	-.0230(.10)	-.224	.8226	-.0129	[-.215,.189]	0.001	
Grade level:						0.013	
> 5	-.0379(.13)	-.288	.7735	-.0208	[-.238,.279]		
3	.1678(.10)	1.201	.2305	.0831	[-.121,.335]		
< 2	.2597(.17)	1.444	.1497	.1074	[-.238,.450]		
Familiarity: <i>yes</i>	.0287(.09)	0.306	.7598	.0172	[-.167,.202]	0.000	$F(6,330) = 1.413$ p value = .2087 Adjusted $R^2 = .00732$

Table 3. Regression results using prejudice scale as the criterion

Predictor	<i>b</i> (<i>se</i>)	<i>t</i> value	<i>p</i> value	<i>beta</i>	<i>beta</i> 95% CI [LL,UL]	Adjusted Eta ²	Fit
Model 2: Contextual professional characteristics							
(Intercept)	3.1373(.19)	16.551	<.001		[-.373,.373]		
Work setting:						.032	
<i>Independent practice</i>	.1027(.20)	.516	.6059	.0422	[-.349,.433]		
<i>Other</i>	.2018(.10)	1.961	.0508	.1309	[-.071,.333]		
Community mental health centre	.2540(.14)	1.807	.0717	.1165	[-.160,.393]		
Multidisciplinary team: <i>yes</i>	-.3497(.17)	-2.046	.0416	-.1562	[-.492,.180]	.016	
Contact frequency:						.003	
> 1/week	.0587(.11)	.532	.5949	.0308	[-.186,.248]		
<1/week	-.0682(.23)	-.301	.7636	-.0164	[-.461,.429]		
<i>no longer</i>	.0971(.13)	.745	.4538	.0470	[-.209,.303]		
							<i>F</i> (7,328) = 2.417
							<i>p</i> value = .01999
							Adjusted R ² = .02876
Model 3: Individual professional characteristics							
(Intercept)	4.1441(.30)	13.602	<.001		[-.599,.599]		
Recovery-oriented practice	-.1785(.05)	-3.590	<.001	-.2107	[-.308,-.113]	.058	
Professional utility belief	-.0753(.04)	-1.794	.0737	-.1039	[-.187,-.021]	.008	
Ethical conflict	.0138(.03)	.401	.6884	.0220	[-.046,.090]	.001	
Profession:						.015	
<i>Nurses</i>	.1424(.12)	1.212	.2263	.0885	[-.142,.320]		
<i>Psychiatrists</i>	.0112(.13)	.085	.9323	.0058	[-.253,.264]		
<i>Other</i>	.2362(.14)	1.706	.0889	.1096	[-.163,.382]		
Years of practice	.0075(.00)	1.797	.0732	.0978	[.090,.106]	.010	
Recovery-trained: <i>yes</i>	-.0929(.10)	-.893	.3726	-.0544	[-.259,.150]	.000	
Stigma-trained: <i>yes</i>	.2020(.11)	1.826	.0687	.1120	[-.106,.330]	.010	
							<i>F</i> (9,334) = 3.916
							<i>p</i> value = 9.5 ⁻⁵
							Adjusted R ² = .07107
Model 4: Theoretical believes							
(Intercept)	3.5088(.38)	9.346	<.001		[-.739,.739]		
Theoretical orientation:						.023	
<i>Humanism</i>	.0035(.14)	.025	.9799	.0016	[-.272,.275]		
<i>Psychoanalysis</i>	.1060(.15)	.713	.4763	.0470	[-.245,.339]		
<i>Other</i>	.0346(.11)	.328	.7434	.0224	[-.186,.230]		
<i>Do not know</i>	.2697(.13)	2.034	.0427	.1319	[-.129,.393]		
Biological etiological beliefs	.0001(.00)	.041	.9674	.0023	[-.004,.223]	.001	
Cognitive beliefs	.0104(.03)	.305	.7607	.0173	[-.050,.084]	.000	
Continuum beliefs	.0217(.03)	.736	.4625	.0424	[-.016,.100]	.002	
Categorical beliefs	-.0041(.03)	-.148	.8826	-.0085	[-.063,.046]	.005	
Incremental beliefs	-.0395(.05)	-.813	.4170	-.0447	[-.140,.051]	.007	
Similarity	-.1164(.02)	-4.845	<.001	-.2850	[-.332,-.238]	.067	
							<i>F</i> (10,326) = 3.678
							<i>p</i> value = .000112
							Adjusted R ² = .07382
Final model: Predictors of mental health professional prejudices							
(Intercept)	4.2921(.26)	16.780	<.001		[-.503,.503]		
Recovered-oriented practice	-.1550(.04)	-3.481	<.001	-.1805	[-.268,-.093]	.054	
Similarity	-.1072(.02)	-4.885	<.001	-.2534	[-.297,-.210]	.066	
							<i>F</i> (2,340) = 21.63
							<i>p</i> value = 1.43 ⁻⁹
							Adjusted R ² = 0.1076

Note. *b* represents unstandardized regression weights and *se* represents standard error. *beta* indicates standardized regression weight. LL and UL indicate lower and upper limits of confidence interval, respectively. The reference of work setting is full-time hospitalization service. The reference of profession is psychologists. The reference of theoretical orientation is cognitive-behavioral therapy. The reference of grade level is five years' higher education.

5.4. Predictors of desire for social distance score

Results regarding intended discrimination score (desire for social distance) analyses are reported in Tables 4 and 5. Among socio-demographic characteristics, none of the correlates had a significant relationship on discrimination score.

Among contextual professional characteristics, MHP working in independent practice reported more desire for social distance than other work settings, with a weak effect size.

Among individual professional characteristics, recovery-oriented practice and professional utility beliefs scores were associated with lower desire for social distance scores (respectively, medium and weak effect sizes), and years of practice was associated with higher desire for social distance scores (weak effect size).

Among theoretical beliefs, similarity score, continuum and incremental beliefs were associated with a lower desire for social distance score (respectively, medium and weak effect sizes), whereas categorical beliefs were associated with a higher desire for social distance score (weak effect size).

Table 4: Association of factors with desire for social distance score

	Age	Recovery-oriented practice	Utility beliefs	Ethical conflict	Years of practice	Biological etiological beliefs	Cognitive beliefs	Continuum beliefs	Categorical beliefs	Incremental beliefs	Similarity
Spearman rho	-.077	.266***	.105*	-.096	-.135*	-.024	.012	.108*	-.223***	.139**	.248***

Note: *p < .05; **p < .01; ***p < .001

Table 5: Association of factors with desire for social distance score

	n	Mean(sd)	Test	Effect size
Gender:				
Men	95	6.16(1.14)	U=12350 p=.907	Cohen's d = .11
Women	262	6.02(1.40)		
Academic level:				
> 5	81	6.02(1.36)	$\chi^2=4.14$ p = .247	Eta ² =.012
5	85	6.34(1.04)		
3	155	5.95(1.42)		
< 3	36	5.88(1.44)		
Familiarity:				
yes	114	6.31(1.03)	U=12302 p=.070	Cohen's d = .28
no	243	5.93(1.44)		
Work setting:				
Inpatient setting	92	5.96(1.24)	$\chi^2=18.4$ p < .001	Eta ² =.051
Community mental health centre	52	6.09(1.40)		
Independent practice	47	5.54(1.52)		
Others	166	6.24(1.27)		
Multidisciplinary team:				
yes	305	6.08(1.30)	U=7131 p=.217	Cohen's d = .16
no	52	5.88(1.48)		
Contact frequency:				
> 1/day	204	6.02(1.32)	$\chi^2=1.87$ p = .600	Eta ² =.005
> 1/week	70	6.15(1.33)		
< 1/week	24	6.31(1.03)		
no longer	59	5.93(1.48)		

Table 5: Association of factors with desire for social distance score

		<i>n</i>	Mean(sd)	Test	Effect size
Profession:	<i>Nurses</i>	147	5.82(1.40)	$\chi^2=17.7$ $p < .001$	Eta ² =.050
	<i>Psychologists</i>	78	6.51(0.90)		
	<i>Psychiatrists</i>	74	5.95(1.40)		
	<i>Other</i>	58	6.16(1.42)		
Recovery-trained:	<i>yes</i>	264	6.08(1.33)	U=11580	Cohen's
	<i>no</i>	93	5.99(1.95)	$p = .388$	$d = .06$
Stigma-trained:	<i>yes</i>	247	6.11(1.32)	U=12450	Cohen's
	<i>no</i>	110	5.93(1.35)	$p = .181$	$d = .13$
Theoretical orientation:	<i>CBT</i>	77	6.25(1.10)	$\chi^2=7.05$ $P = .133$	Eta ² =.020
	<i>Humanism</i>	49	5.87(1.18)		
	<i>Psychoanalysis</i>	45	5.89(1.59)		
	<i>Other</i>	130	6.15(1.36)		
	<i>Do not know</i>	56	5.87(1.44)		

Note. CBT is cognitive-behavioral therapy.

Follow-Up Analysis

To further investigate some of the results, we conducted additional group comparisons. A regression analysis revealed that among work settings, independent practice predicted lower scores of recovery-oriented practices ($F(3,353) = 3.83, p = .01, \text{adjusted } R^2 = .023$), lower scores of continuum beliefs ($F(3,353) = 6.52, p < .001, \text{adjusted } R^2 = .045$), lower scores of professional utility beliefs ($F(3,353) = 3.13, p = .026, \text{adjusted } R^2 = .02$), lower scores of perceived similarities ($F(3,353) = 6.66, p < .001, \text{adjusted } R^2 = .045$) and higher scores of categorical beliefs ($F(3,353) = 6.16, p < .001, \text{adjusted } R^2 = .05$). Independent practice did not predict biological beliefs ($F(3,353) = 0.49, p = .689, \text{adjusted } R^2 = .004$). A Mann and Whitney analyses revealed that compared to isolated MHP ($n=52$), MHP from multidisciplinary teams ($n=305$) reported higher scores of recovery-oriented practices ($U(356)=6416, p = .027, d=.38$), higher scores of utility beliefs ($U(356)=5455, p < .001, d=.57$) and higher scores of perceived similarities ($U(356)=5927, p = .003, d=.47$). No significant difference was found on biological beliefs scores ($U(356)=7781, p=.828, d=.004$), on continuum beliefs scores ($U(356)=7867, p=.93, d=.04$) and on categorical beliefs scores ($U(356)=7040, p = .193, d=.18$). Compared to MHP with a psychoanalytic orientation ($n=45$), MHP with a CBT orientation ($n=77$) reported higher scores of recovery-oriented practices ($U(121)=1261, p=.01, d=.42$), higher scores of biological beliefs ($U(121)=1044, p < .001, d=.75$), higher scores of continuum beliefs ($U(121)=1213, p = .005, d=.55$) and lower scores of categorical beliefs ($U(121)=1309, p = .02, d=.42$). No significant difference was found in professional utility beliefs ($U(121)=1583, p=.42, d=.21$) or in perceived similarities ($U(121)=1437, p=.12, d=.28$). Finally, biological beliefs correlated positively with incremental beliefs ($r(356)=.135, p=.011$).

6. Discussion

The study aimed to identify predictors of schizophrenia stigmatization (stereotype, prejudice, discrimination) in MHP. Potential predictors were organized according to four levels: socio-demographic, professional contextual, professional individual characteristics and theoretical beliefs. The results showed that 35.3% of the variance of stereotype and 10.8% of the variance of prejudice among MHP can be explained by these predictors. Among them, theoretical beliefs were the strongest predictors of MHP schizophrenia stigma in its three dimensions. Biological etiological beliefs, professional utility beliefs, similarity beliefs and recovery-oriented practices were negatively correlated with stigmatization. Conversely, categorical beliefs were positively correlated with stigmatization. Psychologists reported fewer stereotypes than other professions and MHP working in independent practice reported more stereotypes. Socio-demographic characteristics of MHP, such as age, academic level and familiarity, were weak predictors of stereotype and showed no association with prejudice or desire for social distance. These results are consistent with numerous previous studies that found no association between stigma and gender (Caldwell & Jorm, 2001; Dabby et al., 2015; Grausgruber et al., 2007; Heibach et al., 2014; Hori et al., 2011; Hsiao et al., 2015; Pavon & Vaes, 2017; Stuber et al., 2014), or between stigma and age (Grausgruber et al., 2007; Hori et al., 2011; Pavon & Vaes, 2017).

To our knowledge, no previous study investigated the role of familiarity (i.e. having a person with schizophrenia among one's relatives) on stigma in MHP. Our results showed that MHP declaring familiarity with schizophrenia reported fewer stereotypes. On the contrary, the frequency of contact with persons with schizophrenia at work was not associated with stigma. These results can be understood in the light of previous research that showed that contact may be effective in specific conditions. That is, positive contact in which there is an equality of status between the parties involved represents the optimal contact condition (for the most recent reviews, see Paluck et al., 2019; Pettigrew et al., 2011). In such a perspective, our results suggest that personal familiarity (spouse, family, friend, etc.) is more impactful than the frequency of contacts at work and leads to fewer stereotypes.

Among contextual professional characteristics, multidisciplinary practice and work setting were the only significant predictors of stigma in MHP (weak-to-moderate effect sizes). MHP working in inpatient services did not show more stigma than those in other work settings. This result is in contrast with previous studies reporting that MHP working in inpatient services show more stigmatization (Hsiao et al., 2015; Linden & Kavanagh, 2012). Rather, our results show that MHP working in independent practice report more stereotypes and desire for social distance. To further

explore this unexpected result, we conducted additional group comparisons (independent practice vs. other work settings). Results showed that MHP in independent practice also report fewer continuum beliefs and perceived similarities than MHP working in inpatient services. These group differences in theoretical beliefs could account for differences in stereotype and social distance. An original result is the positive influence of multidisciplinary practice since MHP working in multidisciplinary teams reported less prejudice. Additional group comparisons showed that MHP in multidisciplinary teams report more professional utility beliefs, more perceived similarity, more recovery-oriented practices, and more training in stigma and recovery.

Regarding individual professional characteristics, recovery-oriented practice predicted fewer stereotypes, prejudice and desire for social distance, with a medium size effect. This original result can be understood in the light of recovery philosophy and its relevance in anti-stigma strategies (Bird et al., 2014). The conceptual framework of recovery promotes hope against the stereotype of prognosis pessimism, and fosters empowerment (e.g. personal responsibility, control over life, focusing on strengths) against the stereotype of incompetence. Another important factor is beliefs in professional utility. These beliefs were indeed associated with fewer stereotypes and desire for social distance. A previous study reported that personal accomplishment was associated with fewer avoidant and rejecting attitudes towards psychiatric patients (Zaninotto et al. 2018). Interestingly, burnout among MHP, ranging from 21% to 67%, impacted this personal accomplishment (Zaninotto et al., 2018).

Psychologists in our sample reported fewer stereotypes and desire for social distance than other professions (i.e. psychiatrists, nurses). While some previous studies reported similar results, others reported no difference between professions regarding schizophrenia stigmatization (Caldwell & Jorm, 2001; Hori et al., 2011; Magliano et al., 2004; Reavley et al., 2014). Of note, profession or academic level were only weak predictors of schizophrenia stigma among MHP. This finding shows that, among individual professional characteristics, professions and academic level are far less influential than recovery-oriented practice and professional utility beliefs.

Our results suggest that several theoretical beliefs regarding schizophrenia have a significant impact on stigma in MHP. First, the theoretical orientation predicted stigmatization with a weak effect size: MHP with a CBT orientation reported fewer stereotypes than psychoanalysts. To further investigate these results, we conducted group comparisons (CBT vs. Psychoanalysis) that showed two differences: MHP declaring a CBT orientation reported fewer categorical and more continuum beliefs than psychoanalysts. Second, biological beliefs were not associated with more stigmatization but rather predicted fewer stereotypes, with a medium effect size. This result is in contradiction with those obtained in Italian and American samples of MHP (Lebowitz & Ahn, 2014; Pavon & Vaes,

2017; for a recent review, see Larkings & Brown, 2018)”. A relevant explanation can be drawn from social psychology research. Indeed, in essentialist theories, genetic and neurobiological causes are likely to be seen as essence-like. Essentialism is the belief that a fixed, hidden, and identity-determining cause generates the observed properties of a social category (Haslam & Kvaale, 2015). People intuit the existence of the essence without being able to observe it. When applied to social categories, essentialist thinking is often grounded in biological differences between people, and it frequently has destructive implications (Haslam & Kvaale, 2015). The de-essentialized concept of schizophrenia – that the attribute is malleable and developable with effort – is called incremental theory (Ryazanov & Hansen, 2018). We thus conducted further analyses to check whether biological beliefs are negatively associated with incremental beliefs, as postulated by essentialist theories (Haslam & Kvaale, 2015)”. We found an opposite association: in French MHP, biological beliefs were associated with a more incremental vision, i.e. a less essentialist vision of schizophrenia. These results may be partly explained by the history of psychiatry in France, where psychoanalysis has long been a prevalent theoretical orientation, whereas biological psychiatry - and associated beliefs regarding schizophrenia – gained ground only more recently. It can be hypothesized that in France, the bio-genetic model (Read et al., 2013) has not yet been sufficiently established or spread to show stigmatizing effects, as described in the international literature.

Another original result of our study is that categorical beliefs predicted more stereotypes and desire for social distance (moderate effects sizes), whereas continuum beliefs predicted less desire for social distance (weak effect size). In other words, MHP believing that schizophrenia is not a discrete social category but rather the extreme of a continuum between “normal” and “pathologic” reported less stigmatization. Moreover, MHP considering they have many similarities with persons with schizophrenia reported less stigmatization. Indeed, perceived similarities were the strongest predictor of MHP stigma in its three dimensions (moderate effect sizes). This result is consistent with some previous studies that used Mussweiler’s social comparison model (Mussweiler, 2003) in MHP (Servais & Saunders, 2007) and in the general population (Violeau et al., 2020). Mussweiler’s social comparison model provides explanations regarding the mechanisms by which perceived similarities may impact stigmatization (Mussweiler, 2003). During social comparison situations, when someone is focused on the similarities that may exist between him/herself and another, he/she tends to assimilate the characteristics of the other to him/herself. Conversely, if an individual is focused on the differences between him/herself and another, he/she will perceive him/herself as contrasting with the characteristics of others, using distinct discrete social categories to do so. In the same perspective, a recent meta-analysis (Hill et al., 2019) provided recommendations about the use of self-disclosure in clinical practice. One of these

recommendations is that similarities between what the person discloses and what the caregiver discloses should be emphasized to enhance the quality of therapeutic relationships. Self-disclosure may represent an operationalization of the processes of perceived similarities that is directly transferable to mental health practice. In the same vein, incremental beliefs predicted fewer stereotypes and desire for social distance (weak effect sizes). This suggests that MHP who consider schizophrenia as malleable and likely to get better reported less stigma than those with a fixed vision of schizophrenia as a chronic, unchangeable pathology, as postulated by the essentialist theories (Ryazanov & Christenfeld, 2018).

In sum, final models suggest that the main factors associated with stigmatization (stereotypes, prejudice) in MHP are of two types : i) individual beliefs (about mental illness : biological etiological beliefs, categorical beliefs ; or about MHP themselves : professional utility beliefs, similarity beliefs) and ii) characteristics of practices (recovery oriented practice, work setting, profession). These factors are associated with stereotype or prejudice with a medium effect size. In contrast, factors such as incremental beliefs and theoretical orientation are only weak predictors. Other factors showed no effect such as gender, age, years of practice, academic level, level of training regarding stigma or recovery, contact frequency, familiarity, multidisciplinary practice and cognitive vision of schizophrenia. There were two factors associated with discrimination (desire for social distance) with a medium effect size: recovery oriented practice and perceived similarity. In contrast, profession, work setting, utility beliefs, years of practice, continuum and categorical beliefs, incremental beliefs were associated with a weak effect size.

The present study has several limitations. The first concerns generalizability, as our sample was broadly composed of psychiatrists, nurses and psychologists, with the under-representation of several other MHP categories (e.g. occupational therapists, peer-helpers). Second, explicit measures of stigmatization may have fostered social desirability in participants' responses, thus leading us to under-estimate the schizophrenia stigma of MHP (Joinson, 1999). The discrimination subscale is limited to intended discrimination items (social distance) and does not fully measure the concept of discrimination, which should ideally be complemented with behavioral assessments. Some original associations that we found need to be confirmed, so caution is required when interpreting some of the findings as solutions against stigma. For example, biological beliefs were associated with less stigma, yet previous research has shown that an intervention applying a biological viewpoint to mental illness can lead to more stigma (Read et al., 2013). One measure of internal consistency (i.e., prejudice subscale) was low and could compromise accuracy of assessment. This could be due to the heterogeneity of the emotions addressed (compassion, serenity, anxiety and fear) in the prejudice subscale. Of note, completion time and stereotyped/automatic responses due to inattention were not

checked. Future research is thus needed to replicate these findings in other cultural contexts, and to explore the relevance of associated factors in anti-stigma strategies among MHP.

7. Conclusion

These original results suggest new strategies for stigma reduction in mental health practices. Interventions may focus on beliefs about schizophrenia as a continuum between the normal and the pathologic rather than as a discrete social category. In the same vein, interventions may emphasize similarities that MHP may share with persons diagnosed with schizophrenia. Another important factor is MHPs' feeling of professional utility in a global perspective of quality of life at work. Finally, health policies fostering recovery-oriented practice may have a greater impact on stigma reduction.

Annex: <https://doi.org/10.5281/zenodo.5534326>

Acknowledgements: Thanks to Pr Ray Cooke for copyediting the manuscript.

Declaration of competing interest

All the authors have read the manuscript and have approved this submission. The authors report no conflicts of interest. None of them has any financial interest or activity that might be seen as influencing the research.

References

- Ahn, W., Proctor, C. C., & Flanagan, E. H. (2009). Mental Health Clinicians' Beliefs About the Biological, Psychological, and Environmental Bases of Mental Disorders. *Cognitive Science*, 33(2), 147-182. <https://doi.org/10.1111/j.1551-6709.2009.01008.x>
- Angermeyer, M. C., & Dietrich, S. (2006). Public beliefs about and attitudes towards people with mental illness : A review of population studies. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 113(3), 163-179. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2005.00699.x>
- Bird, V., Leamy, M., Tew, J., Le Boutillier, C., Williams, J., & Slade, M. (2014). Fit for purpose? Validation of a conceptual framework for personal recovery with current mental health consumers. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 48(7), 644-653. <https://doi.org/10.1177/0004867413520046>
- Brohan, E., Elgie, R., Sartorius, N., & Thornicroft, G. (2010). Self-stigma, empowerment and perceived discrimination among people with schizophrenia in 14 European countries : The GAMIAN-Europe study. *Schizophr. Res.*, 122, 232-238.
- Caldwell, T. M., & Jorm, A. F. (2001). Mental health nurses' beliefs about likely outcomes for people with schizophrenia or depression : A comparison with the public and other

- healthcare professionals. *Australian & New Zealand Journal of Mental Health Nursing*, 10(1), 42-54. <https://doi.org/10.1046/j.1440-0979.2001.00190.x>
- Corrigan, P. W., Druss, B. G., & Perlick, D. A. (2014). The Impact of Mental Illness Stigma on Seeking and Participating in Mental Health Care. *Psychological Science in the Public Interest*, 15(2), 37-70. <https://doi.org/10.1177/1529100614531398>
- Corrigan, P. W., & Nieweglowski, K. (2019). How does familiarity impact the stigma of mental illness? *Clinical Psychology Review*, 70, 40-50. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2019.02.001>
- Corrigan, P. W., & Penn, D. L. (1999). Lessons from social psychology on discrediting psychiatric stigma. *American Psychologist*, 54(9), 765-776. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.54.9.765>
- Council, A. H. M. A. (2013). A National framework for recovery-oriented mental health services : Policy and theory. Australian Government Department of Health and Ageing. <https://www1.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/mental-pubs-n-recovpol>
- Dabby, L., Tranulis, C., & Kirmayer, L. J. (2015). Explicit and implicit attitudes of Canadian psychiatrists toward people with mental illness. *The Canadian Journal of Psychiatry / La Revue canadienne de psychiatrie*, 60(10), 451-459.
- Dweck, C. S., Chiu, C., & Hong, Y. (1995). Implicit Theories and Their Role in Judgments and Reactions : A Word From Two Perspectives. *Psychological Inquiry*, 6(4), 267-285. https://doi.org/10.1207/s15327965pli0604_1
- Fiske, S. (1998). Stereotyping, prejudice, and discrimination. In *The Handbook of Social Psychology* (p. 357-411). DT Gilbert, ST Fiske.
- Fritz, C. O., Morris, P. E., & Richler, J. J. (2012). Effect size estimates : Current use, calculations, and interpretation. *Journal of Experimental Psychology: General*, 141(1), 2-18. <https://doi.org/10.1037/a0024338>
- Gerlinger, G., Hauser, M., De Hert, M., Lacluyse, K., Wampers, M., & Correll, C. U. (2013). Personal stigma in schizophrenia spectrum disorders : A systematic review of prevalence rates, correlates, impact and interventions. *World Psychiatry*, 12(2), 155-164. <https://doi.org/10.1002/wps.20040>
- Grausgruber, A., Meise, U., Katschnig, H., Schöny, W., & Fleischhacker, W. W. (2007). Patterns of social distance towards people suffering from schizophrenia in Austria : A comparison between the general public, relatives and mental health staff. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 115(4), 310-319. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2006.00882.x>
- Harmon-Jones, C., Bastian, B., & Harmon-Jones, E. (2016). The Discrete Emotions Questionnaire : A New Tool for Measuring State Self-Reported Emotions. *PLOS ONE*, 11(8), e0159915. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0159915>
- Haslam, N., & Kvaale, E. P. (2015). Biogenetic Explanations of Mental Disorder : The Mixed-Blessings Model. *Current Directions in Psychological Science*, 24(5), 399-404. <https://doi.org/10.1177/0963721415588082>
- Heibach, E., Brabban, A., & Lincoln, T. M. (2014). How much priority do clinicians give to cognitive behavioral therapy in the treatment of psychosis and why? *Clinical Psychology: Science and Practice*, 21(3), 301-312. <https://doi.org/10.1111/cpsp.12074>

- Hori, H., Richards, M., Kawamoto, Y., & Kunugi, H. (2011). Attitudes toward schizophrenia in the general population, psychiatric staff, physicians, and psychiatrists : A web-based survey in Japan. *Psychiatry Research*, 186(2-3), 183-189. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2010.08.019>
- Hsiao, C., Lu, H., & Tsai, Y. (2015). Factors influencing mental health nurses' attitudes towards people with mental illness. *International Journal of Mental Health Nursing*, 24(3), 272-280. <https://doi.org/10.1111/inm.12129>
- Joinson, A. (1999). Social desirability, anonymity, and internet-based questionnaires. *Behavior Research Methods, Instruments, & Computers*, 31(3), 433-438. <https://doi.org/10.3758/BF03200723>
- Jorm, A. F., Korten, A. E., Jacomb, P. A., Christensen, H., & Henderson, S. (1999). Attitudes towards people with a mental disorder : A survey of the Australian public and health professionals. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 33(1), 77-83. <https://doi.org/10.1046/j.1440-1614.1999.00513.x>
- Laberon, S., & Lagabrielle, c. (2013). Construction et validation d'un outil de mesure de la pénibilité au travail : TRACE (TRAVail et Contraintes de l'Emploi).
- Larkings, J. S., & Brown, P. M. (2018). Do biogenetic causal beliefs reduce mental illness stigma in people with mental illness and in mental health professionals? A systematic review. *International Journal of Mental Health Nursing*, 27(3), 928-941. <https://doi.org/10.1111/inm.12390>
- Lebowitz, M. S., & Ahn, W. (2014). Effects of biological explanations for mental disorders on clinicians' empathy. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 111(50), 17786-17790. <https://doi.org/10.1073/pnas.1414058111>
- Linden, M., & Kavanagh, R. (2012). Attitudes of qualified vs student mental health nurses towards an individual diagnosed with schizophrenia. *Journal of Advanced Nursing*, 68(6), 1359-1368. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2011.05848.x>
- Link, B. G., Struening, E. L., Rahav, M., Phelan, J. C., & Nuttbrock, L. (1997). On Stigma and Its Consequences : Evidence from a Longitudinal Study of Men with Dual Diagnoses of Mental Illness and Substance Abuse. *Journal of Health and Social Behavior*, 38(2), 177. <https://doi.org/10.2307/2955424>
- Lysaker, P. H., Tsai, J., Yanos, P., & Roe, D. (2008). Associations of multiple domains of self-esteem with four dimensions of stigma in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 98(1), 194-200. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2007.09.035>
- Lysaker, P. H., Vohs, J. L., & Tsai, J. (2009). Negative symptoms and concordant impairments in attention in schizophrenia : Associations with social functioning, hope, self-esteem and internalized stigma. *Schizophrenia Research*, 110(1), 165-172. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2009.01.015>
- Magliano, L., De Rosa, C., Fiorillo, A., Malangone, C., Guarneri, M., Marasco, C., & Maj, M. (2004). Beliefs of psychiatric nurses about schizophrenia : A comparison with patients' relatives and psychiatrists. *International Journal of Social Psychiatry*, 50(4), 319-330. <https://doi.org/10.1177/0020764004046073>
- Mestdagh, A., & Hansen, B. (2014). Stigma in patients with schizophrenia receiving community mental health care : A review of qualitative studies. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 49(1), 79-87. <https://doi.org/10.1007/s00127-013-0729-4>

- Mussweiler, T. (2003). Comparison processes in social judgment : Mechanisms and consequences. *Psychological Review*, 110(3), 472-489. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.110.3.472>
- Paluck, E. L., Green, S. A., & Green, D. P. (2019). The contact hypothesis re-evaluated. *Behavioural Public Policy*, 3(2), 129-158. <https://doi.org/10.1017/bpp.2018.25>
- Pavon, G., & Vaes, J. (2017). Bio-genetic vs psycho-environmental conceptions of schizophrenia and their role in perceiving patients in human terms. *Psychosis: Psychological, Social and Integrative Approaches*, 9(3), 245-253. <https://doi.org/10.1080/17522439.2017.1311359>
- Pettigrew, T. F., Tropp, L. R., Wagner, U., & Christ, O. (2011). Recent advances in intergroup contact theory. *International Journal of Intercultural Relations*, 35(3), 271-280. <https://doi.org/10.1016/j.ijintrel.2011.03.001>
- Read, J., Haslam, N., & Magliano, L. (2013). Prejudice, stigma and 'schizophrenia' : The role of bio-genetic ideology. In *Models of madness: Psychological, social and biological approaches to psychosis*, 2nd ed (p. 157-177). Routledge/Taylor & Francis Group.
- Read, J., Haslam, N., Sayce, L., & Davies, E. (2006). Prejudice and schizophrenia : A review of the « mental illness is an illness like any other » approach. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 114(5), 303-318. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2006.00824.x>
- Reavley, N. J., Mackinnon, A. J., Morgan, A. J., & Jorm, A. F. (2014). Stigmatising attitudes towards people with mental disorders : A comparison of Australian health professionals with the general community. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 48(5), 433-441. <https://doi.org/10.1177/0004867413500351>
- Ryazanov, A. A., & Christenfeld, N. J. S. (2018). The strategic value of essentialism. *Social and Personality Psychology Compass*, 12(1), e12370. <https://doi.org/10.1111/spc3.12370>
- Schulze, B., & Angermeyer, M. C. (2003). Subjective experiences of stigma A focus group study of schizophrenic patients, their relatives and mental health professionals. *Social Science & Medicine*, 56(2), 299-312. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(02\)00028-X](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(02)00028-X)
- Servais, L. M., & Saunders, S. M. (2007). Clinical psychologists' perceptions of persons with mental illness. *Professional Psychology: Research and Practice*, 38(2), 214-219. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.38.2.214>
- Sharac, J., Mccrone, P., Clement, S., & Thornicroft, G. (2010). The economic impact of mental health stigma and discrimination : A systematic review. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 19(3), 223-232. <https://doi.org/10.1017/S1121189X00001159>
- Sharaf, A. Y., Ossman, L. H., & Lachine, O. A. (2012). A cross-sectional study of the relationships between illness insight, internalized stigma, and suicide risk in individuals with schizophrenia. *International Journal of Nursing Studies*, 49(12), 1512-1520. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.08.006>
- Stuber, J. P., Rocha, A., Christian, A., & Link, B. G. (2014). Conceptions of mental illness : Attitudes of mental health professionals and the general public. *Psychiatric Services*, 65(4), 490-497. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201300136>
- Valery, K.-M., & Prouteau, A. (2020). Schizophrenia stigma in mental health professionals and associated factors : A systematic review. *Psychiatry Research*, 290, 113068. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113068>
- Van Dorn, R. A., Swanson, J. W., Elbogen, E. B., & Swartz, M. S. (2005). A Comparison of Stigmatizing Attitudes Toward Persons with Schizophrenia in Four Stakeholder

- Groups : Perceived Likelihood of Violence and Desire for Social Distance. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes*, 68(2), 152-163.
<https://doi.org/10.1521/psyc.2005.68.2.152>
- Violeau, L., Valery, K.-M., Fournier, T., & Prouteau, A. (2020). How continuum beliefs can reduce stigma of schizophrenia : The role of perceived similarities. *Schizophrenia Research*, 220, 46-53. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2020.04.014>
- Wittchen, H. U., Jacobi, F., Rehm, J., Gustavsson, A., Svensson, M., Jönsson, B., Olesen, J., Allgulander, C., Alonso, J., Faravelli, C., Fratiglioni, L., Jennum, P., Lieb, R., Maercker, A., van Os, J., Preisig, M., Salvador-Carulla, L., Simon, R., & Steinhausen, H.-C. (2011). The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *European Neuropsychopharmacology*, 21(9), 655-679.
<https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2011.07.018>
- Zaninotto, L., Rossi, G., Danieli, A., Frasson, A., Meneghetti, L., Zordan, M., Tito, P., Salvetti, B., Conca, A., Ferranti, R., Salcuni, S., & Solmi, M. (2018). Exploring the relationships among personality traits, burnout dimensions and stigma in a sample of mental health professionals. *Psychiatry Research*, 264, 327-333.
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.03.076>

V.2.3. Commentaires

Cette enquête avait pour objectif d'identifier les prédictors de la stigmatisation de la schizophrénie (stéréotype, préjugé, discrimination) chez les professionnels de santé mentale. Les principaux facteurs associés à la stigmatisation sont de deux types : i) les croyances individuelles (sur la maladie mentale : **croyances étiologiques biologiques, croyances catégorielles** ; ou sur les soignants eux-mêmes : **sentiment d'utilité professionnelle, similitudes perçues entre le professionnel et les personnes souffrant de schizophrénie**) et ii) les caractéristiques des pratiques (**pratique orientée vers le rétablissement, cadre de travail, profession**). Ces facteurs sont associés à la stigmatisation avec une taille d'effet moyenne. En relevant les variables associées à la stigmatisation, ce travail permet de faire émerger de **potentielles solutions** pour réduire la stigmatisation. Ces solutions peuvent avoir pour objectifs de réduire les croyances catégorielles ou bien de favoriser les pratiques orientées vers le rétablissement, les similitudes perçues ou encore le sentiment d'utilité des professionnels.

V.3. Article n°4 : Les stéréotypes d'incompétence dans la schizophrénie : enquête chez les professionnels de santé mentale

*V.3.1. Introduction à l'enquête **STIGMA**pro chez les professionnels de santé sur les stéréotypes d'incompétence dans la schizophrénie*

Le rétablissement en santé mentale constitue aujourd'hui une piste prometteuse pour réduire la stigmatisation dans les pratiques en santé mentale (Valery, Fournier, et al., submitted; Valery, Violeau, et al., submitted). Cette approche exige un focus sur les **compétences** de la personne accompagnée ainsi qu'une **confiance** dans ses choix et décisions. Le déploiement de cette approche se heurte cependant à la stigmatisation de la schizophrénie, et notamment au stéréotype d'incompétence. Il existe cependant peu d'études sur le sujet, et aucune détaillant les domaines de compétences spécifiques faisant l'objet de croyances stéréotypées chez les professionnels de santé mentale.

Pour éclairer plus avant les représentations des professionnels sur ces points, et intégrer des informations utiles en Phase 2, nous avons mené une enquête en ligne auprès de professionnels de santé mentale français. L'objectif de cette étude est **d'identifier les domaines de compétences stigmatisés** dans la schizophrénie par les professionnels de santé mentale et les facteurs associés à cette stigmatisation.

Les stéréotypes d'incompétence dans la schizophrénie : enquête chez les professionnels de santé mentale⁹

* * *

Kevin-Marc VALERY^{1,2}, Louis VIOLEAU^{1,2}, Thomas FOURNIER^{1,2}, Antoinette
PROUTEAU^{1,2}

¹Univ. Bordeaux, LabPsy, EA 4139, F-33000 Bordeaux, France

²Adult Psychiatry Department, Jonzac Hospital, Jonzac 17500, France.

⁹ Article en prépa, dont la soumission est prévue en février 2022

Résumé

Les professionnels de santé mentale sont l'une des principales sources de stigmatisation selon les personnes qui ont une schizophrénie et leurs familles. Le stéréotype d'incompétence, défini très globalement, apparaît central dans cette stigmatisation, alors même que la valorisation des compétences est un aspect fondamental de l'accompagnement et du rétablissement des personnes.

Objectifs. L'objectif de cette étude est d'identifier les domaines de compétences stigmatisés dans la schizophrénie par les professionnels de santé mentale et les facteurs associés à cette stigmatisation.

Méthode. Une enquête a été menée en ligne avec une mesure spécifique du stéréotype d'incompétence et de ses facteurs associés. Les participants devaient être des professionnels de santé mentale travaillant ou ayant travaillé avec des personnes ayant une schizophrénie. Les participants ont été recrutés sur des réseaux sociaux de professionnels.

Résultats. Les réponses de 164 participants ont été analysées. Les résultats révèlent quatre domaines de compétences fortement stigmatisés : compétence à entretenir de bonnes relations sociales, compétence à être efficace au travail, compétence à prendre des décisions concernant sa santé et capacité à maîtriser ses émotions. Les compétences intellectuelles l'objet d'une moindre stigmatisation. Les croyances concernant la possibilité de se rétablir dans la schizophrénie et les similitudes perçues entre professionnels et personnes souffrant de schizophrénie sont des facteurs associés à moins de stigmatisation des compétences. Les croyances catégorielles sur la maladie sont associées à plus de stigmatisation.

Conclusion. La schizophrénie fait l'objet de multiples stéréotypes d'incompétence chez les professionnels de santé mentale. Ces différents domaines de croyances stéréotypées constituent donc une cible pertinente pour les interventions visant à réduire la stigmatisation et à favoriser le rétablissement dans les pratiques en santé mentale.

Mots-clés : Schizophrénie, Professionnels de santé mentale, Stigmatisation

Abstract

Background. Mental health professionals are one of the major sources of stigma for persons with schizophrenia and their families. The stereotype of incompetence is central in this stigmatization, whereas valuing skills is a fundamental aspect of mental health care and recovery.

Objectives. The aim of this study is to identify the domains of competence stigmatized in schizophrenia by mental health professionals and the factors associated with this stigmatization.

Method. An online survey was conducted with a specific measure of the stereotype of incompetence and these associated factors. Participants were to be mental health professionals who work or have worked with persons with schizophrenia. These participants were recruited through professional social networks.

Results. Responses of 164 participants were analyzed. The results reported four highly stigmatized skill domains: ability to relate well socially, ability to be effective in their work, ability to make decisions about their health, and ability to control their emotions. Intelligence was found to be less stigmatized than the other dimensions. Recovery beliefs, categorical beliefs, and perceived similarities were factors associated with the stereotype of incompetence.

Conclusion. These stereotypes of incompetence thus represent a central target for interventions aimed at reducing stigma in mental health practices. Reducing stereotypes of incompetence could promote recovery and recovery-oriented practices.

Keywords: Schizophrenia, Mental Health Professionals, Stigmatization

1. Introduction

En santé mentale, la valorisation des compétences est un aspect fondamental de la relation thérapeutique (Norcross & Lambert, 2019), du rétablissement (voir modèle CHIME Leamy et al., 2011), des pratiques orientées-rétablissement (Le Boutillier et al., 2011b), ou encore des services de réhabilitation psychosociale (Morin & Franck, 2016). Les personnes qui ont un diagnostic de maladie mentale peuvent présenter un sentiment de compétence amoindri (Gerlinger et al., 2013) et la stigmatisation est une des causes de cette dévalorisation (Corrigan et al., 2009). Le poids de la stigmatisation de la maladie mentale est tel que la plupart des organisations ont appelé à prendre des mesures pour la combattre (e.g. le "plan d'action de l'OMS pour la santé mentale 2013-2020"). Les conséquences de la stigmatisation des maladies mentales sont en effet nombreuses et très dommageables pour les individus, leurs familles, le système de santé et la société (Gerlinger et al., 2013; Wittchen et al., 2011).

Le modèle de contenu du stéréotype (Fiske et al., 2002) rapporte que les maladies mentales peuvent être catégorisées selon deux axes : la chaleur et la compétence. La chaleur fait référence à l'aspect socio-émotionnel d'un individu (e.g. populaire, honnête, sentimental versus irritable, ennuyeux, dangereux) tandis que la compétence fait référence à l'aspect intellectuel (e.g. intelligent, persistant, scientifique versus naïf, frivole, gauche). Ces deux dimensions ont été directement reliées à un panel d'émotions et de comportements différents (Cuddy et al., 2007). Une étude rapporte un contenu du stéréotype différent selon les maladies mentales (Sadler et al., 2012) : alors que les individus souffrant de certaines maladies mentales sont perçus comme pouvant être chaleureux mais incompetents (e.g. retard mental), ou dangereux mais compétents (e.g. sociopathes), les personnes ayant un diagnostic de schizophrénie sont perçues comme peu chaleureuses – voire dangereuses – et incompetentes (Sadler et al., 2012).

Les professionnels de santé mentale sont décrits comme une des principales sources de stigmatisation par les personnes qui ont un diagnostic de schizophrénie et leurs familles (Mestdagh & Hansen, 2014; Schulze & Angermeyer, 2003). Une récente revue de la littérature rapporte que la schizophrénie est l'une des maladies mentales les plus stigmatisées par les professionnels de santé mentale, surtout en cas de comorbidité avec un trouble d'usage des substances (Valery & Prouteau, 2020). Parmi les dimensions du stéréotype de la schizophrénie chez les professionnels (e.g. dangerosité, pessimisme, responsabilité), on trouve des croyances stigmatisantes concernant les compétences des personnes qui ont une schizophrénie, même si peu d'étude font un focus sur cette dimension de manière détaillée (Valery et Prouteau, 2020). Ainsi, la plupart des études comparent les croyances des professionnels à celle de la population générale, concluant que les soignants en

santé mentale rapportent moins de stéréotypes d'incompétences (Valery & Prouteau, 2020). Une étude a cependant mesuré les croyances des psychologues sur la schizophrénie en les comparant à leurs croyances sur d'autres catégories sociales (Servais & Saunders, 2007). Cette étude rapporte que par rapport à eux-mêmes, à la population générale et aux personnes présentant des caractéristiques borderline, les psychologues croient plus inefficaces et plus incompréhensibles les personnes qui ont une schizophrénie. Enfin, plusieurs facteurs ont été associés à une plus forte stigmatisation des compétences des personnes qui ont une schizophrénie : moins d'années d'expérience (Stuber et al., 2014), certaines professions (i.e. psychiatres et infirmiers ; Stuber et al., 2014), ou la tendance à se percevoir très différents des personnes qui ont un diagnostic de schizophrénie (Servais & Saunders, 2007).

Même si plusieurs études se sont intéressées aux différents stéréotypes de la schizophrénie chez les professionnels de santé (Magliano, De Rosa, et al., 2004; Stuber et al., 2014; Valery, Violeau, et al., submitted), les résultats actuellement disponibles mentionnent un stéréotype d'incompétence défini de manière générale. À l'heure actuelle, aucune étude ne s'est intéressée aux domaines spécifiques de compétence stigmatisés par les professionnels de santé mentale, et à leur importance respective.

2. Objectifs de l'étude

Cette étude a pour objectif d'identifier les différents domaines de compétence stigmatisés dans la schizophrénie par les professionnels de santé mentale, leur importance respective et les facteurs associés à cette stigmatisation.

3. Méthode

3.1. Procédure

L'étude a été réalisée entre mars 2020 et avril 2020. Une enquête en ligne a été conçue en utilisant le logiciel gratuit Limesurvey®. Des cookies ont été utilisés pour éviter les participations multiples. Afin de protéger l'anonymat des participants, plusieurs paramètres ont été bloqués et non enregistrés par Limesurvey® (adresse IP, date et heure de remplissage de l'enquête). Les réponses des participants ont été recueillies sans contrainte de temps. Les participants ne pouvaient pas sauvegarder leurs réponses afin de pouvoir compléter le questionnaire ultérieurement. Après avoir obtenu leur consentement éclairé, les participants remplissaient d'abord les mesures de stigmatisation, puis les mesures des facteurs associés et enfin des mesures sociodémographiques. À chaque étape, une randomisation des items empêchait un effet d'ordre dans les mesures.

3.2. Participants

Les participants ont été recrutés en ligne, par le biais de réseaux sociaux (i.e. LinkedIn, groupes Facebook de professionnels de la santé mentale) et de listes de diffusion de professionnels, disponibles sur internet. Les participants n'étaient pas rémunérés pour leur participation. Les participants devaient être des professionnels de la santé mentale, qui travaillent ou ont travaillé en France avec des personnes ayant reçu un diagnostic de schizophrénie. Les caractéristiques des participants sont décrites dans le tableau

Tableau 1. Caractéristiques des participants

N		164
Genre		
	<i>Homme</i>	38.6%
Age (m(sd))		38.6(10.8)
Profession (N)		
	<i>Infirmier</i>	22
	<i>Psychologue</i>	72
	<i>Psychiatre</i>	51
	<i>Autres</i>	13
Lieu de travail (N)		
	<i>Centre médico-psychologique</i>	17
	<i>Hôpital de jour</i>	14
	<i>Hospitalisation à temps complet</i>	32
	<i>Réhabilitation</i>	12
	<i>Libéral</i>	42
	<i>Autres</i>	41

3.3. Mesures

3.3.1. Mesure de la stigmatisation

La stigmatisation des compétences a été mesurée sur 5 échelles sémantiques différentielles (Osgood, Suci, & Tannenbaum, 1957). Comme Servais et Sunders (2007), ces échelles étaient utilisées en demandant « Où placeriez-vous ces différentes personnes sur cette échelle : « personnes atteintes de schizophrénie », « personnes en bonne santé (sans schizophrénie) » et « moi-même » ». La pertinence de ces échelles réside dans leurs capacités à mesurer la différence que fait le professionnel entre ses propres compétences et les compétences des personnes qui ont un diagnostic de schizophrénie. Les items mesuraient :

o **compétence au travail** (sur une échelle de 1 à 7, 1 étant « Pas efficace(s) dans son travail », 7 étant « Très efficace(s) dans son travail »)

o **compétence en santé** (sur une échelle de 1 à 7, 1 étant « Pas compétent(e(s)) pour prendre des décisions concernant sa santé », 7 étant « très compétent(e(s)) pour prendre des décisions concernant sa santé »)

o **compétence intellectuelle** (sur une échelle de 1 à 7, 1 étant « Pas intelligent(e(s)) », 7 étant « très intelligent(e(s)) »)

o **compétence sociale** (sur une échelle de 1 à 7, 1 étant « Pas doué(e(s)) pour entretenir de bonnes relations sociales », 7 étant « très doué(e(s)) pour entretenir de bonnes relations sociales »)

o **compétence émotionnelle** (sur une échelle de 1 à 7, 1 étant « Pas fort(e(s)) pour maîtriser ses émotions », 7 étant « Très fort(e(s)) pour maîtriser ses émotions »)

3.3.2. Mesures des facteurs associés

Les croyances sur le continuum, sur le rétablissement, les similitudes perçues et la compassion envers les personnes qui ont une schizophrénie ont été mesurées avec une échelle spécifique. Pour l'analyse statistique, chaque score total à chaque item était utilisé séparément. Les

croyances sur le continuum mesurées avec le QBCS (Questionnaire of Belief in a Continuum in Schizophrenia, Violeau et al., 2020) sur une échelle de 1 à 7, 1 étant « Pas du tout d'accord », 7 étant « tout à fait d'accord », en 4 items : « La schizophrénie est simplement une exagération du fonctionnement normal. » ; « Les symptômes de la schizophrénie, comme entendre des voix ou se sentir persécuté, sont en fait communs à tout le monde » ; « Il existe une limite claire et bien définie entre la schizophrénie et la normalité » ; « La schizophrénie implique un état d'esprit fondamentalement différent de la normale ».

Les similitudes perçues mesurées à l'aide d'un item sur une échelle de 1 à 7, 1 étant « Je ne partage pas de similitudes, points communs avec les personnes qui ont une schizophrénie », 7 étant « Je partage beaucoup de similitudes, points communs avec les personnes qui ont une schizophrénie ». Cette mesure est tirée des items de similitudes perçues de la Scale of Perceived Similarities with Schizophrenia (SPSS, Violeau et al, 2020).

Les croyances sur le rétablissement ont été mesurées avec un item sur une échelle de 1-7, 1 étant « Totalement faux », 7 étant « Totalement vrai » : « Les personnes atteintes de schizophrénie peuvent se rétablir (vivre une vie satisfaisante, productive et pleine d'espoir malgré la maladie) ». Cette mesure est tirée des mesures de stigmatisation du pronostic de la STIGMApro Scale (Valery, Violeau, et al., submitted).

La compassion était également mesurée (sur une échelle de 1 à 7, 1 étant « pas du tout », 2 étant « légèrement », 3 étant « un peu », 4 étant « modérément », 5 étant « assez », 6 étant « beaucoup », 7 étant « extrêmement »).

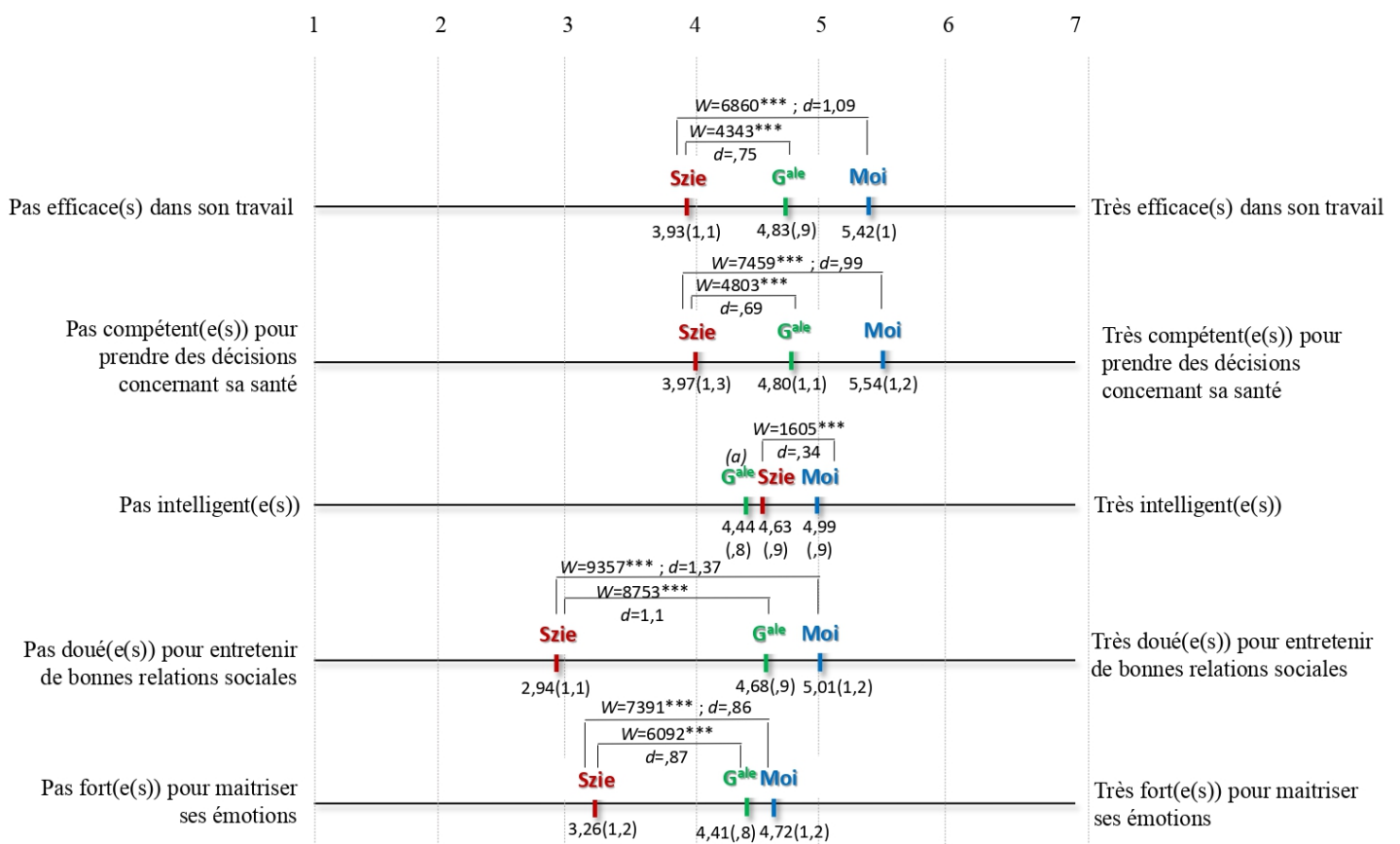
3.4. Analyses

Le logiciel R (version 3.5.1) a été utilisé pour effectuer les analyses. Les différences de scores aux items de stigmatisation entre les scores attribués aux personnes qui ont une schizophrénie et les scores des autres groupes furent testées par des W de Wilcoxon puisque les distributions des scores ne suivent pas une loi normale. Les tailles d'effets ont été rapportées sous forme de d de Cohen. Les conditions d'application étant vérifiées (i.e. homéoscédasticité, distribution des résidus, indépendance des résidus, multicollinéarité), une régression linéaire a été conduite sur la moyenne des scores de stigmatisation aux 5 domaines de compétences dans le but d'identifier les facteurs prédictifs de cette variable.

4. Résultats

Les résultats concernant les domaines de compétence stigmatisés par les professionnels de santé mentale sont illustrés dans la figure 1. Dans tous les domaines de compétences, les professionnels se sont accordés un score plus important que celui attribué aux personnes qui ont un

diagnostic de schizophrénie. Par ordre de taille d'effet, les domaines de compétences stigmatisés étaient la compétence sociale, la compétence au travail, la compétence en santé, la compétence émotionnelle et enfin la compétence intellectuelle. Dans tous les domaines de compétences sauf les le domaine intellectuel, les professionnels ont accordé un score plus important aux membres de la population saine que celui attribué aux personnes qui ont un diagnostic de schizophrénie. Par ordre de taille d'effet, les domaines de compétences stigmatisés étaient les compétences à entretenir de bonnes relations sociales, à maîtriser ses émotions, à être efficace dans leur travail et enfin à prendre des décisions concernant leur santé.



Note. **Szie** : score attribué par les soignants aux personnes qui ont une schizophrénie ; **Gale** : score attribué par les soignants aux membres de la population saine (sans maladie mentale) ; **Moi** : score attribué par les soignants à eux-mêmes ; (a) Différence entre score schizophrénie et score population saine : W=223*, d=-,20 ; *<,05 ; **<,01 ; ***<,001

Figure 1. Résultats des comparaisons des scores de compétence attribués par les professionnels de santé mentale (N=158) aux personnes qui ont un diagnostic de schizophrénie, aux membres de la population saine et à eux-mêmes.

Les résultats des régressions linéaires sur la moyenne des scores de stigmatisation aux 5 domaines de compétences sont présentés dans le tableau 2. Chez les professionnels de santé mentale, des scores de croyances catégorielles plus importants prédisaient davantage de stigmatisation (forte taille d'effet). Des scores plus importants de croyances sur le rétablissement (taille d'effet médium)

et des scores plus importants de similitudes perçues (taille d'effet faible) prédisaient moins de stigmatisation. Les variables de croyances en continuum, genre, âge et professions n'étaient pas associées à la stigmatisation.

Tableau 2. Régression linéaire sur la moyenne des scores de stigmatisation aux 5 domaines de compétences

Prédicteurs	<i>b</i> (<i>se</i>)	<i>t</i> value	<i>p</i> value	<i>beta</i>	Adjusted Eta ²	Fit
(Intercept)	4.335(.48)	8.596	<.001			
Croyances sur le continuum	-.027(.04)	-.695	.488	-.051	.080	
Croyances catégorielles	.130(.04)	3.539	<.001	.273	.180	
Croyances sur le rétablissement	-.160(.04)	-4.209	<.001	.305	.130	
Similitudes perçues	-.082(.04)	-2.158	.032	-.153	.020	
Genre : <i>homme</i>	-.115(.12)	-.986	.117	-.072	.010	
Age	.001(.00)	.108	.914	.005	<.001	
Profession :					.020	
Infirmiers	-.092(.24)	-.388	.699	-.041		
Psychiatres	-.324(.21)	-.208	.277	-.149		
Psychologues	-.232(.21)	-.208	.121	-.195		

$F(9,148) = 8.388$
 p value = <.001
Adjusted R² = .2975

Note. *b* représente les poids de régression non standardisés et (*se*) représente l'erreur standard. *beta* indique le poids de régression standardisé. La référence de la profession est "autres".

5. Discussion

Cette enquête avait pour objectif d'identifier les domaines de compétences spécifiquement stigmatisés dans la schizophrénie par les professionnels de santé mentale et les facteurs associés à cette stigmatisation. Les résultats révèlent quatre domaines de compétences fortement stigmatisés parmi les 5 mesurés : compétence sociale (capacité à entretenir de bonnes relations sociales), compétence au travail (capacité à être efficace dans leur travail), compétence en santé (capacité à prendre des décisions concernant leur santé) et compétence émotionnelle (capacité à maîtriser leurs émotions). La compétence intellectuelle apparaît plus faiblement stigmatisée que les autres dimensions. Les croyances sur le rétablissement, les croyances catégorielles et les similitudes perçues sont des facteurs associés à la stigmatisation de ces compétences.

Pris dans leur globalité, ces résultats confirment tout d'abord que l'incompétence est un domaine de stigmatisation dans la schizophrénie (Magliano, De Rosa, et al., 2004; Stuber et al., 2014). Ils montrent de manière originale que ce stéréotype se décline dans plusieurs dimensions de la vie des individus, et dans une moindre mesure dans la sphère intellectuelle. De manière intéressante, ces résultats viennent confirmer les situations de stigmatisation rapportées par les usagers et les familles (Amsalem et al., 2018; Mestdagh & Hansen, 2014; Valery, Fournier, et al., submitted). Par exemple, le stéréotype sur l'incompétence à prendre des décisions de santé fait écho aux situations dans lesquelles les usagers rapportent un refus des soignants de laisser l'utilisateur

s'investir dans les décisions concernant son accompagnement (Valery, Fournier, et al., submitted), où bien lorsque l'utilisateur est jugé « non-coopératif » car posant trop de questions sur son traitement (Mestdagh & Hansen, 2014). Le stéréotype d'incompétence à gérer les émotions fait écho à des situations rapportées par les usagers et leurs familles, dans lesquelles ils percevaient que les soignants pouvaient avoir peur des usagers et utilisaient des mesures de contention ou des placements en isolement (Valery, Fournier, et al., submitted).

Ces domaines de stigmatisation pourraient avoir des répercussions sur l'accompagnement, puisqu'ils sont associés à une moindre croyance en la possibilité d'un rétablissement. Ce résultat apparaît globalement cohérent avec la littérature, où l'approche du rétablissement a été reliée à moins de stigmatisation chez les professionnels (Valery, Violeau, et al., submitted). En effet, cette approche s'est construite en opposition à la stigmatisation des usagers dans les services de santé mentale (Chamberlin, 1990), et se fonde notamment sur l'empowerment, défini comme la récupération du pouvoir d'agir (Leamy et al., 2011). Ce pouvoir d'agir se trouve amoindri par la stigmatisation présente dans des institutions de santé mentale, contrôlant tous les aspects du quotidien des usagers (Chamberlin, 1978). En opposition, l'approche du rétablissement, via l'empowerment, exige l'implication de l'utilisateur dans les décisions concernant ses soins, et un accompagnement centré sur la personne, s'appuyant sur ses forces et ses capacités (Leamy et al., 2011).

Percevoir des similitudes entre soi et les personnes qui ont une schizophrénie a également déjà été reliée à une moindre stigmatisation chez les professionnels de santé mentale (Valery, Violeau, et al., submitted). Inversement, les croyances catégorielles ont déjà été reliées à plus de stigmatisation chez les professionnels (Valery, Violeau, et al., submitted). Le modèle de comparaison sociale de Mussweiler (Mussweiler, 2003) explique que durant la comparaison sociale, lorsqu'un individu est centré sur les similitudes entre lui-même et une autre personne (ici, une personne qui a une schizophrénie), il assimile plus facilement les caractéristiques de l'autre à soi. Inversement, si l'individu est centré sur les différences, il se place en contraste des caractéristiques d'autrui, se servant des catégories sociales pour y parvenir.

Cette enquête présente certaines limites. Notre échantillon n'est pas totalement représentatif des professionnels de santé mentale puisque la répartition des professions au sein de notre échantillon ne correspond pas à la répartition des professions de santé mentale rapportée en France (Insee, 2019). Ensuite, le recrutement de l'échantillon via les réseaux sociaux a involontairement favorisé le recrutement de participants informés sur le rétablissement et la stigmatisation, ainsi que le recrutement de psychologues. Or, ces variables ont été reliées à moins de stigmatisation (Valery, Violeau, et al., submitted), ce qui minimise les scores de stigmatisation.

6. Conclusion

Les stéréotypes d'incompétence dans la schizophrénie touchent de nombreux domaines directement concernés par l'accompagnement : prise de décision concernant la santé, gestion des émotions, compétence au travail et compétence sociale). Cette stigmatisation est associée à moins de croyance sur les possibilités de rétablissement des personnes qui ont reçu un diagnostic de schizophrénie. Les stéréotypes d'incompétence représentent donc une cible centrale des interventions visant à réduire la stigmatisation dans les pratiques en santé mentale.

Amsalem, D., Hasson-Ohayon, I., Gothelf, D., & Roe, D. (2018). Subtle ways of stigmatization among professionals: The subjective experience of consumers and their family members. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 41(3), 163-168. <https://doi.org/10.1037/prj0000310>

Chamberlin, J. (1978). *On our own: Patient-controlled alternatives to the mental health system* (p. xvii, 236). McGraw-Hill.

Chamberlin, J. (1990). The Ex-Patients' Movement: Where We've Been and Where We're Going. *The Journal of Mind and Behavior*, 11(3/4), 323-336.

Corrigan, P. W., Larson, J. E., & Rüsch, N. (2009). Self-stigma and the "why try" effect: Impact on life goals and evidence-based practices. *World Psychiatry*, 8(2), 75-81.

Cuddy, A. J. C., Fiske, S. T., & Glick, P. (2007). The BIAS map: Behaviors from intergroup affect and stereotypes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 92(4), 631-648. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.92.4.631>

Fiske, S. T., Cuddy, A. J. C., Glick, P., & Xu, J. (2002). A model of (often mixed) stereotype content: Competence and warmth respectively follow from perceived status and competition. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82(6), 878-902. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.82.6.878>

Gerlinger, G., Hauser, M., De Hert, M., Lacluyse, K., Wampers, M., & Correll, C. U. (2013). Personal stigma in schizophrenia spectrum disorders: A systematic review of prevalence rates, correlates, impact and interventions. *World Psychiatry*, 12(2), 155-164. <https://doi.org/10.1002/wps.20040>

Le Boutillier, C., Leamy, M., Bird, V. J., Davidson, L., Williams, J., & Slade, M. (2011). What Does Recovery Mean in Practice? A Qualitative Analysis of International Recovery-Oriented Practice Guidance. *Psychiatric Services*, 62(12), 1470-1476.

<https://doi.org/10.1176/appi.ps.001312011>

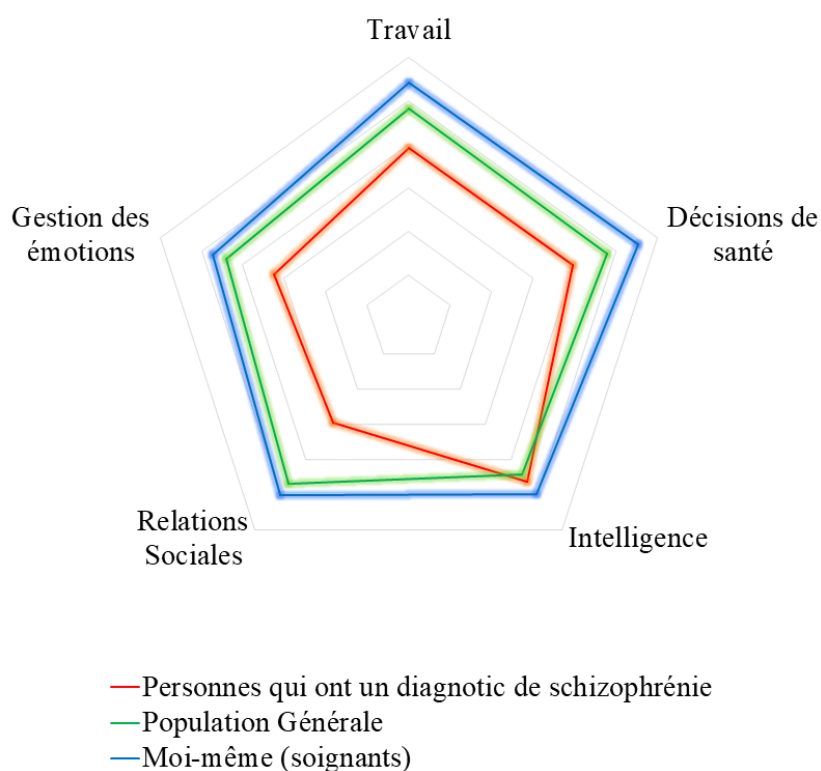
- Leamy, M., Bird, V., Boutillier, C. L., Williams, J., & Slade, M. (2011). Conceptual framework for personal recovery in mental health : Systematic review and narrative synthesis. *British Journal of Psychiatry*, 199(6), 445-452. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.083733>
- Magliano, L., De Rosa, C., Fiorillo, A., Malangone, C., Guarneri, M., Marasco, C., & Maj, M. (2004). Beliefs of psychiatric nurses about schizophrenia : A comparison with patients' relatives and psychiatrists. *International Journal of Social Psychiatry*, 50(4), 319-330. <https://doi.org/10.1177/0020764004046073>
- Mestdagh, A., & Hansen, B. (2014). Stigma in patients with schizophrenia receiving community mental health care : A review of qualitative studies. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 49(1), 79-87. <https://doi.org/10.1007/s00127-013-0729-4>
- Morin, L., & Franck, N. (2016). 1—Historique et fondamentaux. In N. Franck (Éd.), *Outils de la Réhabilitation en Psychiatrie* (p. 1-18). Elsevier Masson. <https://doi.org/10.1016/B978-2-294-74526-3.00001-2>
- Mussweiler, T. (2003). Comparison processes in social judgment : Mechanisms and consequences. *Psychological Review*, 110(3), 472-489. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.110.3.472>
- Norcross, J. C., & Lambert, M. J. (2019). *Psychotherapy Relationships that Work : Volume 1: Evidence-Based Therapist Contributions*. Oxford University Press.
- Sadler, M. S., Meagor, E. L., & Kaye, K. E. (2012). Stereotypes of mental disorders differ in competence and warmth. *Social Science & Medicine*, 74(6), 915-922. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.12.019>
- Schulze, B., & Angermeyer, M. C. (2003). Subjective experiences of stigma A focus group study of schizophrenic patients, their relatives and mental health professionals. *Social Science & Medicine*, 56(2), 299-312. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(02\)00028-X](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(02)00028-X)
- Servais, L. M., & Saunders, S. M. (2007). Clinical psychologists' perceptions of persons with mental illness. *Professional Psychology: Research and Practice*, 38(2), 214-219. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.38.2.214>
- Stuber, J. P., Rocha, A., Christian, A., & Link, B. G. (2014). Conceptions of mental illness : Attitudes of mental health professionals and the general public. *Psychiatric Services*, 65(4), 490-497. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201300136>
- Valery, K.-M., & Prouteau, A. (2020). Schizophrenia stigma in mental health professionals and associated factors : A systematic review. *Psychiatry Research*, 290, 113068. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113068>
- Violeau, L., Valery, K.-M., Fournier, T., & Prouteau, A. (2020). How continuum beliefs can reduce

stigma of schizophrenia : The role of perceived similarities. *Schizophrenia Research*, 220, 46-53. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2020.04.014>

Wittchen, H. U., Jacobi, F., Rehm, J., Gustavsson, A., Svensson, M., Jönsson, B., Olesen, J., Allgulander, C., Alonso, J., Faravelli, C., Fratiglioni, L., Jennum, P., Lieb, R., Maercker, A., van Os, J., Preisig, M., Salvador-Carulla, L., Simon, R., & Steinhausen, H.-C. (2011). The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *European Neuropsychopharmacology*, 21(9), 655-679. <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2011.07.018>

V.3.3. Commentaires

Cette seconde enquête **STIGMA_{pro}** avait pour objectif d'identifier les domaines de compétences spécifiquement stigmatisés, dans la schizophrénie, par les professionnels de santé mentale et les facteurs associés à cette stigmatisation. Les résultats révèlent quatre domaines de compétences fortement stigmatisés : compétence à entretenir de bonnes relations sociales, compétence à être efficace dans leur travail, compétence à prendre des décisions concernant leur santé et compétence à maîtriser leurs émotions (voir graphique 1). L'intelligence apparaît plus faiblement stigmatisée que les autres dimensions. Tout comme dans la précédente enquête **STIGMA_{pro}**, la stigmatisation a été associée aux **croyanances sur le rétablissement**, aux **croyanances catégorielles** et aux **similitudes perçues**, avec de tailles d'effet intermédiaire à forte.



Graphique 1. Scores de compétence d'après les professionnels de santé mentale (N=158)

Note. Plus le score est bas, plus la personne ou le groupe de personnes est jugé incompétent sur le domaine de compétence

V.4. Synthèse de la revue et des enquêtes **STIGMA_{pro}**

L'objectif de la première phase de **STIGMA_{pro}** était de faire émerger des pistes de solutions contre la stigmatisation dans les pratiques en santé mentale. De manière opérationnelle, le but était de caractériser cette stigmatisation selon différents acteurs (usagers, familles, professionnels) et de recenser **les facteurs associés à moins de stigmatisation**. Après s'être intéressé au point de vue des usagers et de leurs familles (voir IV.), les représentations des professionnels en santé mentale ont été directement interrogées. Tout d'abord, une revue systématique de la littérature a été menée, et tous les facteurs associés à la stigmatisation des soignants ont été répertoriés. Puis deux enquêtes ont cherché à valider ces associations chez les soignants français – ainsi que d'autres associations suggérées par le comité scientifique.

Les résultats comparés de ces trois études chez les professionnels de santé mentale sont résumés dans le tableau 2. Ces résultats concordent pour la grande majorité. Concernant les facteurs socio-démographiques et contextuels, les enquêtes viennent confirmer qu'ils ne sont pas significativement, ou trop faiblement, associés à la stigmatisation des soignants. Les facteurs de croyances théoriques sont ceux ayant été le plus fortement associés à la stigmatisation, suivis de quelques facteurs professionnels individuels. Ajoutées à l'étude chez les usagers et les familles, ces études permettent donc de lister plusieurs leviers d'action potentiels pour réduire la stigmatisation dans les pratiques : **les pratiques orientées-rétablissement, le sentiment d'utilité professionnelle, l'approche en continuum et enfin la similitude perçue entre le soignant et l'utilisateur**.

Un autre facteur a été associé à moins de croyances stigmatisantes dans l'enquête chez les professionnels : **les croyances biologiques**. Cependant, ces croyances ne sont pas envisagées comme de potentielles solutions. D'une part, ce résultat ne concorde pas avec ceux présentés dans la revue systématique de la littérature, qui conclut plutôt à une plus grande stigmatisation en présence de croyances biologiques. D'autre part, ce facteur fut écarté par le comité scientifique et sur les conseils des membres de l'association ClubHouseBordeaux. L'expertise de terrain et les valeurs et préférences des personnes concernées font partie des principes qui guident la prise de décision dans **STIGMA_{pro}**, dans une perspective *d'evidence-based practice*. Dans la suite de la phase 1, les raisons ayant motivé le refus d'utiliser les croyances biologiques ont été approfondies, tous comme les cadres théoriques des autres potentiels facteurs, pour pouvoir utiliser au mieux les solutions dégagées.

Tableau 3. Résultats comparés des articles **STIGMA^{pro}** rapportant les facteurs associés à la stigmatisation de la schizophrénie chez les professionnels de santé mentale.

Facteurs	Revue systématique de la littérature	Enquêtes chez les professionnels
Facteurs socio-démographiques		
Âge / Années d'expériences	Pas de consensus : 5/10 études rapportent une association, sans consensus sur l'orientation des corrélations.	Pas d'association significative avec les préjugés et la discrimination, seule une association faible avec les stéréotypes.
Genre	Pas d'association entre stigmatisation et genre. (8/8 études)	Pas d'association significative entre genre et stigmatisation.
Niveau d'étude	Pas de consensus : 4/6 études rapportent une association, sans consensus sur l'orientation des corrélations.	Pas d'association significative avec les préjugés et la discrimination, seule une association faible avec les stéréotypes.
Familiarité	Moins de stigmatisation : Une étude rapporte que les professionnels qui ont eu une maladie mentale déclarent moins de distance sociale et de stéréotype d'incompétence.	Pas d'association significative avec les préjugés et la discrimination, seule une association faible avec les stéréotypes.
Facteurs professionnels contextuels		
Lieu de travail	Plus de stigmatisation en milieu fermé, par rapport au milieu communautaire. (2/2 études)	Plus de stigmatisation chez les soignants en libéral par rapport aux autres milieux.
Équipe pluridisciplinaire	Aucune donnée	Pas d'association significative avec les stéréotypes et la discrimination, seule une association faible avec les préjugés.
Facteurs professionnels individuels		
Profession	Moins de stigmatisation rapportée par les psychologues et infirmière par rapport aux psychiatres. (6/8 études)	Moins de stigmatisation rapportée par les psychologues par rapports aux autres professions (association non retrouvée avec les stéréotypes d'incompétences).
Rétablissement	Aucune donnée	Moins de stigmatisation rapportée par les soignants utilisant le plus fréquemment les pratiques orientées-rétablissement ou croyant le plus au rétablissement.
Sentiment d'utilité professionnelle	Aucune donnée	Moins de stigmatisation associée au sentiment d'utilité des soignants.
Conflit éthique	Aucune donnée	Pas d'association significative entre la stigmatisation et le conflit éthique.
Formation (à la stigmatisation ou au rétablissement)	Aucune donnée	Pas d'association significative entre la stigmatisation et les formations reçues.
Croyances théoriques		
Orientation théorique	Aucune donnée	Pas d'association significative avec les préjugés et la discrimination, seule une association faible avec les stéréotypes.
Vision biomédicale	Plus de stigmatisation rapportée par les soignants endossant une plus forte vision biomédicale. (2/2 études)	Moins de stéréotypes associés aux croyances biologiques. Pas d'association avec les préjugés et la discrimination.
Vision cognitive	Aucune donnée	Pas d'association significative entre vision cognitive de la maladie et stigmatisation.
Vision en continuum	Aucune donnée	Moins de stigmatisation rapportée par les soignants adoptant une vision en continuum par rapport à ceux adoptant une vision catégorielle.
Similitudes perçues	Moins de stigmatisation rapportée chez les soignants qui se sentent les plus similaires aux usagers. (1 étude)	Moins de stigmatisation associée à la similitude perçue.

VI.

Solutions pour réduire la stigmatisation

Autrement vu

*Tous vos apprentissages, toutes vos théories,
tous ces précieux bagages d'après ce que l'on dit
ne seront que mirage et que futilité,
d'inutiles ombrages ou des banalités
s'il manque cet élan et cette volonté
dans ce que l'on ressent, que l'on ne peut cacher
de laisser libre court à votre humanité
dans ce monde qui court à sa fatalité.*

*Garder un coeur de pierre, vouloir trop se blinder
et devenir amer pour mieux se protéger,
c'est laisser s'envoler tous ces petits bonheurs
qu'on pourrait apprécier à leur juste valeur
si on laisse filtrer un rayon de soleil
à travers ce que l'on est et ce que l'on révèle
et par ce que l'on donne et ce que l'on reçoit
dans ce monde où résonnent tant de cris de combat.*

*Jetez tous vos bouquins, toutes vos théories,
ils ne servent à rien s'ils sont vos seuls acquis ;
vos plus précieux atouts sont votre humanité
être égal à vous dans la simplicité
si vous avez pour but d'apaiser la douleur
dans ce monde de brutes en quête de valeurs.*

Frédérique, poétesse, membre du ClubHouseBordeaux et
experte sur le programme **STIGMA**[pro](#)

VI.1. Introduction

Les résultats de la revue de littérature **STIGMA_{pro}** et des enquêtes **STIGMA_{pro}** (usagers, familles, professionnels) ont permis au programme de recherche de faire émerger de potentielles solutions pour réduire la stigmatisation de la schizophrénie dans les pratiques en santé mentale (voir figure 14). Le travail qui suit a approfondi les cadres théoriques de ces potentielles solutions pour distinguer les meilleures façons de les opérationnaliser. Cette analyse sert également la construction d'une expérimentation randomisée contrôlée ayant pour but de tester l'efficacité de ces solutions.

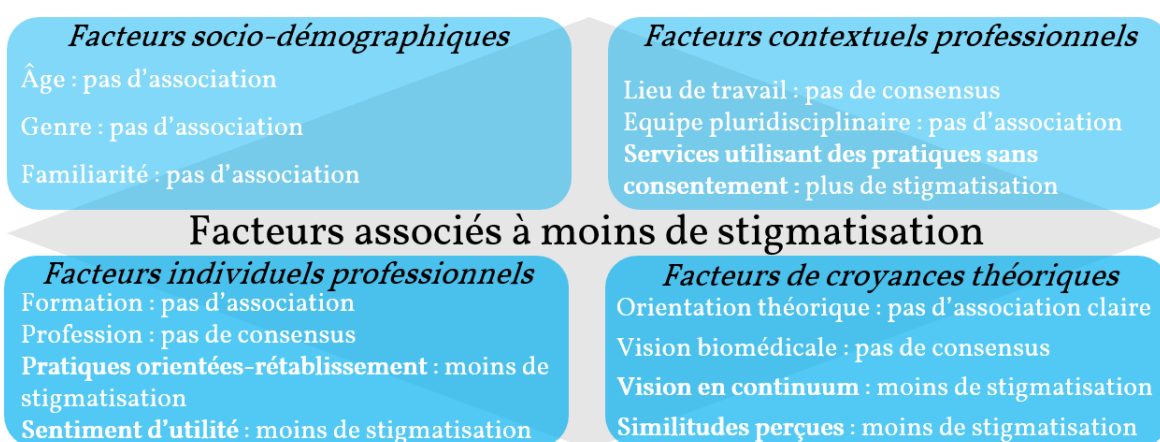


Figure 14 : Synthèse des facteurs associés à la stigmatisation de la schizophrénie chez les soignants en santé mentale selon la revue de littérature **STIGMA_{pro}** et les enquêtes **STIGMA_{pro}** (usagers, familles, professionnels).

VI.1.1. Approche en continuum

Les approches en continuum postulent que les processus psychologiques se distribuent sur un continuum allant du normal au pathologique (i.e. **du fonctionnel au dysfonctionnel**) (van Os et al., 2009). Ces approches sont connues pour leur opposition aux approches catégorielles dont sont issues les principales classifications internationales des maladies (voir I.3). Les représentations catégorielles – diagnostiques – étant majoritaires chez les soignants en santé mentale (First et al., 2018), les approches en continuum représentent une alternative concrète pour accompagner les soignants vers des représentations basées sur les données probantes puisque l'approche en continuum est soutenue empiriquement.

Concernant la catégorie diagnostique « troubles du spectre de la schizophrénie » (Crocq et al., 2016), les **expériences psychotiques**, correspondant aux symptômes majeurs du trouble, sont

couramment vécues en population générale (voir I.3, Linscott & Os, 2013; van Os et al., 2009). Seuls 7,4% des individus ayant rapporté une expérience psychotique développent un trouble du spectre de la schizophrénie ou en reçoivent le diagnostic. Les 92.6% restant ont soit reçu un autre diagnostic, soit appartiennent à la population générale. Plusieurs facteurs prédisent le développement ou non du trouble après avoir vécu une expérience psychotique (Larøi et al., 2012). Par exemple, par rapport aux personnes ayant un diagnostic de schizophrénie, les voix entendues par des individus en bonne santé étaient plus susceptibles d'avoir un **contenu banal ou positif** (vs négatif ou violent), d'être **contrôlables** (vs envahissantes), **d'évaluer** les autres, et d'être identifiées comme les voix des **membres de la famille** (vs voix de personnes connues). Se dessinent alors plusieurs dimensions pour évaluer ces voix et permettre d'établir un continuum d'expérience d'hallucination auditivo-verbale allant du processus psychologique fonctionnel – dit normal – au processus dysfonctionnel – dit pathologique (voir figure 15).



Figure 15. Exemple de continuum appliqué aux hallucinations auditivo-verbales allant du fonctionnel au dysfonctionnel, d'après Larøi et al., 2012. *Note.* Ici, l'individu tend du côté dysfonctionnel du continuum lorsque les voix sont envahissantes avec du contenu négatif.

Dans la population générale, de nombreuses études ont montré des liens entre les approches catégorielles vs continuum et la **stigmatisation** (Thibodeau et al., 2018; Violeau et al., 2020; Wiesjahn et al., 2016). Une récente méta-analyse rapporte les effets des croyances en continuum sur la stigmatisation (Peter et al., 2021). Concernant la schizophrénie, les croyances en continuum les plus importantes sont corrélées à moins de croyances de dangerosité, de croyances d'imprévisibilité, de croyances de responsabilité de l'apparition de la maladie, de peur et de distance sociale. Cependant, les tailles d'effets de ces associations sont faibles, les études manipulant les croyances en continuum n'obtiennent pas de réduction cohérente de la stigmatisation (i.e. seulement sur une minorité de dimension de la stigmatisation), et aucune étude ne rapporte le maintien de ces effets

sur le long terme. Réciproquement, les croyances catégorielles les plus fortes sont associées à davantage de croyances de dangerosité, de croyances d'imprévisibilité, de peur et de distance sociale (pour revue voir thèse L. Violeau, 2020). Les tailles d'effet allaient d'intermédiaires à fortes, même lors de manipulation des croyances catégorielles. Les enquêtes **STIGMA^{pro}** chez les professionnels révèlent une absence de corrélation entre les croyances de continuum et les stéréotypes et préjugés. Ces croyances sont en revanche associées à moins de distance sociale, avec une faible taille d'effet. Concernant les croyances catégorielles, les enquêtes font état d'une absence de corrélation avec les préjugés, mais d'une association à plus de stéréotypes, notamment les stéréotypes d'incompétences, et à plus de distance sociale, avec des tailles d'effet intermédiaire ou forte.

Ainsi, si la réduction des croyances catégorielles apparaît potentiellement plus efficace que l'augmentation des croyances en continuum dans la réduction de la stigmatisation, les deux types de croyances sont associés à la stigmatisation. Dans l'optique de transférer ces connaissances dans une intervention réduisant la stigmatisation, il est donc recommandé de s'attacher à **réduire les croyances catégorielles**. L'utilisation d'un argumentaire émanant des approches en continuum reste cependant pertinente dans l'objectif de déconstruire les croyances catégorielles.

VI.1.2. Similitudes perçues

Les similitudes perçues font référence à la propension d'un individu à penser qu'il partage des similitudes avec une autre personne, qu'ils sont similaires (Violeau et al., 2020). Cette notion se confond parfois avec celle de croyances en un continuum puisque les mesures questionnent, même indirectement, les points communs et similitudes entre population clinique et population générale. Les similitudes perçues sont, par le biais des croyances en un continuum, reliées à moins de stigmatisation (voir VI.1.1). **Le modèle de comparaison sociale de Mussweiler** (figure 16) offre un cadre théorique permettant de comprendre les mécanismes par lesquels les similitudes perçues peuvent influencer la stigmatisation (Mussweiler, 2003). Dans le processus de comparaison sociale, lorsqu'un individu est centré sur les similitudes entre soi et un autre, il assimile plus facilement les caractéristiques de l'autre à soi. Soit les catégories sociales ne sont plus utilisées comme références pour juger autrui, soit l'individu se trouve des appartenances à des catégories auxquelles autrui appartient également. Par exemple, lorsqu'un individu tente de sympathiser avec un nouveau collègue, s'il est centré sur les similitudes (e.g. amabilité, compétence), il va solliciter des catégories sociales auxquels ils appartiennent tous les deux (e.g. ancien étudiant de la même formation, père de famille, pratique du même sport, mêmes idées politiques). Inversement, si un

individu est centré sur les différences, il se place en contraste des caractéristiques d'autrui, se servant des catégories sociales pour y parvenir. Par exemple, lorsqu'un individu tente de se différencier d'un nouveau collègue, il est centré sur les différences (e.g. amabilité, compétence), et sollicite des catégories sociales auxquelles ils n'appartiennent pas tous les deux (e.g. formations différentes, métiers différents, idées politiques différentes).

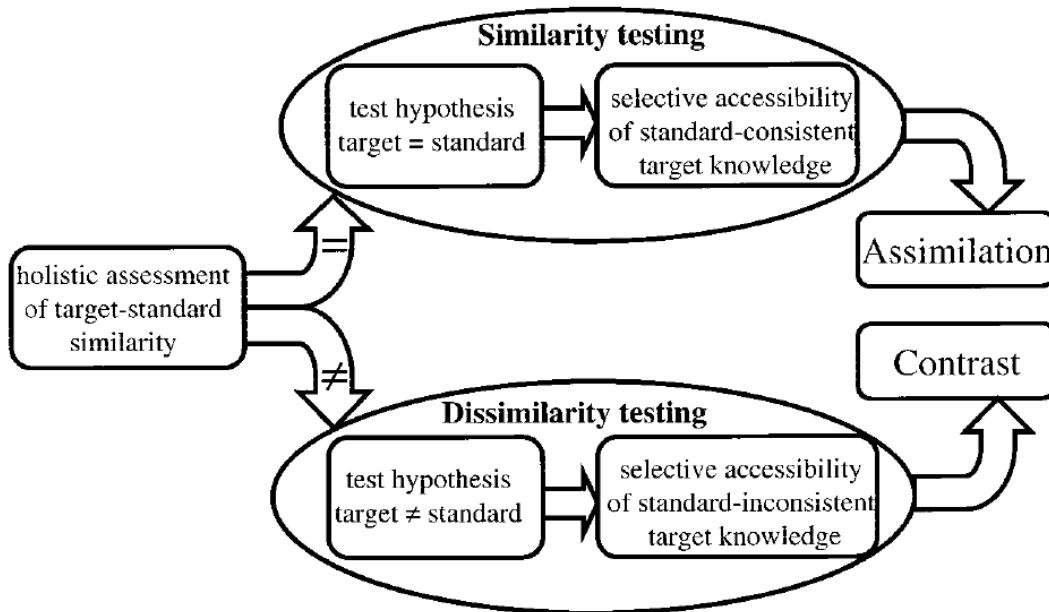


Figure 16. Modèle des processus de comparaison sociale de Mussweiler, 2003

Dans la population générale, les similitudes perçues ont été **associées à moins de stigmatisation** (Violeau et al., 2020). C'est également le cas chez les psychologues. En effet, une étude rapporte que plus les psychologues se perçoivent similaires aux personnes ayant une maladie mentale sévère, plus ils rapportent de croyances en la compétence – vs incompetence – et la sûreté – vs la dangerosité – des personnes, avec de petites tailles d'effet cependant (Servais & Saunders, 2007). Dans les enquêtes **STIGMA_{pro}** chez les professionnels, les résultats montrent également que des scores plus élevés de similitudes perçues sont associés à moins de stéréotypes, de préjugés et de distance sociale, avec des tailles d'effet moyennes. En revanche, l'enquête **STIGMA_{pro}** menée chez les usagers et les familles n'a pas révélé d'association significative entre les similitudes perçues – entre l'usager et ses soignants – et la stigmatisation vécue lors du parcours de soin.

Un concept issu du champ de la relation thérapeutique pourrait permettre d'opérationnaliser ces résultats au sein d'une intervention visant à réduire la stigmatisation dans les pratiques en santé

mentale. En effet, **le dévoilement de soi** permet au soignant de se centrer sur les similitudes entre lui et l'usager, et surtout, de verbaliser ces similitudes (Nguyen et al., 2021). Les dévoilements de soi peuvent être définis comme des "déclarations du thérapeute qui révèlent quelque chose de personnel sur lui-même" (Hill & Knox, 2002, p. 256). Le thérapeute y dévoile des moments de sa vie personnelle qui ont font écho à ce que dévoile la personne en thérapie (e.g. difficultés rencontrées, évènement émotionnel fort, stratégies utilisées pour faire face à un problème). Les objectifs de cette technique clinique peuvent être de partager des informations utiles pour la thérapie, comme des stratégies de gestion d'émotion, ou bien de renforcer la relation thérapeutique. Une récente méta-analyse (Hill et al., 2019) a émis des recommandations sur l'utilisation du dévoilement de soi (voir encadré 1), dont certaines indiquent qu'il faut centrer le dévoilement de soi sur la personne accompagnée, **souligner les similitudes entre ce qu'elle dévoile et ce que le soignant dévoile**. Cette technique représente donc une opérationnalisation des processus de similitudes perçues directement transférable dans les pratiques en santé mentale.

Encadré 1. Recommandations pour l'utilisation du dévoilement de soi dans la relation thérapeutique (Hill, Knox, Pinto-Coelho, 2019)

Recommandations d'utilisation du dévoilement de soi basées sur la littérature

- ◆ Être prudent, réfléchi et stratégique dans l'utilisation du dévoilement de soi – cela ne s'improvise pas.
- ◆ Avoir l'intention d'utiliser le dévoilement de soi en se centrant sur la personne – et non sur le thérapeute.
- ◆ Anticiper comment la personne pourrait réagir et si le dévoilement de soi est susceptible de l'aider.
- ◆ S'assurer que la relation thérapeutique est solide avant d'utiliser le dévoilement de soi – ne pas l'utiliser pour construire la relation thérapeutique mais pour la renforcer.
- ◆ Utiliser le dévoilement de soi avec parcimonie.
- ◆ Faire un dévoilement bref, avec peu de détails.
- ◆ Divulguer des éléments résolus plutôt que des éléments non résolus.
- ◆ Faire en sorte que le dévoilement de soi soit pertinent par rapport au discours de la personne.
- ◆ Se centrer sur les similitudes entre le thérapeute et la personne.
- ◆ Se centrer sur les besoins de la personne plutôt que sur ceux du thérapeute.
- ◆ Se recentrer sur la personne immédiatement après le dévoilement de soi.
- ◆ Observer la réaction de la personne suite au dévoilement de soi.
- ◆ Évaluer l'efficacité du dévoilement de soi et décider s'il est approprié d'utiliser à nouveau le dévoilement de soi avec cette personne.

VI.1.3. Rétablissement

De même que l'evidence-based practice accorde une place cruciale aux valeurs et préférences des personnes concernées par la maladie mentale (APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice, 2006), le rétablissement place la personne concernée au cœur de son dispositif d'accompagnement (Chamberlin, 1978; Deegan, 1988; Vigneault & Demers, 2019). Cette approche va clairement à l'encontre des croyances pessimistes ou d'incompétence sur les usagers : « l'espoir et l'autodétermination mènent à une vie significative et à un sens positif de soi, que la maladie mentale soit toujours présente ou non. » (pour revue des définitions subjectives, voir Andresen et al., 2003, p. 592). Très logiquement, la lutte contre la stigmatisation fait partie des leviers qui permettent d'avancer dans le parcours du rétablissement selon le modèle C.H.I.M.E. (Leamy et al., 2011, voir figure 6 et 7).

Riche en solutions pour transformer les pratiques en profondeur, l'approche du rétablissement offre trois opérationnalisations différentes mais complémentaires pour lutter contre la stigmatisation. Premièrement, **les pratiques orientées-rétablissement** réunissent un ensemble de pratiques en santé mentale qui favorisent le rétablissement. Une revue de la littérature sur les guides de pratiques orientées-rétablissement (Le Boutillier et al., 2011a) a permis d'établir quatre principes fondamentaux de ces pratiques (voir encadré 2). À notre connaissance, aucune étude publiée n'avait étudié le lien entre les pratiques orientées-rétablissement et la stigmatisation chez les professionnels. De manière originale, les enquêtes **STIGMA_{pro}** chez les professionnels ont révélé une association négative entre l'utilisation de pratiques orientées-rétablissement et les stéréotypes, les préjugés et le désir de distance sociale, avec des tailles d'effet moyennes. Une des enquêtes a en outre montré que les professionnels qui rapportaient les croyances les plus fortes concernant les possibilités de rétablissement chez les usagers rapportaient moins de stéréotypes d'incompétence. L'enquête **STIGMA_{pro}** chez les usagers et familles a révélé la même association entre stigmatisation vécue et pratiques orientées-rétablissement, avec une taille d'effet forte. Cependant, une revue récente de la littérature rapporte que si les interventions visant à introduire des pratiques orientées-rétablissement en psychiatrie existent, elles restent difficiles à mettre en œuvre (Hornik-Lurie et al., 2018). Les approches les plus réussies sont multimodales, appliquées sur plusieurs années et bénéficient du soutien de l'institution. Les principaux obstacles à la mise en œuvre comprennent la résistance au changement du modèle biomédical intégré, l'attitude du personnel à l'égard du rétablissement et l'absence de participation des consommateurs à la mise en œuvre.

Encadré 2. Les quatre principes fondamentaux des pratiques orientées-rétablissement selon Le Boutillier et al., 2011.

Les quatre principes fondamentaux des pratiques orientées-rétablissement

Domaine de pratique 1 : Promotion de la citoyenneté

1. Avoir une vision holistique de la personne, au-delà de "l'utilisateur du service" (prise en compte des proches et des stigmatisations).
2. Assurer les droits de la personne et de sa famille.
3. Viser l'inclusion sociale (en développant le réseau social de la personne et les collaborations du service avec la communauté).
4. Développer des occupations significatives (travail, loisir, routines)

Domaine de pratique 2 : Engagement organisationnel des services

5. Se centrer sur le rétablissement (le rétablissement au cœur du projet de service)
6. Développer l'accompagnement sur le lieu de travail
7. Développer constamment la qualité du service (implication des usagers, formations, partenariat de recherche)
8. Définir le parcours de soin comme non linéaire et ouvert avec le moins de critères d'exclusions possible.
9. Recruter un personnel orienté-rétablissement, pluridisciplinaire avec des pairs-aidants professionnels

Domaine de pratique 3 : Soutenir le rétablissement défini par la personne

10. Promouvoir les parcours individualisés
11. Assurer l'implication de la personne dans les décisions la concernant (choix éclairés)
12. Assurer le soutien par les pairs (pair-aidance professionnelle et non professionnelle)
13. Se centrer sur les points forts
14. S'engager dans une approche holistique (besoins médicaux, physiques, sociaux, occupationnels, psychologiques, émotionnels ou spirituels)

Domaine de pratique 4 : Relation thérapeutique

15. S'engager dans la coopération
16. Inspirer l'espoir

Deuxièmement, donner des **exemples de personnes rétablies** est un autre moyen de lutter contre la stigmatisation. Une revue de la littérature qualitative en a même fait un élément clé pour réduire la stigmatisation de la maladie mentale chez les soignants en médecine physique (Knaak et al., 2014). L'exposition des soignants à des exemples de rétablissement apparaît d'autant plus pertinente que ces derniers sont soumis à un biais qui les amène à sous-estimer la fréquence du rétablissement en santé mentale : **l'illusion du clinicien**. En 1984, Cohen & Cohen rapportent que, selon les professionnels de santé, les chercheurs sous-estimeraient la sévérité des troubles mentaux dans leurs recherches. Les populations utilisées pour les études ne seraient donc pas représentatives de la réalité. Pour répondre à cette remarque, les auteurs publient deux séries de données. Le premier graphique (voir figure 17a) expose la distribution de la durée d'un trouble mental dans la population générale. La durée moyenne d'un trouble en population générale est de 10,7 mois. C'est dans cette population que sont recrutés les participants des études. Le deuxième graphique (voir figure 17b) montre la distribution de la durée d'un trouble en population clinique (population qui consulte un service de santé mentale). Dans cette population, la durée moyenne d'un trouble est de 50,8 mois. Ces données montrent qu'il existe une différence importante entre la population générale et la

population clinique. En effet, les professionnels de santé mentale ne reçoivent que les personnes qui souffrent le plus sévèrement de leur maladie mentale : ils ne reçoivent pas les personnes qui ne consultent pas ou plus, les personnes qui se sont rétablies seules, rapidement ou par d'autres moyens. Exposer les soignants à des exemples de rétablissement serait un moyen de contrer ce biais et le pessimisme qu'il induit.

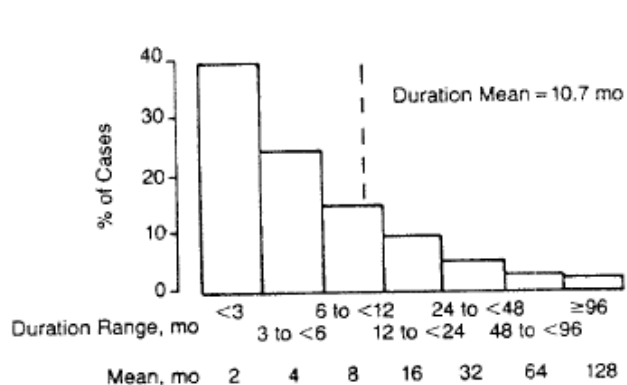


Figure 17a. Durée d'un trouble mental dans la population générale selon Cohen & Cohen, 1984.

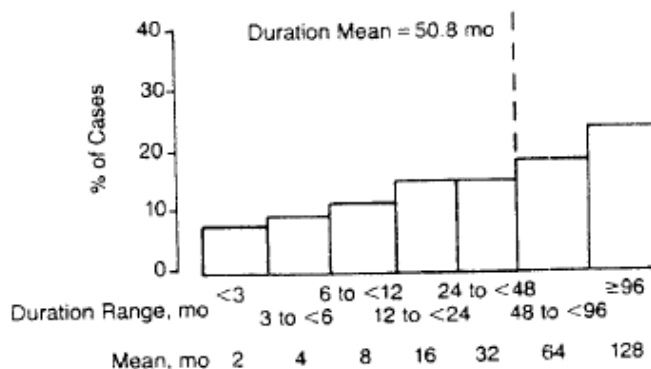


Figure 17b. Durée d'un trouble mental dans la population clinique selon Cohen & Cohen, 1984.

Troisièmement, dans le cadre du développement des pratiques orientées-rétablissement, une nouvelle profession a émergé au sein des équipes de santé mentale : **la pair-aidance professionnelle**. Le pair-aidant professionnel est un membre du personnel dévoilant qu'il vit ou qu'il a vécu un problème de santé mentale (voir I.4.). Le partage de son vécu et de son histoire de rétablissement a pour but de redonner de l'espoir, de servir de modèle d'identification, d'offrir de l'inspiration, du soutien et de l'information à des personnes qui vivent des situations similaires (Repper & Carter, 2011). Plusieurs méta-analyses se sont intéressées à l'efficacité de la pair-aidance. Leur premier résultat fut de souligner le manque de rigueur méthodologique des articles portant sur ce sujet, abaissant considérablement le niveau de preuve des résultats rapportés (Lloyd-Evans et al., 2014; Repper & Carter, 2011; White et al., 2020). Les auteurs rapportent néanmoins une efficacité de la pair-aidance sur le **rétablissement**, **l'empowerment**, **l'espoir** ou encore la **relation thérapeutique**, avec des tailles d'effet faibles mais un maintien de cette efficacité dans le temps. Si le recrutement ou le témoignage d'un pair-aidant professionnel peut donc sembler une solution pour réduire les pratiques stigmatisantes, l'introduction de ce nouveau métier peut connaître des résistances dans les services de soins, pour des raisons directement liées à la stigmatisation chez les soignants ou à la qualité de vie au travail favorable ou non à l'arrivée de professions

innovantes (Franck & Cellard, 2020; Niard et al., 2020; Roelandt & Staedel, 2016).

VI.1.4. Utilité et accomplissement professionnel perçu

La **qualité de vie au travail** des soignants est un domaine qui reste à améliorer. D'après une méta-analyse récente (O'Connor et al., 2018), la prévalence moyenne ? de l'épuisement émotionnel chez les professionnels en santé mentale étaient de 40% (entre 8% et 59%), la dépersonnalisation de 22 % (entre 8% et 65%) et le faible sentiment d'accomplissement personnel de 19 % (entre 3% et 38%). La stigmatisation dans les pratiques en santé mentale est associée à la qualité de vie au travail. Une étude récente a mené une enquête sur la stigmatisation chez les professionnels de la santé mentale envers les maladies mentales sévères et la qualité de vie professionnelle (Koutra et al., 2021). Les résultats montrent que la stigmatisation est positivement associée à l'**épuisement émotionnel** (i.e. un sentiment de surcharge et d'épuisement des ressources émotionnelles et physiques), à la **dépersonnalisation** (i.e. une attitude négative et cynique envers les gens), et à la **fatigue de compassion** (i.e. "coût de la sollicitude" qui se caractérise par un épuisement physique et émotionnel et une diminution de la capacité d'empathie). Les croyances positive sont en revanche associées à l'**accomplissement personnel** (satisfaction des performances professionnelles) et de **satisfaction de compassion** (i.e. le sentiment d'accomplissement ou de plaisir que les thérapeutes tirent de la bonne exécution de leur travail). L'enquête **STIGMA^{pro}** chez les professionnels montre également que le sentiment d'utilité professionnelle est négativement associé aux stéréotypes et au désir de distance sociale, avec des tailles d'effet faible. Aucune association significative n'est rapportée avec les préjugés.

Ces dimensions du burnout doivent donc être prises en compte dans les efforts de réduction de la stigmatisation. En plus d'être directement associées à la stigmatisation, elles le sont aussi avec certains facteurs d'influence de cette dernière. Ainsi, plusieurs études ont investigué les liens entre pratiques orientées-rétablissement et qualité de vie au travail. Chez les professionnels de la santé mentale plus les scores de satisfaction au travail étaient bas, plus faibles étaient leurs scores en matière de soins axés sur le rétablissement, tandis qu'une plus grande satisfaction au travail et personnelle étaient associées à des scores plus élevés (Fleury et al., 2018; Kraus & Stein, 2013; Osborn & Stein, 2016). Autre exemple, une étude (Pavon & Vaes, 2017) a examiné le lien entre croyances biologiques sur les maladies mentales et burnout. Les résultats se révèlent paradoxaux : alors que l'inefficacité professionnelle était prédite par l'attribution de causes génétiques (vs environnementales) aux symptômes, ces mêmes résultats révélaient une association positive entre la tendance à attribuer des symptômes à des causes génétiques et la satisfaction professionnelle. Ces

résultats suggèrent que la prise en compte de qualité de vie au travail est incontournable pour la réduction des pratiques stigmatisantes que ce soit comme un levier anti-stigma ou un corrélat des autres leviers anti-stigma.

Dans le but de favoriser les pratiques jugées utiles par les usagers, et donc de renforcer le sentiment d'utilité professionnelle chez les soignants, une collaboration avec le ClubHouseBordeaux a été établie. Elle a permis de recueillir des témoignages de pratiques ayant été vécues comme utiles par les usagers (voir encadré 3).

Encadré 3. Témoignages de pratiques jugées utiles par les membres du ClubHouseBordeaux

Témoignages de pratiques jugées utiles par les membres du ClubHouseBordeaux

Dans le cadre du partenariat entre STIGMApro et le ClubHouseBordeaux, une recherche participative fut menée pour identifier les situations de stigmatisation dans le parcours de soin en santé mentale. Une fois ce projet terminé, les membres du ClubHouseBordeaux ont souhaité orienter nos travaux sur les solutions pour remplacer ces situations stigmatisantes. S'emparant du levier anti-stigma « sentiment d'utilité professionnelle », ils ont décidé de témoigner sur les soignants qui avaient été les plus utiles pour eux, dans une perspective de gratitude et de remerciement.

Pascal

Le soignant qui a été le plus utile pour moi, c'est celui qui s'est centré sur mes projets. À l'époque j'étais fragile. Puis j'ai rencontré ce soignant qui a orienté nos entretiens vers mes goûts, mes projets et mes envies. Comme tout le monde, je voulais faire des choses qui me plaisaient et dans lesquelles je pouvais m'épanouir. Du coup, j'ai repris des activités que je faisais avant ma maladie, comme le sport ou l'art. Je voulais garder mes moyens d'expressions. Avec le soutien de ce soignant, j'ai fait du sport au niveau national et mes photos ont été exposées une dizaine de fois. Maintenant, j'anime moi-même des ateliers de sport ou de photographie. Tout ça a énormément amélioré mon moral.

Christophe

Le soignant qui a été le plus utile pour moi, c'est celui qui a pris le temps de créer une relation authentique avec moi. C'était quelqu'un de gentil, chaleureux, empathique et éclairé. Parmi le groupe de soignants, c'était le seul qui allait vers nous, qui prenait du temps pour nous. En plus de l'accompagnement, nous avions aussi de vraies conversations, autour d'autres sujets que ma maladie, comme la philosophie par exemple. C'était quelqu'un de simple, mais tout aussi brillant. Nous avons une véritable relation authentique, une relation symétrique : d'égal à égal. Tout cela me permettait de m'éloigner de mes angoisses.

Note. Avec l'aimable participation et autorisation du ClubHouseBordeaux

VI.1.5. Contacts

Les exemples de rétablissement peuvent prendre la forme de contacts directs ou indirects (e.g. livre, vidéo) avec les soignants. Le contact a souvent été évoqué comme le principal levier d'action pour réduire la stigmatisation (Corrigan & Penn, 1999). Paradoxalement, bien que les professionnels de santé mentale aient de nombreux contacts avec les personnes ayant un diagnostic

de maladie mentale sévère, ils restent l'une des principales sources de stigmatisation. Les travaux initiaux d'Allport ont mis en lumière quatre conditions pour que le contact soit effectivement déstigmatisant : un statut égal entre les différentes parties ; des objectifs communs ; une coopération ; et le soutien des autorités ou de la loi (Allport, 1954). Une méta-analyse sur les conditions de contact (Pettigrew & Tropp, 2006) montre que si ces conditions ne sont pas nécessaires pour que le contact réduise la stigmatisation, elles en améliorent l'efficacité. Cette méta-analyse rapporte en outre d'autres facteurs d'efficacité du contact : le soutien de l'institution ou encore le contact au sein de programmes structurés. Plus important encore, cette étude insiste sur l'utilisation en commun de ces facteurs d'efficacité, doutant de leur effet s'ils étaient utilisés indépendamment les uns des autres. Néanmoins, une méta-analyse plus récente démontre qu'il faut prendre ces facteurs avec prudence car les études incluses manquent de rigueur dans leur utilisation de ces facteurs (Paluck et al., 2019). Selon les auteurs, la science n'est pas, à l'heure actuelle, en mesure de conseiller ou non ces facteurs dans une intervention anti-stigma. Les résultats de l'enquête **STIGMA^{pro}** chez les usagers et leurs familles montrent clairement que les pratiques stigmatisantes prennent le contre-pied de ces conditions (e.g. infantilisation, manque de participation dans les décisions de soin, manque de coopération avec les familles).

VI.1.6. Quid des croyances biologiques ?

L'enquête **STIGMA^{pro}** chez les professionnels montre que plus les professionnels ont une vision biologique de la schizophrénie et moins ils rapportent de stéréotypes (taille d'effet moyenne). Les croyances biologiques auraient donc pu être envisagées comme un levier anti-stigma. Cependant, cette idée fut écartée par le comité scientifique pour plusieurs raisons, respectant les facteurs de décision de l'*evidence-based practice*. Premièrement, une revue de littérature (Larkings & Brown, 2018) rapporte que les études qui se sont intéressées au lien entre croyances biologiques et stigmatisation des soignants en santé mentale montre une association inverse à celle rapportée dans l'enquête **STIGMA^{pro}**, nous poussant ainsi à considérer que manipuler des arguments biologiques pourrait avoir des conséquences négatives. Deuxièmement, notre partenariat avec le ClubHouseBordeaux a permis de discuter les résultats autour des croyances biologiques. Il nous a ainsi été partagé par les usagers que la vision biologique réduisait la personne à sa maladie et favorisait les accompagnements pharmacologiques au détriment des accompagnements psychologiques et sociaux. Troisièmement, les professionnels de santé mentale présents dans le comité scientifique ont rapporté que les causes biologiques de la schizophrénie, et des maladies mentales en générale, sont plutôt bien connus des professionnels par rapport aux facteurs

psychologiques et environnementaux. Ils plaidaient davantage pour le développement une vision multi-causale de la schizophrénie, dans une approche holistique et systémique de la personne accompagnée. Ainsi, la décision de ne pas utiliser les croyances biologiques comme levier anti-stigma fut prise au regard des trois piliers de l'evidence-based practice : données probantes de la littérature, valeurs et préférences des personnes et expertise clinique.

VI.2. Article n°5 : Leviers de déstigmatisation de la schizophrénie chez les professionnels de santé mentale : une étude expérimentale

VI.2.1. Introduction de l'étude contrôlée randomisée de *STIGMApro*

Les potentielles solutions anti-stigma précédemment présentées sont des leviers dont l'efficacité reste à tester expérimentalement. Les études ayant mis à jour ces potentiels leviers anti-stigma sont des études transversales, rapportant des corrélations entre ces concepts et la stigmatisation, sans déterminer de relation causale. À notre connaissance, aucune étude contrôlée randomisée n'a été publiée concernant la réduction de la stigmatisation de la schizophrénie chez les professionnels de santé mentale. Cette méthodologie donne accès à un niveau de preuve supérieur au regard de l'*evidence-based practice*, permettant de révéler des relations de cause à effet.

L'ensemble des potentielles solutions de déstigmatisation (voir VI.1.) ont été présentées au comité scientifique de *STIGMApro*. Pour une question de faisabilité, tous les leviers ne pouvaient pas faire partie d'une étude contrôlée randomisée car la multiplication des conditions expérimentales demandait une taille d'échantillon au-delà de nos capacités de recrutement. Les croyances biologiques furent considérées comme un levier à exclure puisqu'elles pouvaient mener à une augmentation de la stigmatisation (voir VI.1.6.). Le comité scientifique a également renoncé à utiliser le sentiment d'utilité professionnelle dans une étude. Cette variable semblait la plus difficile à manipuler puisqu'elle dépend de beaucoup de facteurs inhérents aux contextes des professionnels (O'Connor et al., 2018). Le comité scientifique a ainsi choisi d'inclure dans l'étude les potentiels leviers suivants : **approche en continuum, similitudes perçues (dévoilement de soi), et rétablissement (exemples de rétablissement)**. Il a également été décidé que l'étude se conduirait en ligne eu égard au contexte sanitaire, en manipulant les différents leviers via des vidéos dites « éducatives ».

L'article suivant présente donc une étude **contrôlée randomisée** dont l'objectif global est de tester des **solutions pour réduire la stigmatisation de la schizophrénie** chez les professionnels de santé mentale. Pour cela, les participants ont été exposés à l'approche en continuum, au dévoilement de soi ou à des exemples de rétablissement.

Leviers de déstigmatisation de la schizophrénie chez les professionnels de santé mentale : une étude expérimentale ¹⁰

* * *

Kevin-Marc VALERY^{1,2}, Louis VIOLEAU^{1,2}, Thomas FOURNIER^{1,2}, Sarah GUIONNET¹, Julien BONILLA-GUERRERO², Aude CARIA³, Antonin CARRIER¹, Jean-Marc DESTAILLATS², Anne ERNOULT⁵, Alice FOLLENFANT¹, Sonia LABERON⁸, Nadeja LALBIN-WANDER⁴, Daniel LE GUILLERMIC², Éric MARTINEZ², Bérénice STAEDDEL⁵, Roselyne TOUROUDE⁶, Luc VIGNEAULT⁷, Antoinette PROUTEAU^{1,2}

¹Univ. Bordeaux, LabPsy, EA 4139, F-33000 Bordeaux, France

²Adult Psychiatry Department, Jonzac Hospital, Jonzac 17500, France.

³PsyCom, Paris 75014, France.

⁴A.R.S. N-A, Bordeaux 33000, France.

⁵CCOMS EPSM Lille Métropole, Lille 59000, France.

⁶UNAFAM, Paris 75000, France.

⁷Université Laval, Québec, QC, Canada

⁸COMPTRASEC, UMR5114CNRS-33000 Bordeaux, France

Correspondence and reprint requests to: K.M. Valery, University of Bordeaux, 3 ter place de la Victoire, 33 076 Bordeaux, France. E-mail: kevin-marc.valery@u-bordeaux.fr

¹⁰ Cet article sera soumis février 2022

Résumé

Les professionnels de santé mentale sont l'une des principales sources de stigmatisation selon les personnes qui ont une schizophrénie et leurs familles. Parmi les facteurs associés à cette stigmatisation, l'approche du rétablissement, l'approche en continuum des maladies mentales ou encore les similitudes perçues entre soi et une personne souffrant de schizophrénie peuvent constituer des solutions anti-stigma.

Objectifs. L'objectif de cette étude est de tester expérimentalement l'efficacité de plusieurs arguments pour réduire la stigmatisation de la schizophrénie chez les professionnels de santé mentale : les exemples de rétablissement, la similitude perçue via l'approche en continuum et le dévoilement de soi.

Méthode. Une étude contrôlée randomisée a été conduite en ligne incluant 3 conditions expérimentales (i.e. approche du continuum, exemples de rétablissement, dévoilement de soi) et 2 conditions contrôles. Dans chaque condition, les participants devaient visionner une vidéo avant de compléter des mesures de stigmatisation. Les participants devaient être des professionnels de santé mentale travaillant ou ayant travaillé avec des personnes qui ont un diagnostic de schizophrénie. Les participants ont été recrutés sur des réseaux sociaux de professionnels.

Résultats. La vidéo présentant des exemples de rétablissement a permis de réduire les stéréotypes concernant le pronostic et l'incompétence lorsqu'il s'agit de prendre des décisions pour sa santé. Cependant, cette vidéo n'a pas entraîné de réduction significative des autres mesures de stigmatisation. De même, les autres vidéos, sur l'approche en continuum et sur le dévoilement de soi, n'ont pas entraîné d'effet significatif sur les mesures de stigmatisation.

Conclusion. D'autres études contrôlées randomisées sont nécessaires. Celles-ci devraient s'attacher à opérationnaliser les différents leviers de manière concrète, en face-à-face, favorisant le contact plus que l'aspect éducatif.

Mots clés : Schizophrénie, Stigmatisation, Professionnels de santé mentale

Abstract

Mental health professionals are one of the major sources of stigma for persons with schizophrenia and their families. Among factors associated with this stigmatization, variables such as the recovery approach, the continuum approach, and perceived similarities have shown correlations with less stigmatization and could be considered as anti-stigma solutions.

Objectives. The overall aim of this study is to test experimentally several solutions to reduce the schizophrenia stigma among mental health professionals, such as: perceived similarities via the continuum approach, self-disclosure, and examples of recovery, thereby measuring the effectiveness of these arguments against stigma dimensions.

Method. A randomized controlled trial was conducted online with three experimental conditions (i.e., continuum approach, examples of recovery, self-disclosure) and two control conditions. In each condition, participants were asked to watch a video before responding to the stigma measures. Participants had to be mental health professionals who work or have worked with persons diagnosed with schizophrenia. Participants were recruited from professional social networks.

Results. The video with examples of recovery reduced stereotypes such as pessimistic beliefs about prognosis and beliefs of incompetence in making health decisions. However, this video had no significant effect on other measures of stigmatization. Similarly, the two other videos, dealing with the continuum approach and self-disclosure, failed to show any significant effect on stigmatization measures.

Conclusion. Further randomized controlled trials are needed. They should focus on operationalizing the different solutions in a concrete way, face-to-face manner, favoring contact over education.

Key words: Schizophrenia, Mental health professionals, Stigmatization

1. Introduction

La stigmatisation a de nombreuses conséquences délétères sur les personnes qui ont un diagnostic de schizophrénie. Une revue de la littérature (Gerlinger et al., 2013) rapporte des répercussions de la stigmatisation sur la symptomatologie (i.e. dépression et anxiété sociale plus importante), sur le bien-être mental (i.e. estime de soi et qualité de vie plus faible, moins bon rétablissement et moins d'espoir), sur le fonctionnement social et professionnel (i.e. efficacité personnelle, fonctionnement professionnel et fonctionnement social altérés, retrait social), ainsi que sur l'adhésion au soin (i.e. assiduité et participation plus faibles).

Depuis les travaux pionniers de Goffman, la stigmatisation a été conceptualisée en trois dimensions (Corrigan & Penn, 1999 ; Fiske, 1998) : i) les stéréotypes sont des croyances concernant une personne en fonction de son appartenance à un groupe (i.e. des croyances de dangerosité, d'incompétence/imprévisibilité, de mauvais pronostic, de responsabilité dans la maladie mentale, Angermeyer & Dietrich, 2006), ii) les préjugés sont des attitudes et des composantes affectives ressenties à l'encontre d'une personne en fonction de son appartenance à un groupe (i.e. la peur, l'empathie), et iii) la discrimination est une réaction comportementale à l'encontre d'une personne en fonction de son appartenance à un groupe (éviter, fuite) (Corrigan & Penn, 1999 ; Fiske, 1998). Une revue des études qualitatives (Mestdagh & Hansen, 2014) rapporte que le système de soin (y compris les professionnels de la santé mentale) est l'une des principales sources de stigmatisation identifiées par les personnes atteintes de schizophrénie.

Malgré l'importance de cette thématique sur les pratiques en santé mentale, et leur nécessaire transformation, la littérature sur les interventions réduisant la stigmatisation dans les pratiques en santé mentale est quasiment inexistante. Peu d'études se sont intéressées à la stigmatisation de la schizophrénie chez les professionnels de santé mentale (pour revue, voir Valery & Prouteau, 2020), et aucune étude randomisée contrôlée n'est rapportée dans ce domaine. Certaines études transversales rapportent néanmoins des facteurs associés à moins de stigmatisation.

De récentes études menées chez les soignants en santé mentale, les usagers et familles d'usagers ayant reçu un diagnostic de schizophrénie rapportent que les pratiques orientées-rétablissement sont associées à moins de stigmatisation (Valery et al, soumis ; Valery et al, en rédaction). L'approche du rétablissement s'est historiquement construite en opposition aux pratiques stigmatisantes en santé mentale (Chamberlin, 1978; Deegan, 1988). Cette approche s'est construite en réaction par rapport aux croyances pessimistes ou d'incompétence sur les usagers : « l'espoir et l'autodétermination mènent à une vie significative et à un sens positif de soi, que la maladie mentale soit toujours présente ou non. » (pour revue des définitions subjectives, voir

Andresen et al., 2003, p. 592). Aussi, la lutte contre la stigmatisation fait partie des leviers qui permettent d'avancer dans le parcours du rétablissement selon le modèle CHIME (Leamy et al., 2011, voir figure 6 et 7). Les témoignages centrés sur le rétablissement ont déjà été identifiés comme un ingrédient clé d'intervention anti-stigma (Bielenberg et al., 2021; Corrigan et al., 2012; Thornicroft et al., 2016)

La stigmatisation de la schizophrénie a aussi été associée à la conceptualisation de sa maladie (Valery et al, soumis). Les approches en continuum ont été associées à moins de stigmatisation de la schizophrénie. Elles postulent que les processus psychologiques se distribuent sur un continuum allant du normal au pathologique (i.e. du fonctionnel au dysfonctionnel) (van Os et al., 2009). Ces approches sont connues pour leur opposition aux approches catégorielles dont sont issues les principales classifications internationales des maladies (Crocq et al., 2016). Les représentations catégorielles – diagnostique – étant majoritaires chez les soignants en santé mentale (First et al., 2018), les approches en continuum représentent une alternative concrète pour accompagner les soignants vers des représentations moins stigmatisantes.

Les soignants percevant des points communs entre eux et les personnes qui ont une schizophrénie (i.e. similitudes perçues) rapportent également moins de stigmatisation (Valery et al, soumis ; Servais & Saunders, 2007). Le dévoilement de soi est un concept issu du champ de la relation thérapeutique, qui opérationnalise la notion de similitudes perçues dans la pratique clinique (Nguyen et al., 2021). Les dévoilements de soi peuvent être définis comme des "déclarations du thérapeute qui révèlent quelque chose de personnel sur lui-même" (Hill & Knox, 2002, p. 256). Le thérapeute y dévoile des moments de sa vie personnelle qui ont font écho à ce que dévoile la personne en thérapie (e.g. difficultés rencontrées, évènement émotionnel fort, stratégies utilisées pour faire face à un problème). Une récente méta-analyse (Hill et al., 2019) a émis des recommandations sur l'utilisation du dévoilement de soi dont certaines indiquent qu'il faut centrer le dévoilement de soi sur la personne accompagnée, souligner les similitudes entre ce qu'elle dévoile et ce que le soignant dévoile.

Le modèle de comparaison sociale de Mussweiler offre un cadre théorique permettant de comprendre les mécanismes par lesquels les similitudes perçues peuvent influencer la stigmatisation (Mussweiler, 2003). Pendant le processus de comparaison sociale, lorsqu'un individu est centré sur les similitudes entre soi et un autre, il assimile plus facilement les caractéristiques de l'autre à soi. A ce moment, soit les catégories sociales ne sont plus utilisées comme références pour juger autrui, soit l'individu se trouve des appartenances à des catégories auxquelles autrui appartient également. Faire face à un exemple de personne rétablie pourrait correspondre à rencontrer une personne qui a reçu un diagnostic de schizophrénie et qui pourtant nous ressemble plus que les représentations

stéréotypées, activant ainsi une comparaison sociale centrée sur les similitudes (Knaak et al., 2014). L'approche en continuum encourage à se centrer sur les similitudes qui existent entre les expériences que l'on vit et celles que vivent les personnes qui ont reçu un diagnostic de schizophrénie (van Os et al., 2009). Dans la pratique clinique, le dévoilement de soi incite le soignant à verbaliser les événements communs entre sa vie personnelle et le discours de la personne accompagnée, activant également une comparaison sociale centrée sur les similitudes (Hill et al., 2019). Ainsi, nous soutenons l'hypothèse que l'approche en continuum, les exemples de rétablissements et le dévoilement de soi augmentent les similitudes perçues et réduisent la stigmatisation de la schizophrénie chez les soignants.

2. Objectifs de l'étude

L'objectif de cette étude est de tester expérimentalement l'efficacité de plusieurs arguments pour réduire la stigmatisation de la schizophrénie chez les professionnels de santé mentale : les exemples de rétablissement, la similitude perçue via l'approche en continuum et le dévoilement de soi. Suivant ces objectifs, les hypothèses suivantes sont formulées :

- Les scores de stigmatisation seront plus faibles dans les conditions expérimentales (dévoilement de soi, approche en continuum ou exemples de rétablissement) que dans les conditions contrôle (contrôle neutre ou intervention habituelle).
- Le score de similitudes perçues sera plus élevé dans les conditions expérimentales (dévoilement de soi, approche en continuum ou exemples de rétablissements) que dans les conditions de contrôle (contrôle neutre ou intervention habituelle).

3. Méthode

3.1. Procédure

La taille d'échantillon souhaitée pour cette étude, les variables incluses, les hypothèses et les analyses prévues ont été préenregistrées sur Open Science Framework (<https://osf.io/ajb5m>)¹¹ avant tout recueil de données. L'étude a été réalisée entre novembre 2020 et janvier 2021. L'expérimentation a été menée en ligne en utilisant le logiciel gratuit Limesurvey®. Des cookies ont été utilisés pour éviter les participations multiples. Afin de protéger l'anonymat des participants, plusieurs paramètres ont été bloqués et non enregistrés par Limesurvey® (adresse IP, date et heure

¹¹ Cette pré-registation est disponible en Annexe 6

de remplissage de l'enquête). Les réponses des participants ont été recueillies sans contrainte de temps. Les participants ne pouvaient pas sauvegarder leurs réponses afin de pouvoir compléter le questionnaire ultérieurement.

Après avoir donné un consentement éclairé, les participants étaient assignés au hasard à l'une des 5 conditions prédéterminées (randomisation effectuée par le logiciel LimeSurvey). Il était demandé à chaque participant de visionner une vidéo de 3 minutes (une vidéo par condition expérimentale). Via les vidéos¹², les participants étaient exposés à 5 types d'arguments contre la stigmatisation : i) condition contrôle neutre (vidéo sur les applications de smartphone en santé mentale), ii) condition contrôle d'intervention de base contre la stigmatisation (définition, conséquence, prévalence), iii) condition expérimentale de dévoilement de soi, iv) condition expérimentale d'approche en continuum, v) condition expérimentale d'exemples de rétablissement. Bien que ces vidéos puissent contenir un message anti-stigma, les participants étaient aveugles aux objectifs de l'étude grâce à une fausse consigne : les participants étaient invités à donner leur avis sur des "vidéos éducatives pour les étudiants en psychologie". Après le visionnage, les participants devaient confirmer avoir vu la vidéo et des questions sur le contenu vérifiaient également leur visionnage. Ensuite, les participants remplissaient un questionnaire mesurant la stigmatisation, la similitude perçue, et les croyances sur le continuum, sur le rétablissement et sur dévoilement de soi. Enfin, des informations socio-démographiques étaient recueillies. La présente étude a été menée en conformité avec les lois françaises de bioéthique impliquant des êtres humains.

3.2. Participants

Les participants ont été recrutés en ligne, par le biais de réseaux sociaux (i.e. LinkedIn, et groupes Facebook de professionnels de la santé mentale) et de listes de diffusion de professionnels, disponibles sur internet. Les participants n'étaient pas rémunérés pour leur participation. Les participants devaient être des professionnels de la santé mentale, qui travaillent ou ont travaillé en France avec des personnes ayant reçu un diagnostic de schizophrénie. Le logiciel G*Power a été utilisé pour effectuer une analyse de puissance et déterminer la taille d'échantillon. Notre objectif était d'obtenir une puissance de 0,95 pour détecter une taille d'effet moyenne de 0,25 avec une probabilité d'erreur alpha standard de 0,05 (ANOVA : effet fixe, omnibus, à sens unique, 5 conditions). La taille de notre échantillon cible était donc de 305 participants (56 par condition). Le recrutement est allé jusqu'à 336 personnes, en supposant un maximum de 10 % de participants éliminés suite à des données extrêmes.

¹² Le script de ces vidéos est disponible en Annexe 7, avec les questions de vérification associées

3.3. Mesures

La stigmatisation a été mesurée selon 3 dimensions : stéréotypes, préjugés, intentions de discrimination. Les stéréotypes ont été mesurés sur 5 échelles sémantiques différentielles (Osgood, Suci, & Tannenbaum, 1957, Servais & Saunders, 2007). Les items sont tirés des dimensions stigmatisées dans la schizophrénie (Valery & Prouteau, 2020). Comme dans l'étude de Servais et Saunders (2007), ces échelles étaient utilisées en demandant : « Où placeriez-vous ces différentes personnes sur cette échelle : « personnes atteintes de schizophrénie », « personnes en bonne santé (sans schizophrénie) » et « moi-même ». Les items mesuraient :

- o le **pessimisme** (sur une échelle de 1 à 7, 1 étant « Ne peut pas du tout accéder à une qualité de vie élevée », 7 étant « Peut tout à fait accéder à une qualité de vie élevée »).

- o la **dangerosité** (sur une échelle de 1 à 7, 1 étant « pas du tout dangereux pour les autres », 7 étant « très dangereux pour les autres »)

- o l'**incompétence 1** (sur une échelle de 1 à 7, 1 étant « pas du tout capable de prendre de bonnes décisions concernant sa santé », 7 étant « totalement capable de prendre de bonnes décisions concernant sa santé »)

- o l'**incompétence 2** (sur une échelle de 1 à 7, 1 étant « Pas du tout efficace au travail », 7 étant « très efficace au travail »)

- o la **responsabilité** (sur une échelle de 1 à 7, 1 étant « ne fait absolument aucun effort pour se sortir de ses problèmes », 7 étant « fait beaucoup d'efforts pour se sortir de ses problèmes »).

Pour chaque item, le score de stéréotype pris en compte était celui des « personnes atteintes de schizophrénie ». Les scores que les participants se sont attribués à « eux-mêmes » ont été utilisés pour évaluer à quel point ils se différencient, se pensent supérieurs ou inférieurs aux personnes qui ont une schizophrénie (score de **différenciation**).

Les préjugés étaient mesurés à l'aide de 3 items demandant « Les personnes atteintes de schizophrénie me font ressentir du ou de la : »

- o **peur** (sur une échelle de 1 à 7, 1 étant « pas du tout », 2 étant « légèrement », 3 étant « un peu », 4 étant « modérément », 5 étant « assez », 6 étant « beaucoup », 7 étant « extrêmement »)

- o **anxiété** (sur une échelle de 1 à 7, 1 étant « pas du tout », 2 étant « légèrement », 3 étant « un peu », 4 étant « modérément », 5 étant « assez », 6 étant « beaucoup », 7 étant « extrêmement »)

- o **compassion** (sur une échelle de 1 à 7, 1 étant « pas du tout », 2 étant « légèrement », 3 étant « un peu », 4 étant « modérément », 5 étant « assez », 6 étant « beaucoup », 7 étant « extrêmement »).

Pour l'analyse statistique, chaque item était traité séparément.

Les intentions de discrimination étaient mesurées avec 2 items de l'échelle de **distance**

sociale (Valery et al, soumis, Link et al, 1997) :

o Mes employeurs devraient embaucher une personne atteinte de schizophrénie si elle est la meilleure personne pour le poste. (sur une échelle de 1 à 7, 1 étant « pas du tout d'accord », 7 étant « tout à fait d'accord »).

o Si un collègue avec qui je travaille me disait qu'il souffre d'une schizophrénie traitée, je voudrais quand même travailler avec lui. (sur une échelle de 1 à 7, 1 étant « Pas du tout d'accord », 7 étant « tout à fait d'accord »)

Pour l'analyse statistique, les items étaient réunis dans un seul et unique score moyen d'« **intentions de discrimination** ».

Les croyances sur le continuum, les croyances sur le rétablissement, les croyances sur le dévoilement de soi et les similitudes perçues étaient mesurées pour vérifier les différences entre les conditions. Les mesures de croyances sur le continuum et similarités perçues sont tirées de Violeau et al (2020) :

o Croyances sur le continuum mesurées avec le QBCS (Questionnaire of Belief in a Continuum in Schizophrenia) sur une échelle de 1 à 7, 1 étant « Pas du tout d'accord », 7 étant « tout à fait d'accord ». Deux scores permettent d'analyser ces croyances, un score de croyance sur le **continuum** (« La schizophrénie est simplement une exagération du fonctionnement normal. » ; « Les symptômes de la schizophrénie, comme entendre des voix ou se sentir persécuté, sont en fait communs à tout le monde ») et un score de croyances **catégorielles** (« Il existe une limite claire et bien définie entre la schizophrénie et la normalité » ; « La schizophrénie implique un état d'esprit fondamentalement différent de la normale »).

o Les **similitudes perçues** mesurées à l'aide de 2 items de l'échelle SPSS (Scale of Perceived Similarities with Schizophrenia) sur une échelle de 1 à 7, 1 étant « pas du tout d'accord », 7 étant « tout à fait d'accord » (« Je partage des similitudes avec les personnes qui souffrent de schizophrénie » ; « J'ai beaucoup de choses en commun avec les personnes qui souffrent de schizophrénie »).

o Les croyances sur le **rétablissement** ont été mesurées avec un item tiré d'une enquête précédente chez les professionnels : sur une échelle de 1-7, 1 étant « Pas du tout d'accord », 7 étant « tout à fait d'accord » : « Les personnes atteintes de schizophrénie peuvent se rétablir (vivre une vie satisfaisante, productive et pleine d'espoir malgré la maladie) ».

o Les croyances sur le **dévoilement de soi** ont été mesurées en posant la question suivante : « Il est utile de révéler quelque chose de personnel à une personne schizophrène dont vous vous occupez » sur une échelle de 1 à 7, 1 étant « pas du tout d'accord » et 7 étant « tout à fait d'accord ».

3.4. Analyses

Le logiciel R (version 3.5.1) a été utilisé pour effectuer les analyses. Pour réduire la multiplicité des tests, génératrice d'erreur de Type-I, des analyses en contraste ont été utilisées, via des régressions utilisant le *dummy coding*. Les vérifications d'activation des différents argumentaires dans chaque condition se sont faites par des régressions utilisant le *dummy coding*. Puis, les différences de scores de stigmatisation entre les conditions expérimentales et les conditions contrôles ont été testées par des régressions utilisant le *dummy coding* (avec les groupes contrôles comme référence). Les tailles d'effets ont été rapportées avec des *d* de Cohen (Fritz et al, 2012). Pour chaque analyse, les données extrêmes ont été retirées.

4. Résultats

4.1. Caractéristiques des participants

Les caractéristiques des 330 participants inclus sont décrites dans le tableau 1. Aucune différence n'est observée sur les caractéristiques de genre, âge, profession et lieu de travail.

Tableau 1. Caractéristiques des participants

	Total	Conditions					
		Contrôle neutre	Contrôle intervention de base	Continuum	Exemples de rétablissements	Dévoilement de soi	
N	330	74	65	62	64	65	X ² =.98 p=.91
Genre							X ² =8.6 p=.36
<i>Homme</i>	30.3%	29.7%	33.8%	32.3%	35.9%	20%	F=.43 p=.79
Age (m(sd))	38.6(10.8)	38.8(10.7)	38.8(8.8)	39.6(11.1)	37.2(11.5)	38.7(11.7)	
Profession (N)							
<i>Infirmier</i>	96	23	23	17	17	16	X ² =4.7 p=.97
<i>Psychologue</i>	125	30	23	24	24	24	
<i>Psychiatre</i>	64	10	11	14	14	15	
<i>Autre</i>	45	11	8	7	9	10	
Lieu de travail (N)							
<i>CMP</i>	58	15	8	13	9	13	X ² =22.3 p=.13
<i>HTC</i>	63	12	18	7	17	9	
<i>Réhabilitation</i>	47	16	2	8	11	10	
<i>Libéral</i>	38	6	7	10	7	8	
<i>Autres</i>	124	25	30	24	20	25	

Note. CMP : Centre Médico-Psychologique ; HTC : Hospitalisation Temps Complet

4.2.2 Vérification des manipulations

Les résultats des régressions utilisant le *dummy coding* vérifiant les manipulations dans les différentes conditions sont disponibles dans le tableau 2. Le score de croyance en un continuum (modèle 1) était plus haut dans la condition continuum par rapport à la condition contrôle neutre, mais ne différait pas des trois autres conditions. Le score de croyances catégorielles (modèle 2), était plus haut dans la condition continuum que dans la condition contrôle de base, et ne différait pas des autres conditions. Ces résultats ne permettent pas d'affirmer que les croyances sur le continuum ont été manipulées.

Le score de croyances sur le rétablissement (modèle 3), les différentes conditions ne diffèrent pas selon les conditions. Ces résultats ne permettent pas d'affirmer que les croyances sur le

rétablissement ont été manipulées. Notons qu'il semble y avoir un effet plafond dans la mesure de rétablissement en effet, les scores des conditions se distribuent entre $m=6.08$, $sd=1.18$ et $m=6.32$, $sd=.95$ pour une mesure en 7 points.

Le score de croyance sur le dévoilement de soi (modèle 4) est plus haut dans la condition de dévoilement de soi que dans toutes les autres conditions. Ces résultats confirment que les croyances sur le dévoilement de soi ont été manipulées.

Le score de similitudes perçues (modèle 5 et 6) est plus bas dans la condition continuum que dans la condition contrôle de base n°2, mais ne diffère pas dans les autres conditions. Ces résultats ne permettent pas d'affirmer que les similitudes perçues ont été manipulées.

Tableau 2. Résultats des analyses vérifiant les manipulations expérimentales

Predicteurs	<i>b</i> (<i>se</i>)	<i>t</i> value	<i>p</i> value	<i>beta</i>	<i>beta</i> 95% CI [LL,UL]	Fit
Modèle 1 :						
Régression des scores de Continuum sur les conditions en utilisant le dummy coding						
(Intercept)	3.298(.20)	16.18	<2 ⁻¹⁶		[-.401,.401]	
Continuum vs. Contrôle n°1	-.893(.267)	-3.233	.00135	-.228	[-.771,.316]	
Continuum vs. Contrôle n°2	-.021(.285)	-.075	.93998	-.005	[-.566,.555]	
Continuum vs. Rétablissement	-.556(.286)	-7.945	.05259	-.135	[-.697,.428]	
Continuum vs. Dévoilement de soi	-.052(.285)	-.183	.85461	-.013	[-.573,548]	
						$F(4,325) = 4.338$ p value = .001972 Adjusted R ² = .039
Modèle 2 :						
Régression des scores de croyances catégorielles sur les conditions en utilisant le dummy coding						
(Intercept)	3.100(.187)	16.51	<2 ⁻¹⁶		[-.369,.369]	
Continuum vs. Contrôle n°1	.011(.254)	.045	.9645	.003	[-.497,.503]	
Continuum vs. Contrôle n°2	-.520(.262)	-1.984	.0482	-.140	[-.655,.376]	
Continuum vs. Rétablissement	-.223(.263)	-.843	.3999	-.059	[-.577,.458]	
Continuum vs. Dévoilement de soi	-.274(.262)	-1.044	.2971	-.074	[-.589,.442]	
						$F(4,325) = 1.47$ p value = .2111 Adjusted R ² = .00568
Modèle 3 :						
Régression des scores de Rétablissement sur les conditions en utilisant le dummy coding						
(Intercept)	6.313(.136)	46.49	<2 ⁻¹⁶		[-.267,.267]	
Rétablissement vs. Contrôle n°1	.012(.185)	.064	.949	.005	[-.360,.369]	
Rétablissement vs. Contrôle n°2	-.189(.191)	-.990	.323	-.070	[-.446,.308]	
Rétablissement vs. Continuum	-.054(.194)	-.281	.779	-.020	[-.400,.361]	
Rétablissement vs. Dévoilement de soi	-.236(.191)	-1.232	.219	-.087	[-.463,.290]	
						$F(4,325) = 0.7169$ p value = .5809 Adjusted R ² = -.00345
Modèle 4 :						
Régression des scores de Dévoilement de soi sur les conditions en utilisant le dummy coding						
(Intercept)	4.923(.243)	20.28	<2 ⁻¹⁶		[-.478,.478]	
Dévoilement de soi vs. Contrôle n°1	-1.329(.333)	-3.993	8.07⁻⁵	-.277	[-.931,.378]	
Dévoilement de soi vs. Contrôle n°2	-1.185(.343)	-3.451	.00063	-.236	[-.911,.440]	
Dévoilement de soi vs. Continuum	-1.149(.347)	-3.307	.00105	-.224	[-.908,.459]	
Dévoilement de soi vs. Rétablissement	-1.048(.345)	-3.041	.00255	-.207	[-.885,.470]	
						$F(4,325) = 4.954$ p value = .000687 Adjusted R ² = .0459

Tableau 2. Résultats des analyses vérifiant les manipulations expérimentales

Predicteurs	<i>b</i> (<i>se</i>)	<i>t</i> value	<i>p</i> value	<i>beta</i>	<i>beta</i> 95% CI [LL,UL]	Fit
Modèle 5 : Régression des scores de similitudes perçues sur les conditions en utilisant le dummy coding						
(Intercept)	4.385(.214)	20.51	<2 ⁻¹⁶		[-.421,.421]	
Contrôle n°1 vs. Continuum	-.490(.317)	-1.522	.129	-.111	[-.734,.512]	
Contrôle n°1 vs. Rétablissement	.076(.314)	0.241	.809	.018	[-.600,.636]	
Contrôle n°1 vs. Dévoilement de soi	-.016(.313)	-.051	.959	-.004	[-.619,.612]	
						<i>F</i> (3,261) = 1.205 <i>p</i> value = .3085 Adjusted R ² = .002321
Modèle 6 : Régression des scores de similitudes perçues sur les conditions en utilisant le dummy coding						
(Intercept)	4.754(.228)	20.88	<2 ⁻¹⁶		[-.448,.448]	
Contrôle n°2 vs. Continuum	-.851(.326)	-2.611	.00957	-.197	[-.839,.444]	
Contrôle n°2 vs. Rétablissement	-.293(.323)	-.906	.36562	-.069	[-.705,.568]	
Contrôle n°2 vs. Dévoilement de soi	-.385(.322)	-1.195	.23331	-.091	[-.725,.543]	
						<i>F</i> (3,252) = 2.336 <i>p</i> value = .07431 Adjusted R ² = .01547

4.3. Effets des conditions sur la stigmatisation

Les résultats des régressions utilisant le *dummy coding* vérifiant les effets des différentes conditions sur les scores de stigmatisation sont disponibles dans le tableau 3. Concernant les scores de pessimisme (model 7 et 8), les conditions expérimentales ne diffèrent pas des conditions contrôles, exceptée la condition rétablissement qui montre un score de pessimisme plus faible dans la condition contrôle de base. Concernant les scores d'incompétence pour prendre des décisions concernant la santé (model 13 et 14), la condition exemples de rétablissements montre un score significativement plus faible que les deux conditions contrôles. Les autres conditions ne diffèrent pas des conditions contrôles. Concernant le score de différenciation entre soi et les personnes qui ont un diagnostic de schizophrénie, la condition exemples de rétablissements montre un score significativement plus faible que les deux conditions contrôles. Les autres conditions ne diffèrent pas des conditions contrôles. Concernant les scores de peur (model 17 et 18), les conditions expérimentales ne diffèrent pas des conditions contrôles, exceptée la condition continuum qui montre un score de peur plus important de la condition contrôle de base.

Concernant les scores de danger (model 9 et 10), d'incompétence au travail (model 11 et 12), d'anxiété (model 19 et 20), de responsabilité (model 15 et 16), de compassion (model 21 et 22) et de distance sociale (model 23 et 24), les conditions expérimentales ne diffèrent pas des conditions contrôles.

Tableau 3. Résultats des régressions utilisant le *dummy coding* sur les scores de stigmatisation

Predicteurs	<i>b</i> (<i>se</i>)	<i>t</i> value	<i>p</i> value	<i>beta</i>	<i>beta</i> 95% CI [LL,UL]	Cohen <i>d</i>	Fit
Modèle 7 : Régression des scores de pessimisme sur les conditions en utilisant le dummy coding							
(Intercept)	9.635(.335)	28.723	<2 ⁻¹⁶		[-.661,.661]		
Contrôle n°1 vs. Continuum	-.667(.497)	-1.343	.180	-.098	[-1.08,.881]	.24	
Contrôle n°1 vs. Rétablissement	.521(.493)	1.058	.291	.077	[-.893,.105]	.19	
Contrôle n°1 vs. Dévoilement de soi	-.220(.491)	-.448	.655	-.033	[-.999,.933]	.07	<i>F</i> (3,261) = 1.852 <i>p</i> value = .1382 Adjusted R ² = .0096
Modèle 8 : Régression des scores de pessimisme sur les conditions en utilisant le dummy coding							
(Intercept)	8.538(.380)	22.455	<2 ⁻¹⁶		[-.749,.749]		
Contrôle n°2 vs. Continuum	.429(.544)	.789	.431	.059	[-1.01,1.13]	.14	
Contrôle n°2 vs. Rétablissement	1.61(.540)	2.997	.003	.226	[-.837,1.29]	.52	
Contrôle n°2 vs. Dévoilement de soi	.877(.538)	1.631	.104	.123	[-.936,1.18]	.27	<i>F</i> (3,252) = 3.266 <i>p</i> value = .02197 Adjusted R ² = .02597
Modèle 9 : Régression des scores de danger sur les conditions en utilisant le dummy coding							
(Intercept)	10.08(.304)	33.176	<2 ⁻¹⁶		[-.598,.598]		
Contrôle n°1 vs. Continuum	-.597(.450)	-1.327	.186	-.097	[-.983,789]	.24	
Contrôle n°1 vs. Rétablissement	-.206(.446)	-.462	.645	-.034	[-.912,.845]	.08	
Contrôle n°1 vs. Dévoilement de soi	-.696(.444)	-1.567	.118	-.115	[-.990,.760]	.28	<i>F</i> (3,261) = 1.071 <i>p</i> value = .3619 Adjusted R ² = .00081
Modèle 10 : Régression des scores de danger sur les conditions en utilisant le dummy coding							
(Intercept)	9.831(.338)	29.072	<2 ⁻¹⁶		[-.666,.666]		
Contrôle n°2 vs. Continuum	-.347(.484)	-.717	.474	-.055	[-1.01,.899]	.13	
Contrôle n°2 vs. Rétablissement	.044(.480)	.092	.927	.007	[-.938,.953]	.02	
Contrôle n°2 vs. Dévoilement de soi	-.446(.478)	-.933	.352	-.072	[-1.01,.870]	.16	<i>F</i> (3,252) = .5223 <i>p</i> value = .6673 Adjusted R ² = -.00565
Modèle 11 : Régression des scores d'incompétence au travail sur les conditions en utilisant le dummy coding							
(Intercept)	9.176(.278)	32.990	<2 ⁻¹⁶		[-.548,.548]		
Contrôle n°1 vs. Continuum	-.192(.412)	-.466	.642	-.034	[-.845,.777]	.09	
Contrôle n°1 vs. Rétablissement	.215(.408)	.526	.599	.039	[-.766,.843]	.09	
Contrôle n°1 vs. Dévoilement de soi	-.006(.407)	-.016	.987	-.001	[-.802,.800]	.00	<i>F</i> (3,261) = .3047 <i>p</i> value = .822 Adjusted R ² = -.00797
Modèle 12 : Régression des scores d'incompétence au travail sur les conditions en utilisant le dummy coding							
(Intercept)	9.077(.312)	29.079	<2 ⁻¹⁶		[-.615,.615]		
Contrôle n°2 vs. Continuum	-.093(.447)	-.208	.835	-.016	[-.896,.864]	.04	
Contrôle n°2 vs. Rétablissement	.314(.443)	.708	.480	.054	[-.818,.927]	.12	
Contrôle n°2 vs. Dévoilement de soi	.092(.441)	.209	.835	.016	[-.853,.885]	.04	<i>F</i> (3,252) = .3041 <i>p</i> value = .8224 Adjusted R ² = -.00826
Modèle 13 : Régression des scores d'incompétence en santé sur les conditions en utilisant le dummy coding							
(Intercept)	8.149(.309)	26.404	<2 ⁻¹⁶		[-.608,.608]		
Contrôle n°1 vs. Continuum	-.407(.457)	-.890	.3744	-.0638	[-.964,.836]	.08	
Contrôle n°1 vs. Rétablissement	1.117(.453)	2.465	.0144	.1772	[-.715,1.07]	.44	
Contrôle n°1 vs. Dévoilement de soi	-.210(.451)	-.466	.6418	.0335	[-.922,.855]	.00	<i>F</i> (3,261) = 4.208 <i>p</i> value = .00627 Adjusted R ² = .0351

Tableau 3. Résultats des régressions utilisant le *dummy coding* sur les scores de stigmatisation

Predicteurs	<i>b</i> (<i>se</i>)	<i>t</i> value	<i>p</i> value	<i>beta</i>	<i>beta</i> 95% CI [LL,UL]	Cohen <i>d</i>	Fit
Modèle 14 : Régression des scores d'incompétence en santé sur les conditions en utilisant le <i>dummy coding</i>							
(Intercept)	8.246(.330)	24.958	<2 ⁻¹⁶		[-.651, .651]		
Contrôle n°2 vs. Continuum	-.504(.473)	-1.066	.2873	-.080	[-1.01, .852]	.04	
Contrôle n°2 vs. Rétablissement	1.02(.469)	2.173	.0307	.163	[-.761, 1.09]	.39	
Contrôle n°2 vs. Dévoilement de soi	-.308(.467)	-.658	.5108	-.049	[-.970, .871]	.04	
							<i>F</i> (3,252) = 4.118 <i>p</i> value = .0071 Adjusted R ² = .0354
Modèle 15 : Régression des scores de responsabilité sur les conditions en utilisant le <i>dummy coding</i>							
(Intercept)	10.45(.259)	40.455	<2 ⁻¹⁶		[-.509, .509]		
Contrôle n°1 vs. Continuum	-.395(.383)	-1.031	.303	-.075	[-.829, .679]	.16	
Contrôle n°1 vs. Rétablissement	.525(.380)	1.383	.168	.101	[-.647, .848]	.28	
Contrôle n°1 vs. Dévoilement de soi	-.029(.378)	-.076	.940	-.006	[-.750, .739]	.01	
							<i>F</i> (3,261) = 1.83 <i>p</i> value = .142 Adjusted R ² = .00934
Modèle 16 : Régression des scores de responsabilité sur les conditions en utilisant le <i>dummy coding</i>							
(Intercept)	10.78(.287)	37.543	<2 ⁻¹⁶		[-.566, .566]		
Contrôle n°2 vs. Continuum	-.720(.411)	-1.752	.0811	-.133	[-.942, .677]	.28	
Contrôle n°2 vs. Rétablissement	.200(.409)	.490	.6247	.037	[-.766, .840]	.09	
Contrôle n°2 vs. Dévoilement de soi	-.354(.406)	-.871	.3846	-.066	[-.866, .734]	.14	
							<i>F</i> (3,252) = 1.932 <i>p</i> value = .1249 Adjusted R ² = .01084
Modèle 17 : Régression des scores de distance sur les conditions en utilisant le <i>dummy coding</i>							
(Intercept)	1.492(.185)	8.048	2.97 ⁻¹⁴		[-.365, .365]		
Contrôle n°1 vs. Continuum	.434(.275)	1.581	.11516	.1125	[-.428, .653]	.24	
Contrôle n°1 vs. Rétablissement	-.723(.272)	-2.657	.00838	-.1895	[-.725, .346]	.48	
Contrôle n°1 vs. Dévoilement de soi	-.058(.271)	-.214	.83061	-.0153	[-.549, .518]	.04	
							<i>F</i> (3,261) = 5.682 <i>p</i> value = .000878 Adjusted R ² = .0505
Modèle 18 : Régression des scores de distance sur les conditions en utilisant le <i>dummy coding</i>							
(Intercept)	1.397(.191)	7.327	3.17 ⁻¹²		[-.375, .375]		
Contrôle n°2 vs. Continuum	.528(.273)	1.938	.0537	.144	[-.394, .681]	.31	
Contrôle n°2 vs. Rétablissement	-.628(.271)	-2.321	.0211	-.172	[-.705, .361]	.45	
Contrôle n°2 vs. Dévoilement de soi	.037(.270)	.137	.8912	.010	[-.521, .541]	.02	
							<i>F</i> (3,252) = 6.009 <i>p</i> value = .00057 Adjusted R ² = .05565
Modèle 19 : Régression des scores de peur sur les conditions en utilisant le <i>dummy coding</i>							
(Intercept)	2.095(.248)	8.433	2.32 ⁻¹⁵		[-.489, .489]		
Contrôle n°1 vs. Continuum	.663(.368)	1.804	.0725	.131	[-.593, .856]	.30	
Contrôle n°1 vs. Rétablissement	-.110(.365)	-.302	.7627	-.022	[-.740, .696]	.06	
Contrôle n°1 vs. Dévoilement de soi	.259(.363)	.714	.4760	.052	[-.663, .767]	.12	
							<i>F</i> (3,261) = 1.654 <i>p</i> value = .1775 Adjusted R ² = .00737
Modèle 20 : Régression des scores de peur sur les conditions en utilisant le <i>dummy coding</i>							
(Intercept)	1.846(.253)	7.293	3.93 ⁻¹²		[-.499, .499]		
Contrôle n°2 vs. Continuum	.912(.362)	2.517	.0125	.190	[-.523, .904]	.44	
Contrôle n°2 vs. Rétablissement	.138(.359)	.385	.7009	.029	[-.679, .737]	.08	
Contrôle n°2 vs. Dévoilement de soi	.508(.358)	1.418	.1574	.108	[-.598, .813]	.26	
							<i>F</i> (3,252) = 2.539 <i>p</i> value = .0571 Adjusted R ² = .01778

Tableau 3. Résultats des régressions utilisant le *dummy coding* sur les scores de stigmatisation

Predicteurs	<i>b</i> (<i>se</i>)	<i>t</i> value	<i>p</i> value	<i>beta</i>	<i>beta</i> 95% CI [LL,UL]	Cohen <i>d</i>	Fit
Modèle 21 : Régression des scores d'anxiété sur les conditions en utilisant le <i>dummy coding</i>							
(Intercept)	2.311(.268)	8.613	6.88 ⁻¹⁶		[-.528,.528]		
Contrôle n°1 vs. Continuum	.544(.397)	1.369	.172	.100	[-.683,.882]	.23	
Contrôle n°1 vs. Rétablissement	.017(.394)	.044	.965	.003	[-.772,.779]	.01	
Contrôle n°1 vs. Dévoilement de soi	.612(.392)	1.561	.120	.114	[-.658,.887]	.26	
							<i>F</i> (3,261) = 1.359 <i>p</i> value = .2558 Adjusted R ² = .0041
Modèle 22 : Régression des scores d'anxiété sur les conditions en utilisant le <i>dummy coding</i>							
(Intercept)	2.154(.282)	7.637	4.62 ⁻¹³		[-.555,.555]		
Contrôle n°2 vs. Continuum	.701(.404)	1.737	.0837	.132	[-.663,.927]	.29	
Contrôle n°2 vs. Rétablissement	.174(.400)	.435	.6637	.033	[-.755,.822]	.09	
Contrôle n°2 vs. Dévoilement de soi	.769(.399)	1.929	.0549	.147	[-.639,.932]	.35	
							<i>F</i> (3,252) = 1.813 <i>p</i> value = .1453 Adjusted R ² = .00947
Modèle 23 : Régression des scores de compassion sur les conditions en utilisant le <i>dummy coding</i>							
(Intercept)	8.676(.372)	23.343	<2 ⁻¹⁶		[-.732,.732]		
Contrôle n°1 vs. Continuum	-.031(.550)	-.055	.9558	-.004	[-1.09,1.08]	.01	
Contrôle n°1 vs. Rétablissement	.371(.546)	.680	.4970	.050	[-1.03,1.12]	.11	
Contrôle n°1 vs. Dévoilement de soi	1.063(.543)	1.955	.0516	.143	[-.927,1.21]	.34	
							<i>F</i> (3,264) = 1.666 <i>p</i> value = .1748 Adjusted R ² = .00751
Modèle 24 : Régression des scores de compassion sur les conditions en utilisant le <i>dummy coding</i>							
(Intercept)	9.000(.380)	23.663	<2 ⁻¹⁶		[-.749,.749]		
Contrôle n°2 vs. Continuum	-.355(.544)	-.652	.515	-.050	[-1.12,1.02]	.11	
Contrôle n°2 vs. Rétablissement	.047(.540)	.087	.931	.007	[-1.06,1.07]	.02	
Contrôle n°2 vs. Dévoilement de soi	.738(.538)	1.373	.171	.105	[-.955,1.16]	.26	
							<i>F</i> (3,252) = 1.422 <i>p</i> value = .2369 Adjusted R ² = .00494
Modèle 25 : Régression des scores de distance sociale sur les conditions en utilisant le <i>dummy coding</i>							
(Intercept)	12.14(.197)	61.692	<2 ⁻¹⁶		[-.388,.388]		
Contrôle n°1 vs. Continuum	-.005(.291)	-.016	.987	-.001	[-.575,.573]	.00	
Contrôle n°1 vs. Rétablissement	-.087(.289)	-.302	.763	-.022	[-.591,.547]	.05	
Contrôle n°1 vs. Dévoilement de soi	-.280(.288)	-.974	.331	-.072	[-.638,.495]	.17	
							<i>F</i> (3,261) = .396 <i>p</i> value = .756 Adjusted R ² = -.00691
Modèle 26 : Régression des scores de distance sociale sur les conditions en utilisant le <i>dummy coding</i>							
(Intercept)	11.80(.227)	51.975	<2 ⁻¹⁶		[-.447,.447]		
Contrôle n°2 vs. Continuum	.337(.325)	1.037	.301	.079	[-.561,.719]	.20	
Contrôle n°2 vs. Rétablissement	.255(.322)	.790	.430	.061	[-.574,.695]	.13	
Contrôle n°2 vs. Dévoilement de soi	.062(.321)	.192	.848	.015	[-.618,.647]	.03	
							<i>F</i> (3,252) = .4788 <i>p</i> value = <.6973 Adjusted R ² = -.00617

5. Discussion

L'objectif de cette étude était de tester expérimentalement des solutions pour réduire la stigmatisation chez les professionnels de santé mentale. Les solutions testées avaient pour but de

manipuler la similitude perçue grâce à des vidéos de 3 minutes sur l'approche en continuum, le dévoilement de soi et les exemples de rétablissement. Les effets de ces vidéos sur la stigmatisation de la schizophrénie étaient mesurés chez les professionnels de santé mentale.

La vidéo présentant des exemples de rétablissement a permis de réduire les croyances pessimistes quant au pronostic et les croyances d'incompétence lorsqu'il s'agit de prendre des décisions pour sa santé. Cependant, cette vidéo n'a pas entraîné de réduction significative dans les autres mesures de stigmatisation. De même, les autres vidéos (approche en continuum et dévoilement de soi n'ont pas entraîné d'effet significatif sur les mesures de stigmatisation. Ces résultats ne sont a priori pas cohérents avec les études ayant fondé nos hypothèses rapportant des associations de taille intermédiaire entre les croyances sur le continuum et la stigmatisation (Valery et al, soumis). Il était également attendu un effet plus important des exemples de rétablissement sur l'ensemble des mesures de stigmatisation, le témoignage étant décrit comme un élément clé de la lutte contre la stigmatisation (Corrigan & Penn, 1999; Knaak et al., 2014). La proximité théorique entre le dévoilement de soi et les similitudes perçues laissait également espérer un effet sur la stigmatisation (Hill et al., 2019, Valery et al, soumis).

L'hypothèse selon laquelle les conditions expérimentales ont un effet sur la mesure de similitudes perçues n'a pas été confirmée par les résultats. Cependant, la vidéo sur les exemples de rétablissement a réduit la tendance des participants à se différencier, se juger supérieurs aux personnes qui ont une schizophrénie sur les différentes mesures de croyances. En d'autres mots, si les participants n'ont pas perçu plus de similitudes avec les personnes ayant une schizophrénie, ils ont néanmoins rapporté moins de différences entre ces derniers et eux-mêmes sur les mesures du stéréotype. Ces résultats suggèrent qu'une mesure moins directe pour évaluer la similitude perçue peut rendre compte du phénomène et de son lien avec la stigmatisation.

Cette étude comporte plusieurs limites. Tout d'abord, les vérifications effectuées n'ont pas pu confirmer que les conditions expérimentales manipulaient les variables souhaitées. Cependant, l'effet plafond observé dans la mesure de croyances sur le rétablissement a limité la possibilité d'observer une variation sur cette mesure dans la condition rétablissement. Ensuite, le recrutement via les réseaux sociaux a pu favoriser le recrutement de participants sensibilisés au rétablissement et à la stigmatisation, ainsi que le recrutement de psychologues. Ces deux variables ayant été reliées à une moindre stigmatisation (Valery et al, soumis), il est probable que l'échantillon ne soit pas représentatif des soignants ayant le plus recours à des pratiques stigmatisantes. Il est en effet à noter que les groupes contrôles présentaient de très faibles niveaux de stigmatisation. Enfin, l'utilisation seule de vidéos pourrait ne pas être assez puissante pour réduire la stigmatisation. A titre d'exemple, les témoignages de rétablissement ont montré plus d'efficacité en face-à-face qu'en vidéo courte.

La vidéo sur le dévoilement de soi reste théorique et relativement superficielle, sans commune mesure avec la pratique de ce savoir-faire en réalité clinique.

6. Conclusion

Pour réduire la stigmatisation chez les professionnels de santé mentale, l'approche en continuum, les exemples de rétablissement ou encore le dévoilement de soi sont des solutions potentielles dont l'efficacité restent à démontrer plus avant. Les exemples de rétablissement réduisent cependant certaines croyances stéréotypées chez les professionnels de santé mentale. D'autres études contrôlées randomisées sont donc nécessaires. Celles-ci devraient s'attacher à opérationnaliser les différents leviers de manière concrète, en face-à-face, favorisant le contact plus que l'aspect informatif et éducatif.

- Andresen, R., Oades, L., & Caputi, P. (2003). The Experience of Recovery from Schizophrenia : Towards an Empirically Validated Stage Model. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 37(5), 586-594. <https://doi.org/10.1046/j.1440-1614.2003.01234.x>
- Bielenberg, J., Swisher, G., Lembke, A., & Haug, N. A. (2021). A systematic review of stigma interventions for providers who treat patients with substance use disorders. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 131, 108486. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2021.108486>
- Chamberlin, J. (1978). *On our own : Patient-controlled alternatives to the mental health system* (p. xvii, 236). McGraw-Hill.
- Corrigan, P. W., Morris, S. B., Michaels, P. J., Rafacz, J. D., & Rüsch, N. (2012). Challenging the Public Stigma of Mental Illness : A Meta-Analysis of Outcome Studies. *Psychiatric Services*, 63(10), 963-973. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201100529>
- Corrigan, P. W., & Penn, D. L. (1999). Lessons from social psychology on discrediting psychiatric stigma. *American Psychologist*, 54(9), 765-776. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.54.9.765>
- Crocq, M.-A., Guelfi, J. D., & American Psychiatric Association. (2016). *DSM-5 ® : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*.
- Deegan, P. E. (1988). Recovery : The Lived Experience of Rehabilitation. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 11.
- Dubreucq, J., & Franck, N. (2019). Neural and cognitive correlates of stigma and social rejection in individuals with Serious Mental Illness (SMI) : A systematic review of the literature. *Psychiatry Research*, 274, 146-158. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.02.023>
- First, M. B., Rebello, T. J., Keeley, J. W., Bhargava, R., Dai, Y., Kulygina, M., Matsumoto, C., Robles, R., Stona, A.-C., & Reed, G. M. (2018). Do mental health professionals use diagnostic classifications the way we think they do? A global survey. *World Psychiatry*, 17(2), 187-195. <https://doi.org/10.1002/wps.20525>
- Gerlinger, G., Hauser, M., De Hert, M., Lacluyse, K., Wampers, M., & Correll, C. U. (2013). Personal stigma in schizophrenia spectrum disorders : A systematic review of prevalence

- rates, correlates, impact and interventions. *World Psychiatry*, 12(2), 155-164. <https://doi.org/10.1002/wps.20040>
- Hill, C. E., Knox, S., & Pinto-Coelho, K. G. (2019). Self-disclosure and immediacy. In *Psychotherapy Relationships that Work: Volume 1: Evidence-Based Therapist Contributions*. Oxford University Press.
- Knaak, S., Modgill, G., & Patten, S. B. (2014). Key Ingredients of Anti-Stigma Programs for Health Care Providers: A Data Synthesis of Evaluative Studies. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 59(1_suppl), 19-26. <https://doi.org/10.1177/070674371405901S06>
- Leamy, M., Bird, V., Boutillier, C. L., Williams, J., & Slade, M. (2011). Conceptual framework for personal recovery in mental health: Systematic review and narrative synthesis. *British Journal of Psychiatry*, 199(6), 445-452. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.083733>
- Mussweiler, T. (2003). Comparison processes in social judgment: Mechanisms and consequences. *Psychological Review*, 110(3), 472-489. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.110.3.472>
- Nguyen, A., Frobert, L., Ismailaj, A., Monteiro, S., & Favrod, J. (2021). Qu'est-ce que les professionnels dévoilent d'eux-mêmes dans la relation thérapeutique avec les personnes atteintes de schizophrénie ? *Pratiques Psychologiques*. <https://doi.org/10.1016/j.prps.2021.03.001>
- Os, J. van, Linscott, R. J., Myin-Germeys, I., Delespaul, P., & Krabbendam, L. (2009). A systematic review and meta-analysis of the psychosis continuum: Evidence for a psychosis proneness–persistence–impairment model of psychotic disorder. *Psychological Medicine*, 39(2), 179-195. <https://doi.org/10.1017/S0033291708003814>
- Servais, L. M., & Saunders, S. M. (2007). Clinical psychologists' perceptions of persons with mental illness. *Professional Psychology: Research and Practice*, 38(2), 214-219. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.38.2.214>
- Thornicroft, G., Mehta, N., Clement, S., Evans-Lacko, S., Doherty, M., Rose, D., Koschorke, M., Shidhaye, R., O'Reilly, C., & Henderson, C. (2016). Evidence for effective interventions to reduce mental-health-related stigma and discrimination. *The Lancet*, 387(10023), 1123-1132. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00298-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00298-6)

VI.2.3. Commentaires

Cet article présentait une étude **contrôlée randomisée** dont l'objectif global était de tester des solutions potentielles pour réduire la stigmatisation de la schizophrénie chez les professionnels de santé mentale. Pour cela, l'approche en continuum, le dévoilement de soi et les exemples de rétablissement, étaient exposés aux participants via de courtes vidéos. **Les exemples de rétablissement ont permis de réduire certains stéréotypes** (croyances pessimistes et les croyances d'incompétence). Cependant, l'approche en continuum et le dévoilement de soi n'ont pas entraîné d'effet significatif sur la stigmatisation.

Cette étude comporte plusieurs limites qui ne nous permettent pas de conclure sur l'efficacité réelle de ces leviers pour réduire la stigmatisation. En effet, le contexte sanitaire a contraint à opérationnaliser ces leviers en vidéo de 3 minutes en ligne, et non en intervention en présentiel. **La transférabilité de ces résultats au sein d'une intervention reste donc limitée.**

La première phase du programme de recherche **STIGMA^{pro}** avait pour but d'approfondir les connaissances sur la stigmatisation de la schizophrénie chez les professionnels de santé mentale. Cette phase incluait une revue de la littérature, des enquêtes auprès des soignants en santé mentale, des usagers et des familles d'usagers ayant reçu un diagnostic de schizophrénie et une étude contrôlée randomisée. **Cette première phase permet donc d'apporter des éléments de preuve concernant des leviers anti-stigma pouvant être inclus dans la seconde phase qui a pour but de construire une intervention.**

VII.

Intervention visant à réduire la stigmatisation

« Une question cruciale dans ce contexte est : comment transformer les pratiques professionnelles pour qu'elles intègrent davantage les principes du rétablissement ? L'un des freins majeurs à cette transformation réside dans la stigmatisation de la maladie mentale. »

(Comité scientifique de STIGMA^{pro}, Rapport FIRAHI sur la stigmatisation des professionnels de santé mentale, 2021)

VII.1. Introduction

La deuxième phase du programme de recherche **STIGMA^{pro}** est une phase de recherche appliquée (cf. schéma du projet p.39), dont l'objectif est de développer une intervention anti-stigma, et d'en tester la viabilité. La pertinence des leviers anti-stigma dégagés dans la première phase est soutenue à 3 niveaux : par un niveau intermédiaire de preuve scientifique selon l'*evidence-based practice* (APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice, 2006) par les valeurs et préférences des usagers (ClubHouseBordeaux et Comité scientifique) et par l'expertise professionnelle de nombreux spécialistes de la stigmatisation (Comité scientifique). La création de l'intervention suit également les principes *evidence-based* établis par le programme depuis ses débuts : co-construction des travaux avec les usagers, leurs familles, les professionnels, les institutions et d'autres acteurs de la stigmatisation. Ainsi, le programme d'intervention présenté ci-après est une première version construite et validée par le Comité scientifique de **STIGMA^{pro}**.

Cette intervention s'adresse à tous professionnels de santé mentale qui travaillent auprès de personnes qui ont reçu un diagnostic de schizophrénie. Elle a pour **objectif global** de réduire la stigmatisation de la schizophrénie dans les pratiques en santé mentale. (i.e. **stéréotypes, préjugés** et comportements **discriminants**). L'intervention établit également un autre objectif pour les soignants participants : **la production d'un projet co-construit avec les usagers et familles**. La production de ce projet a pour but de réunir le soignant participant avec des usagers et des familles dans les meilleures conditions de contact : symétrie dans la relation, objectifs communs, coopération productive et soutien de l'institution. La forme du projet à réaliser est décidée par le participant. Il doit seulement être faisable dans le temps imparti et doit s'inspirer au mieux du contenu de l'intervention. Par exemple, le projet peut être la création d'une conférence, d'un outil clinique orienté-rétablissement, d'une enquête, d'un prospectus de sensibilisation etc.

Cette intervention s'organise autour de 6 séances à raison d'une séance toutes les deux semaines (demi-journée), parmi lesquelles quatre reprennent les principaux leviers anti-stigma dévoilés en première phase : sentiment d'utilité professionnelle, approche du rétablissement, approche du continuum et similitudes perçues (dévoilement de soi). Une séance est également consacrée à la prise de conscience de l'existence de la stigmatisation dans les pratiques en santé mentale, une stigmatisation qui s'opère malgré-soi et aux dépens de la qualité de vie au travail des soignants (voir II.5.). Concernant l'ordre des séances, la première est celle consacrée au sentiment d'utilité et la deuxième celle sur le rétablissement, jetant ainsi les bases théoriques de l'intervention. L'ordre des séances suivantes est décidé par les participants, selon leurs priorités. Ces séances s'organisent souvent en deux temps. Le premier temps est consacré au levier anti-stigma

(présentation du concept, échanges et discussions autour du concept, propositions concrètes pour transférer le concept dans les pratiques). Le deuxième temps est un temps de travail sur le projet, excepté pour la dernière séance qui est entièrement dévolue à la réalisation du projet. Enfin, des séances à distance sont prévues avec les participants pour pouvoir suivre le transfert du contenu de l'intervention dans les pratiques professionnelles. Les cibles de l'intervention et les séances sont illustrées dans la figure 19.

Les séances de l'intervention seront animées par deux facilitateurs issus de l'équipe de recherche de **STIGMA_{pro}**. Leur mission est de faciliter la compréhension des concepts, les échanges entre les participants, et les échanges avec les autres intervenants. En effet, à partir de la deuxième séance, des pairs-aidant professionnels, des usagers ou encore des familles seront conviés aux séances pour transmettre leurs savoirs professionnels ou expérientiels (i.e. savoirs issus du vécu personnel) et participer à la construction des projets. Dans le but de favoriser l'investissement des participants dans l'intervention, les facilitateurs encourageront les participants à choisir, contacter et inviter ces intervenants supplémentaires.

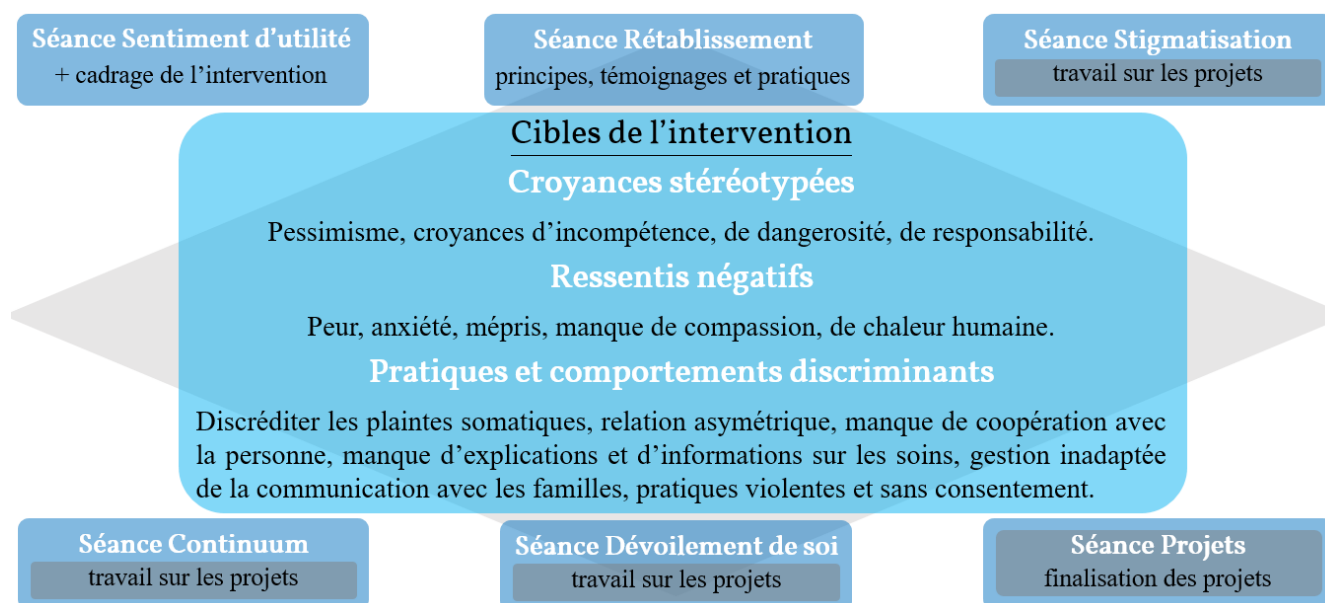


Figure 18. Intervention visant à réduire la stigmatisation de la schizophrénie dans les pratiques en santé mentale : cibles et séances

VII.2. Étude de viabilité préparatoire à un essai contrôlé randomisé

La deuxième phase du programme de recherche **STIGMA_{pro}** a pour but de construire une intervention réduisant la stigmatisation (voir partie précédente) et de tester **sa viabilité**. Le concept de viabilité (*viable validity*) explore la capacité d'une intervention à réussir dans le monde réel (Chen, 2010). L'étude de viabilité prépare les études subséquentes visant à tester l'efficacité de l'intervention. Une étude de viabilité maximise les feed-back des participants à propos de

l'intervention, permettant ainsi de pouvoir ajuster au mieux l'intervention. Elle permet également d'avoir recours à des *focus groups* en amont de l'intervention, dans le but de préparer l'implantation de l'intervention pilote dans les meilleures conditions. Ces *focus groups* en amont de l'intervention sont composés de participants dont l'expertise peut servir à prévenir d'éventuels défauts majeurs dans l'intervention. Dans le cadre de **STIGMA^{pro}**, un premier *focus group* se compose de membres du comité scientifique, un deuxième se compose d'usagers grâce au partenariat avec ClubHouseBordeaux, et un troisième se compose de professionnels de santé mentale extérieurs au programme de recherche. La viabilité s'intéresse principalement aux 5 dimensions suivantes : accessibilité, appropriabilité/faisabilité, utilité, évaluabilité et acceptabilité (Chen, 2010).

L'accessibilité désigne à la capacité de l'intervention à recruter et conserver des participants (Chen, 2010). En amont de l'intervention, les *focus groups* sont invités à apporter un regard critique sur le recrutement de l'étude pilote, sur les motivations de refus ou d'acceptation à participer à cette intervention, sur la possibilité des participants à s'investir dans l'intervention, ou encore sur les stratégies de communications envisagées pour réduire la résistance et éviter la mortalité de l'échantillon. Lors de l'intervention pilote, des données objectives sont recueillies telles que le taux de recrutement (i.e. nombres de professionnels participants / nombres de professionnels invités x 100) ou encore la mortalité de l'échantillon (i.e. nombre de personnes présentes à chacune des étapes de l'étude / nombre de personnes présentes à la première étape de l'étude x 100). Enfin, les séances de l'intervention permettent de questionner directement les participants sur les motivations de refus ou d'acceptation et l'adhésion à l'intervention.

L'appropriabilité et la faisabilité désignent à la capacité à déployer l'intervention par des praticiens ordinaires, dans des organisations ordinaires (Chen, 2010). En amont de l'intervention, les *focus groups* sont interrogés sur les obstacles et facilitateurs que pourrait rencontrer l'intervention lors de son implantation/déploiement dans divers contextes. La dernière séance de l'intervention permet d'interroger directement les participants sur ces dimensions.

L'utilité désigne à la capacité de l'intervention à résoudre le problème initial et à améliorer le bien-être global (Chen, 2010). En amont de l'intervention, les *focus groups* sont invités à évaluer la capacité de l'intervention à réduire la stigmatisation dans l'ensemble de ses dimensions (stéréotypes, préjugés, discrimination). Plus globalement, ces *focus groups* sont interrogés sur la capacité de l'intervention à améliorer l'accompagnement des personnes. La dernière séance et les séances à distances de l'intervention permettent de questionner directement les participants sur l'utilité de cette intervention pour réduire la stigmatisation et améliorer l'accompagnement des personnes. Ils sont également interrogés sur ce que l'intervention a changé dans leurs pratiques et quels ont été les éléments de l'intervention qui ont été les facteurs de ces changements.

L'évaluabilité désigne à la capacité de l'intervention à évaluer ses objectifs (Chen, 2010). Les premières séances de l'intervention et les séances à distance sont celles le plus concernées par le recueil de données ayant pour objectif d'évaluer l'intervention. À la fin de l'intervention, un point est fait pour vérifier que toutes les données ont pu être recueillies. Ce moment permet également de s'interroger sur les mesures à ajouter ou à enlever. De plus, les participants sont invités à donner leur avis sur les mesures dont ils ont fait l'objet.

L'acceptabilité désigne à la capacité de l'intervention à être acceptée par les participants et leur hiérarchie (Chen, 2010). Les séances à distances de l'intervention permettent de questionner directement les participants sur les éléments de l'intervention qui auraient pu les gêner ou encore sur les conflits qu'il peut exister entre les valeurs et pratiques discutées dans l'intervention et leur institution.

En outre, nous avons rajouté une évaluation de la transférabilité de l'intervention. Si la viabilité et la transférabilité sont des concepts très proches, la transférabilité s'intéresse à l'efficacité avec laquelle les effets d'une intervention dans un contexte donné peuvent être observés dans un autre contexte (Cambon et al., 2013). Pour évaluer ce point, la grille ASTAIRE (Cambon et al., 2013) sera remplie avant et après l'intervention, pour i) mesurer la transférabilité de l'intervention ; ii) accompagner au transfert de l'intervention ; iii) faciliter un report de données utiles à cette analyse par les chercheurs de l'intervention.

La figure 20 et les tableaux 3 et 4 reprennent la chronologie et les mesures utilisées dans l'étude de viabilité.

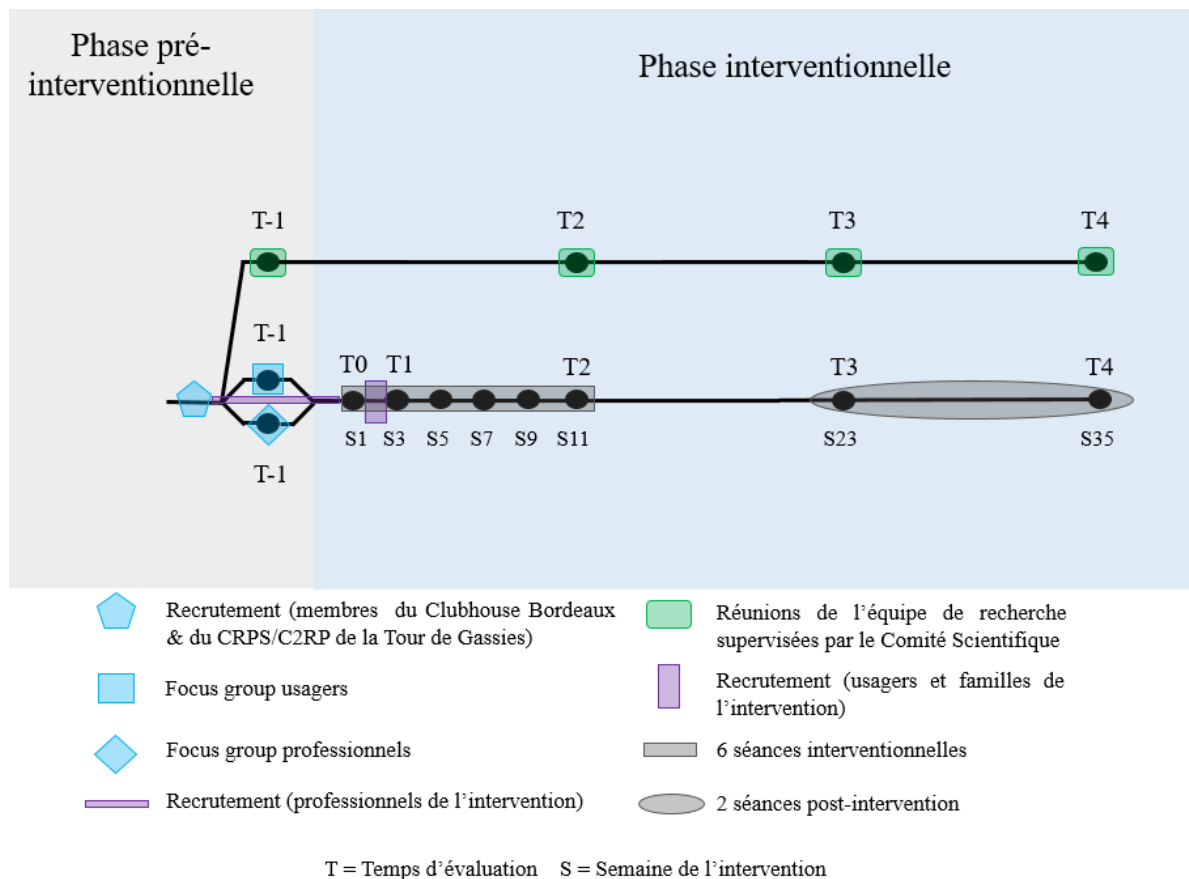


Figure 19. Chronologie et temps de mesure de l'intervention **STIGMA_{pro}**
 Note. Ce schéma a été réalisé par Sarah Guionnet, ingénieure d'étude sur le projet **STIGMA_{pro}**

Tableau 5. Variables à prendre en compte dans le protocole de viabilité de l'intervention pilote STIGMA^{pro} auprès des professionnels, usagers et familles

Variables	Définitions	Opérationnalisations	Temps de mesures*	Population concernée
Viabilité (Chen, 2010)				
Accessibilité (Affordability)	Capacité à recruter et à conserver les participants	<p><u>En amont de l'intervention :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Recrutement : Est-il possible de / Comment recruter/inviter des professionnels de santé mentale pour participer à l'intervention ? (Question ouverte + Question fermée - Échelle de faisabilité en 4 points**) Nombre de professionnels intéressés / nombre de professionnels démarchés x 100 Motivation des refus et des acceptations : Quelles pourraient être les raisons pour lesquelles les professionnels de santé mentale hésiteraient ou refuseraient de participer à l'intervention ? Exemples : injonction de la direction, financement par l'ARS, conduite de l'intervention par des universitaires et/ou médiateurs de santé-pair. (Question ouverte) Adhésion : Les professionnels de santé mentale pourraient-ils s'investir dans cette intervention ? (Question fermée - Échelle de faisabilité en 4 points**) Mortalité de l'échantillon : Est-il possible / Comment faire pour que les participants (professionnels, usagers, familles) réalisent l'ensemble des étapes de l'étude (intervention + mesures à distance) ? (Question ouverte + question fermée - Échelle de faisabilité en 4 points**) Conseils sur la présentation de l'intervention pour minimiser les résistances. (Questions ouvertes) 	T-1	Focus groups sur une demi-journée auprès de partenaires extérieurs.
		<p><u>Au début, à la fin et après l'intervention :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Taux de recrutement : Nombres de professionnels participants / nombres de professionnels invités x 100 (exemple : 89% des professionnels invités ont suivi l'intervention) 	T0	Professionnels de santé mentale

Tableau 5. Variables à prendre en compte dans le protocole de viabilité de l'intervention pilote **STIGMA_{pro}** auprès des professionnels, usagers et familles

Variables	Définitions	Opérationnalisations	Temps de mesures*	Population concernée
		<ul style="list-style-type: none"> Motivations des refus et des acceptations chez les participants : Quelles sont les raisons pour lesquelles vous avez accepté de participer ? Quelles sont les raisons pour lesquelles on pourrait hésiter ou refuser de participer ? (Questions ouvertes) Adhésion : (Question fermée) Dans cette intervention je me suis : très investi(e) / investi(e) / peu investi(e) / pas investi(e). Mortalité de l'échantillon : Nombre de personnes présentes à chacune des étapes de l'étude / Nombre de personnes présentes à la première étape de l'étude (Intervention)*100 	T0 T2 T0, T2, T3 et T4	Professionnels de santé mentale. Professionnel, usagers et familles des services de santé mentale. Professionnels de santé mentale.
Appropriabilité/ Faisabilité (Practicability / suitability)	Capacité à déployer l'intervention par des praticiens ordinaires, dans des organisations ordinaires	<p><u>En amont de l'intervention :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> En quoi, cette intervention vous paraît-elle difficile à implémenter, mettre en œuvre, déployer, dans diverses structures de santé mentale (exemples : temps, Investissement, etc.) ? (Question ouverte) <ul style="list-style-type: none"> Obstacle 1 : Quelles solutions ? (Question ouverte) Obstacle 2 : Quelles solutions ? (Question ouverte) Obstacle ... En quoi cette intervention vous paraît-elle facile à implémenter dans diverses structures de santé mentale ? (Question ouverte) <ul style="list-style-type: none"> Facilitateur 1 : Facilitateur 2 : Facilitateur Globalement, la mise en place de cette intervention dans diverses structures de santé mentale me paraît : (Question fermée (Échelle de faisabilité en 4 points**)) 	T-1	Focus groups sur une demi-journée auprès de partenaires extérieurs.

Tableau 5. Variables à prendre en compte dans le protocole de viabilité de l'intervention pilote STIGMA^{pro} auprès des professionnels, usagers et familles

Variables	Définitions	Opérationnalisations	Temps de mesures*	Population concernée
		<p><u>A la fin de l'intervention :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • En quoi cette intervention vous paraît-elle difficile à implémenter dans diverses structures de santé mentale (exemples : temps, Investissement, etc.) ? (Question ouverte) <ul style="list-style-type: none"> ○ Obstacle 1 : Quelles solutions ? (Question ouverte) ○ Obstacle 2 : Quelles solutions ? (Question ouverte) ○ Obstacle ... • En quoi cette intervention vous paraît-elle facile à implémenter dans diverses structures de santé mentale ? (Question ouverte) <ul style="list-style-type: none"> ○ Facilitateur 1 : ○ Facilitateur 2 : ○ Facilitateur ... • Globalement, la mise en place de cette intervention dans diverses structures de santé mentale me paraît : (Question fermée - Échelle de faisabilité en 4 points**) 	T2	Professionnels, usagers et familles des services de de santé mentale.
Utilité (Helpfulness)	Capacité à résoudre le problème initial et à améliorer le bien-être	<p><u>En amont de l'intervention :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Selon vous cette intervention pourrait-elle être utile pour : <ul style="list-style-type: none"> ○ diminuer les croyances stéréotypées des professionnels, les généralités à l'égard des personnes qui ont une schizophrénie (Question fermée : très utile / utile / peu utile / inutile) ○ diminuer les émotions négatives des professionnels (peur, anxiété, etc.) ressenties au contact des personnes qui ont une schizophrénie (Question fermée : très utile / utile / peu utile / inutile) ○ diminuer les comportements discriminants des professionnels envers les personnes qui ont une schizophrénie (Question fermée : très utile / utile / peu utile / inutile) 	T-1	Focus groups sur une demi-journée auprès de partenaires extérieurs.

Tableau 5. Variables à prendre en compte dans le protocole de viabilité de l'intervention pilote STIGMA^{pro} auprès des professionnels, usagers et familles

Variables	Définitions	Opérationnalisations	Temps de mesures*	Population concernée
		<ul style="list-style-type: none"> ○ Améliorer l'accompagnement des personnes qui ont reçu un diagnostic de schizophrénie ? (Question fermée : très utile / utile / peu utile / inutile) ○ Plus globalement, améliorer l'accompagnement de tous les usagers ? (Question fermée (très utile / utile / peu utile / inutile)) ● Sur quels autres points cette intervention pourrait-elle être utile ? Qu'est-ce que ça pourrait vous apporter ? Qu'est-ce que ça pourrait changer selon vous ? (Questions ouvertes) 		
		<p><u>A la fin et après l'intervention :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ● Selon vous cette intervention est-elle utile pour : <ul style="list-style-type: none"> ○ diminuer les croyances stéréotypées des professionnels, les généralités à l'égard des personnes qui ont une schizophrénie : (Question fermée : très utile / utile / peu utile / inutile) ○ diminuer les émotions négatives des professionnels (peur, anxiété, etc.) ressenties au contact des personnes qui ont une schizophrénie : (Question fermée : très utile / utile / peu utile / inutile) ○ diminuer les comportements discriminants des professionnels envers les personnes qui ont une schizophrénie : (Question fermée : très utile / utile / peu utile / inutile) ○ Améliorer l'accompagnement des personnes qui ont reçu un diagnostic de schizophrénie ? (Question fermée : très utile / utile / peu utile / inutile) ○ Plus globalement, améliorer l'accompagnement de tous les usagers ? (Question fermée : très utile / utile / peu utile / inutile) 	T2, T3 et T4	Professionnels, usagers et familles des services de santé mentale.

Tableau 5. Variables à prendre en compte dans le protocole de viabilité de l'intervention pilote **STIGMA_{pro}** auprès des professionnels, usagers et familles

Variables	Définitions	Opérationnalisations	Temps de mesures*	Population concernée
		<ul style="list-style-type: none"> Sur quels autres points cette intervention a-t-elle été utile ? Qu'est-ce que ça vous a apporté ? Qu'est-ce que ça a changé selon vous ? (Questions ouvertes) Selon vous qu'est ce qui a changé dans vos pratiques suite à l'intervention ? (Question ouverte) Selon vous quels sont les éléments de l'intervention qui ont été des facteurs de changements ? (Question ouverte) 	T2, T3 et T4	Professionnels de santé mentale.
Acceptabilité	Venir questionner la résistance à l'intervention critère fort de transférabilité	<p><u>Après l'intervention :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> De votre point de vue, y avait-il des choses gênantes ou des choses qui vous ont dérangé ? (Oui/Non : Question fermée) Si oui lesquelles ? (Question ouverte) Conseilleriez-vous cette intervention à un(e) collègue ? (Oui/Non : Question fermée) Les pratiques suggérées dans l'intervention vont-elles à l'encontre de vos valeurs professionnelles/personnelles ? (Oui/Non : Question fermée) Si oui, précisez quelles pratiques ? (Question ouverte) Les pratiques suggérées dans l'intervention vont-elles à l'encontre des valeurs de l'institution ou des services dans lesquels vous travaillez ? (Oui/Non : Question fermée) Si oui, précisez quelles pratiques ? (Question ouverte) N.B. : le vocabulaire de ces questions sera adapté aux usagers et familles. 	T3	Professionnels, usagers et familles des services de santé mentale.
<p><u>Éléments préliminaires d'efficacité</u></p> <p>N.B. : ces éléments vont être recueillis pour renseigner le critère « évaluabilité » du programme (cf. ci-dessus)</p>				
Stigmatisation	Réduire une personne à un attribut qui la discrédite profondément	<p><u>Au début, à la fin et après l'intervention :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> STIGMA_{pro} Scale : Échelles Visuelles Analogiques (EVA) et échelles de Likert en 7 points allant de « pas du tout d'accord » à « tout à fait d'accord ». 	T0, T2, T3 et T4	Professionnels de santé mentale.

Tableau 5. Variables à prendre en compte dans le protocole de viabilité de l'intervention pilote STIGMA_{pro} auprès des professionnels, usagers et familles

Variables	Définitions	Opérationnalisations	Temps de mesures*	Population concernée
philosophiques de par le caractère sensible qu'elles revêtent.		<p>N.B. : les EVA et échelles de Likert ont été créées et pré-testées au cours d'une expérience menée en 2020 (Valery, en rédaction).</p> <ul style="list-style-type: none"> Mesure implicite de la stigmatisation (Implicit Association Test : tâche informatisée) <p>N.B. : la mesure a été développée au cours des travaux doctoraux de T. Fournier et sa validité est en cours d'évaluation.</p>		
<p>Leviers de dé-stigmatisation</p> <p>Données considérées comme des convictions philosophiques de par le caractère sensible qu'elles revêtent.</p> <p>N.B. : ces leviers sont issus d'études préliminaires menées lors des travaux doctoraux de K.M. Valery.</p>		<p><u>Au début, à la fin et après l'intervention :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Similitudes perçues (Valery et al., soumis) Continuum beliefs (Valery et al., soumis) Self Disclosure beliefs (Valery et al., soumis) Recovery beliefs (Valery et al., soumis) Sentiment d'utilité (Valery et al., soumis) <p>Auto-questionnaires basés sur des échelles de Likert en 7 points allant de « pas du tout d'accord » à « tout à fait d'accord » ou de « jamais » à « systématiquement ». Ces auto-questionnaires ont été créés et pré-testés au cours d'une enquête récente (Valery et al., soumis).</p>	T0, T2, T3 et T4	Professionnels de santé mentale.
<u>Données socio-démographiques et de santé</u>				
<p>Age, Genre, Profession, Équipe d'origine, lien de parenté, diagnostic reçu</p>		<ul style="list-style-type: none"> Veillez indiquer votre âge, votre genre, votre profession et votre équipe d'origine (Questions ouvertes) 	T0 T1	<p>Professionnels de santé mentale</p> <p>Familles des services de santé mentale</p>

Tableau 5. Variables à prendre en compte dans le protocole de viabilité de l'intervention pilote STIGMA^{pro} auprès des professionnels, usagers et familles

Variables	Définitions	Opérationnalisations	Temps de mesures*	Population concernée
		<ul style="list-style-type: none"> • Veuillez indiquer votre âge, votre genre et le lien de parenté que vous avez avec la personne qui a reçu un diagnostic (Questions ouvertes) • Veuillez indiquer votre âge, votre genre et le diagnostic que vous avez reçu (Questions ouvertes) 	T1	Usagers des services de santé mentale

*N.B. 1 : Définition des temps de mesures : T-1 = avant l'intervention ; T0 = début de l'intervention ; T1 = pendant l'intervention ; T2 = fin d'intervention (*i.e.* dernière séance) ; T3 = après l'intervention (3 mois) ; T4 = après l'intervention (6 mois)

**N.B. 2 : échelle de faisabilité en 4 points (« totalement faisable » ; « faisable » ; « peu faisable » ; « infaisable »)

VII.3. Perspectives

L'intervention finale reprend les éléments de l'intervention pilote en y incorporant les modifications suggérées par l'étude de viabilité. Dans le but d'étudier les effets de cette intervention sur la stigmatisation dans les pratiques en santé mentale, la mise en place d'un essai randomisé contrôlé est à envisager. Permettant d'obtenir le meilleur niveau de preuve, l'essai contrôlé randomisé représente la méthode de référence pour évaluer l'efficacité d'une intervention (APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice, 2006). Cette méthode évalue l'efficacité d'une intervention grâce à une comparaison avec un groupe contrôle qui ne reçoit pas l'intervention ou en reçoit une autre. La randomisation distribue de manière aléatoire les participants dans les différents groupes et permet de garantir qu'il n'y a pas de différence significative entre les participants de chaque groupe en dehors de leur exposition à l'intervention, afin d'éliminer les facteurs de confusion potentiels. Cette randomisation peut connaître quelques obstacles. La randomisation individuelle suggère que les professionnels d'un même service soient distribués aléatoirement entre l'intervention **STIGMA_{pro}** et l'intervention contrôle (Zaugg et al., 2014). Or, le risque de contamination entre les groupes est important, deux collègues de groupes différents pouvant partager les contenus des interventions. La randomisation collective, ou en grappe, suggère que différents services soient répartis aléatoirement entre l'intervention **STIGMA_{pro}** et l'intervention contrôle. Ainsi, deux collègues d'un même service se retrouveraient forcément dans le même groupe, réduisant ainsi le risque de contamination. Cependant, la difficulté est de trouver des services équivalents en termes de stigmatisation et de contexte professionnel. En effet, au départ des interventions, le groupe contrôle ne doit pas se différencier du groupe recevant l'intervention.

DISCUSSION GENERALE ET CONCLUSION

VIII. Discussion

VIII.1. Synthèse des études

Ce travail doctoral s'est tenu dans le cadre du programme de recherche **STIGMA^{pro}**, un programme ayant pour objectif de créer une intervention réduisant la stigmatisation de la schizophrénie dans les pratiques en santé mentale. Les travaux présentés concernent la première phase du programme, centrée sur la recherche de facteurs associés à moins de stigmatisation, et les débuts de la deuxième phase, vouée à la création de l'intervention. Dans une approche evidence-based, centrée sur les solutions, l'objectif de cette thèse était **de produire des leviers anti-stigma spécifiques aux pratiques en santé mentale**.

Dans la première phase, 3 enquêtes ont eu pour but d'identifier précisément la stigmatisation dans les pratiques professionnelles et les facteurs associés. Une première enquête a été menée chez les **usagers et les familles d'usagers**. Elle avait pour objectif d'identifier les situations de stigmatisation vécues par les usagers ayant un diagnostic de schizophrénie et leurs familles dans les soins de santé mentale, ainsi que les facteurs associés à ces expériences. Les résultats ont fourni **15 situations concrètes de stigmatisation** dans les soins de santé mentale : les pratiques violentes, infantilisantes, manquant d'empathie, manquant de coopération avec la personne ou encore les croyances pessimistes sur le rétablissement. Ces situations devenaient des cibles pour les interventions anti-stigma. En outre, les résultats montrent que les pratiques orientées-rétablissement sont associées à moins de stigmatisation, alors que les mesures sans consentement sont associées à davantage de stigmatisation du point de vue des usagers et des familles.

Le point de vue des professionnels de santé mentale a également fait l'objet de plusieurs études. Une première étape a consisté en une revue systématique de la littérature, dont l'objectif était d'identifier les caractéristiques de la stigmatisation de la schizophrénie chez les professionnels de santé mentale et d'identifier des facteurs associés. Les résultats montrent que la schizophrénie est **l'une des maladies mentales les plus stigmatisées** par les professionnels, et ce d'autant plus en cas de comorbidité avec un trouble d'usage des substances. En outre, par rapport aux autres groupes sociaux (i.e. usagers, familles, autres professionnels), les professionnels de santé mentale ont systématiquement rapporté **moins de croyances en la dangerosité des personnes qui ont une schizophrénie et des croyances plus positives concernant le traitement pharmacologique**. Néanmoins, cette démarcation avec les autres groupes sociaux a été **moins claire en ce qui concerne le pessimisme du pronostic, le stéréotype d'incompétence et le désir de distance**

sociale. Enfin, de nombreux facteurs associés ont été relevés et ont pu faire l'objet de l'étude suivante.

Deux enquêtes chez les professionnels de santé mentale français ont ensuite été conduites, dont une faisait un focus sur le stéréotype d'incompétence. Le projet était, d'une part, de vérifier si les facteurs associés à la stigmatisation identifiés dans la revue de littérature se retrouvaient chez les soignants français et, d'autre part, de tester de nouveaux facteurs suggérés par le Comité scientifique. Les résultats concordent, pour la très grande majorité, avec ceux de la revue de littérature. Concernant les facteurs socio-démographiques et contextuels, les enquêtes viennent confirmer qu'ils ne sont pas significativement, ou très faiblement, associés à la stigmatisation des soignants. Les facteurs de croyances théoriques sont ceux ayant été le plus fortement associés à la stigmatisation, suivis de quelques facteurs professionnels individuels. Plusieurs solutions anti-stigma potentielles se dégagent de ces trois premières études : **les pratiques orientées-rétablissement, le sentiment d'utilité professionnelle, l'approche en continuum et enfin la similitude perçue entre le soignant et l'utilisateur.**

La première phase du programme a été clôturée sur une étude randomisée contrôlée ayant pour objectif global de tester expérimentalement l'efficacité de l'approche en continuum, des exemples de rétablissement et des similitudes perçues (i.e. dévoilement de soi), via de courtes vidéos, pour réduire la stigmatisation de la schizophrénie chez les professionnels de santé mentale. Les exemples de rétablissement ont ainsi permis de réduire les **croyances pessimistes sur le rétablissement** et les **croyances d'incompétence** lorsqu'il s'agit de prendre des décisions concernant sa santé. Cependant, aucun effet significatif n'a été mis en évidence sur les autres mesures de la stigmatisation et aucun effet significatif de l'approche en continuum ou du dévoilement de soi. Plusieurs limites identifiées au niveau de la manipulation expérimentale et du recrutement des participants fournissent des pistes pour des études subséquentes.

VIII.2. Perspectives

VIII.2.1. Perspectives de recherche

Les potentielles solutions anti-stigma issues des travaux de la première phase de **STIGMA_{pro}** sont soutenues par un **niveau de preuve intermédiaire**, ainsi que par les **valeurs et préférences des usagers** (ClubHouseBordeaux et Comité scientifique) et par **l'expertise des professionnels concernés par la stigmatisation** (comité scientifique). Des études randomisées contrôlées permettraient d'accéder à un niveau de preuve supérieur, attestant causalement de leur efficacité. Tirant les leçons de l'étude contrôlée randomisée menée lors de la première phase, ces

leviers devraient être testés spécifiquement (et non tous ensemble) et ils devraient s'opérationnaliser de la manière la plus concrète et pragmatique pour les professionnels de santé mentale.

À partir des résultats de la première phase, **une intervention réduisant la stigmatisation dans les pratiques en santé mentale** a été construite sous la supervision du Comité scientifique. Pour consolider cette intervention, une étude de viabilité est en cours, permettant l'étude de plusieurs dimensions associées au succès du déploiement de l'intervention dans le monde réel et à son efficacité. Une fois menée, cette étude de viabilité fournira les indications nécessaires pour aboutir à la version finale de l'intervention, qui pourra faire l'objet d'un essai contrôlé randomisé.

Un autre champ de la littérature semble très proche de celui de la recherche sur la stigmatisation dans les pratiques en santé mentale : **la relation thérapeutique**. Si aucune étude, à notre connaissance, n'a établi de lien entre les deux domaines, le dévoilement de soi est un concept issu du domaine de la relation thérapeutique et qui paraît être une opérationnalisation concrète des similitudes perçues verbalisées dans les échanges avec les personnes accompagnées (Hill et al., 2019; Nguyen et al., 2021). On peut faire l'hypothèse que de nombreux autres concepts de relation thérapeutique recèlent un potentiel pour réduire la stigmatisation (e.g. l'empathie, l'expression des émotions, la collaboration, l'authenticité ; pour revue voir Norcross & Lambert, 2019).

Également, on peut faire l'hypothèse que de nombreux **accompagnements orientés-rétablissement** recèlent ce potentiel de réduction de la stigmatisation : pair-aidance, directives anticipées ou encore certaines formes de psychoéducation. Par exemple, la pair-aidance, professionnelle ou non, nécessite que les professionnels de santé mentale perçoivent les personnes accompagnées comme des sources de savoirs (i.e. savoir expérientiel) et non plus seulement comme des personnes nécessitant un savoir (i.e. savoir professionnel). La reconnaissance de l'utilité de ce savoir expérientiel dans l'accompagnement de la personne place le soignant dans une relation moins asymétrique et favorise la collaboration (Franck & Cellard, 2020). Néanmoins, la stigmatisation présente dans certains services de santé mentale empêche la reconnaissance totale de l'utilité de la pair-aidance (Roelandt & Staedel, 2016). On peut faire l'hypothèse qu'une intervention comme celle de **STIGMA^{pro}** pourrait faciliter le déploiement des accompagnements orientés rétablissement comme la pair-aidance en réduisant les freins liés à la stigmatisation.

Enfin, le fonctionnement cognitif revêt une importance croissante dans les accompagnements, notamment en réhabilitation psychosociale (Franck, 2017). La remédiation cognitive est considérée comme un outil d'accompagnement intéressant pour les personnes qui ont un diagnostic de schizophrénie. Cependant, une récente méta-analyse pointe des axes d'amélioration nécessaire pour cet outil qui rapporte une efficacité avec une faible taille d'effet et un maintien des effets sur le long terme encore trop peu étudiés (Vita et al., 2021). On peut faire l'hypothèse que la

réduction de la stigmatisation chez les soignants, notamment des croyances d'incompétence et des croyances pessimistes serait un facteur permettant d'améliorer la taille d'effet de la remédiation cognitive. Pareillement, les bilans neuropsychologiques qui cherchent à mesurer les capacités cognitives des personnes accompagnées sont dépendants du contexte de la personne et de sa motivation. On peut faire l'hypothèse que la réduction de la stigmatisation mettrait les personnes évaluées dans de meilleures conditions pour révéler leurs capacités cognitives. Encore une fois, de nombreux concepts de relation thérapeutique pourraient être associés à la réduction de la stigmatisation dans l'objectif d'améliorer la mesure et l'entraînement des fonctions cognitives.

VIII.2.2. Perspectives cliniques

De nombreuses applications cliniques peuvent découler des résultats des études **STIGMA_{pro}**, à commencer par la sensibilisation des professionnels à la thématique de la stigmatisation, et les nécessaires changements qu'elle implique. Les résultats des travaux menés dans le cadre de ce doctorat offrent des leviers concrets pour déstigmatiser la pratique en santé mentale. Tout d'abord, l'approche en continuum vient bouleverser de nombreux fonctionnements institutionnels et sociétaux. Nos résultats suggèrent de **s'extraire des approches catégorielles, matérialisées par l'utilisation des diagnostics**. Les diagnostics sont formés par consensus d'experts mais finalement peu soutenus par des données empiriques et scientifiquement valides (van Os et al., 2009). Ils permettent de classer les personnes accompagnées en donnant l'illusion d'une meilleure compréhension de leur fonctionnement, mais c'est là leur plus grand défaut, puisque des généralités abusives sont associées à des individus en fonction de leur appartenance groupale. Cette catégorisation sociale, scientifiquement illégitime, est le fondement même de la stigmatisation, définie comme la réduction d'une personne à son appartenance groupale. Certaines recherches, traitements, ou accompagnements continuent à prendre le diagnostic comme point de départ et limitent donc leur efficacité en se heurtant à l'hétérogénéité des profils au sein d'un même diagnostic ou encore la difficile prise en compte des comorbidités (Monestès & Baeyens, 2016; Read et al., 2013; van Os & Kapur, 2009). Les approches en continuum offre une conceptualisation de la santé mentale centrée sur les processus psychologiques, voire les symptômes (van Os et al., 2009). Là où un accompagnement centré sur le diagnostic de schizophrénie propose une suite de modules d'intervention correspondant à l'ensemble des symptômes et fonctionnements que l'on peut retrouver dans la schizophrénie, un accompagnement centré sur les processus psychologiques individuels propose des modules spécifiques à la personne, excluant les modules qui ne la concerne pas parmi ceux correspondant pourtant au diagnostic, et incluant des modules qui la concerne et qui ne correspondent pas forcément au diagnostic (Monestès & Baeyens, 2016). L'approche en

continuum étant associée à moins de stigmatisation, on peut faire l'hypothèse qu'une intervention comme celle de **STIGMA^{pro}** facilitera ce changement de paradigme.

Les **pratiques orientées-rétablissement** représentent également un changement de paradigme nécessaire. Cette approche du rétablissement provient d'usagers, de familles et de professionnels s'étant soulevés contre les pratiques stigmatisantes (Chamberlin, 1990). Cette approche est soutenue par les données empiriques et scientifiquement validées (Leamy et al., 2011). Cette approche promeut le respect des droits de la personne en situation de handicap et *a fortiori* les droits de l'humain (Vigneault & Demers, 2019). Cette approche est associée à moins de stigmatisation dans les pratiques en santé mentale (Valery, Fournier, et al., submitted; Valery, Violeau, et al., submitted). On peut faire l'hypothèse qu'une intervention comme celle de **STIGMA^{pro}** facilitera ce changement de paradigme.

La **relation thérapeutique** semble être un concept très proche de la lutte contre la stigmatisation dans les pratiques en santé mentale. Nous avons déjà formulé l'hypothèse de l'influence de ces concepts sur la stigmatisation de soi (e.g. dévoilement de soi). Cependant, le contexte français semble aborder difficilement les recherches récentes sur ce sujet. En effet, le terme « alliance thérapeutique », issu de la psychanalyse et ne représentant qu'un seul des concepts de relation thérapeutique demeure fréquemment employé sur le terrain et dans la littérature française. Les auteurs cités restent les pionniers de la discipline comme Freud, Rogers ou Bordin et non les auteurs plus récents. Les résultats des récentes méta-analyses sur les concepts de relation thérapeutique se retrouvent très peu dans les publications françaises (Norcross & Lambert, 2019). Par exemple, les recherches francophones sur le dévoilement de soi sont très récentes au regard des recherches internationales (Nguyen et al., 2021). Les techniques les plus précises et les plus concrètes de relation thérapeutique restent à transférer dans les pratiques en santé mentale française, et nous faisons l'hypothèse qu'elles amélioreront les relations entre les soignants et les personnes accompagnées.

Enfin, **la santé au travail des soignants** est un point crucial pour comprendre le phénomène de stigmatisation dans les pratiques en santé mentale. Les professionnels de santé rapportant le moins de sentiment d'utilité sont ceux qui rapportaient le plus de stigmatisation (Valery, Violeau, et al., submitted). Certaines pratiques stigmatisantes usitées par les soignants ont des répercussions négatives sur eux (Krieger et al., 2021). Ils sont eux-mêmes la cible de croyances stigmatisantes (Verhaeghe & Bracke, 2012). La reconnexion du travail à des valeurs personnelles et professionnelles, l'amélioration des compétences en relation thérapeutique ou encore la substitution de pratiques stigmatisantes par des pratiques orientées-rétablissement sont des pistes dont on peut faire l'hypothèse qu'elles amélioreront la qualité de vie au travail des soignants.

IX. Conclusion

Les travaux initiaux ou princeps de Schulze ont rassemblé la littérature pour constituer un champ de recherche s'intéressant à la stigmatisation de la maladie mentale chez les professionnels de santé mentale. Tout d'abord, ces travaux leur reconnaissaient le rôle de **source de stigmatisation**. Ce travail doctoral s'est attaché à étudier cette stigmatisation, à créer des connaissances autour de ce phénomène, à faire travailler ensemble chercheurs, professionnels, usagers et familles pour trouver des solutions concrètes, issues du champ scientifique et de la pratique, face à ce problème. Ce travail doctoral a abouti au développement, dans une perspective d'evidence-based practice, d'une intervention visant à réduire la stigmatisation dans les pratiques des soignants, et, plus distalement, améliorer l'accompagnement des personnes mais aussi la qualité de vie au travail des soignants. Les travaux de Schulze reconnaissaient également les soignants en tant que **cibles de stigmatisation**, et de nombreux autres travaux ont décrit l'impact négatif des pratiques stigmatisantes sur la qualité de vie au travail. Enfin, et surtout, les travaux de Schulze soulignaient le **potentiel déstigmatisant** que détiennent ces professionnels. Le programme **STIGMA^{pro}** a été porté, entre autres, par des psychologues, psychiatres, ergothérapeutes et infirmiers qui ne se sont pas contentés d'être une partie du problème mais ont voulu également être une partie de la solution. En déployant l'intervention STIGMA^{pro}, ce programme déploie le potentiel déstigmatisant des soignants.

BIBLIOGRAPHIE

- Allport, G. W. (1954). *The nature of prejudice* (p. xviii, 537). Addison-Wesley.
- Amsalem, D., Hasson-Ohayon, I., Gothelf, D., & Roe, D. (2018). Subtle ways of stigmatization among professionals : The subjective experience of consumers and their family members. *Psychiatric Rehabilitation Journal, 41*(3), 163-168. <https://doi.org/10.1037/prj0000310>
- Andresen, R., Caputi, P., & Oades, L. (2006). Stages of Recovery Instrument : Development of a Measure of Recovery from Serious Mental Illness. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry, 40*(11-12), 972-980. <https://doi.org/10.1080/j.1440-1614.2006.01921.x>
- Andresen, R., Oades, L., & Caputi, P. (2003). The Experience of Recovery from Schizophrenia : Towards an Empirically Validated Stage Model. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry, 37*(5), 586-594. <https://doi.org/10.1046/j.1440-1614.2003.01234.x>
- Angermeyer, M. C., & Dietrich, S. (2006). Public beliefs about and attitudes towards people with mental illness : A review of population studies. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 113*(3), 163-179. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2005.00699.x>
- Anketell, C., Dorahy, M. J., Shannon, M., Elder, R., Hamilton, G., Corry, M., MacSherry, A., Curran, D., & O’Rawe, B. (2010). An Exploratory Analysis of Voice Hearing in Chronic PTSD : Potential Associated Mechanisms. *Journal of Trauma & Dissociation, 11*(1), 93-107. <https://doi.org/10.1080/15299730903143600>
- APA. (1987). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (3rd edn, revised). American Psychiatric Association.
- APA. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th edn). American Psychiatric Association.
- APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice. (2006). Evidence-based practice in psychology. *The American Psychologist, 61*(4), 271-285. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.61.4.271>
- Appelbaum, P. S., Robbins, P. C., & Roth, L. H. (1999). Dimensional Approach to Delusions : Comparison Across Types and Diagnoses. *American Journal of Psychiatry, 156*(12), 1938-1943. <https://doi.org/10.1176/ajp.156.12.1938>
- Barral, C. (2007). La Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé : Un nouveau regard pour les praticiens. *Contraste, N° 27*(2), 231-246.
- Baumeister, D., Sedgwick, O., Howes, O., & Peters, E. (2017). Auditory verbal hallucinations and continuum models of psychosis : A systematic review of the healthy voice-hearer literature. *Clinical Psychology Review, 51*, 125-141. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2016.10.010>
- Bentall, R. P., Rowse, G., Shryane, N., Kinderman, P., Howard, R., Blackwood, N., Moore, R., & Corcoran, R. (2009). The Cognitive and Affective Structure of Paranoid Delusions : A Transdiagnostic Investigation of Patients With Schizophrenia Spectrum Disorders and Depression. *Archives of General Psychiatry, 66*(3), 236-247. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2009.1>
- Bielenberg, J., Swisher, G., Lembke, A., & Haug, N. A. (2021). A systematic review of stigma interventions for providers who treat patients with substance use disorders. *Journal of Substance Abuse Treatment, 131*, 108486. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2021.108486>
- Bird, V., Leamy, M., Tew, J., Le Boutillier, C., Williams, J., & Slade, M. (2014). Fit for purpose? Validation of a conceptual framework for personal recovery with current mental health

- consumers. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 48(7), 644-653. <https://doi.org/10.1177/0004867413520046>
- Bortolato, B., Miskowiak, K. W., Köhler, C. A., Vieta, E., & Carvalho, A. F. (2015). Cognitive dysfunction in bipolar disorder and schizophrenia : A systematic review of meta-analyses. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 11, 3111-3125. <https://doi.org/10.2147/NDT.S76700>
- Bortolon, C., & Raffard, S. (2019). Les analyses par réseau : Vers une nouvelle conceptualisation et prise en charge des troubles mentaux ? *L'Encéphale*, 45(5), 433-440. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2019.06.001>
- Bos, A. E. R., Pryor, J. B., Reeder, G. D., & Stutterheim, S. E. (2013). Stigma : Advances in Theory and Research. *Basic and Applied Social Psychology*, 35(1), 1-9. <https://doi.org/10.1080/01973533.2012.746147>
- Brohan, E., Elgie, R., Sartorius, N., & Thornicroft, G. (2010). Self-stigma, empowerment and perceived discrimination among people with schizophrenia in 14 European countries : The GAMIAN-Europe study. *Schizophr. Res.*, 122, 232-238.
- Cailloux-Cohen, S., & Vigneault, L. (2000). *Aller-Retour au pays de la folie*. Les Editions de l'Homme.
- Caldwell, T. M., & Jorm, A. F. (2001). Mental health nurses' beliefs about likely outcomes for people with schizophrenia or depression : A comparison with the public and other healthcare professionals. *Australian & New Zealand Journal of Mental Health Nursing*, 10(1), 42-54. <https://doi.org/10.1046/j.1440-0979.2001.00190.x>
- Cambon, L., Minary, L., Ridde, V., & Alla, F. (2013). *ASTAIRE : Outil d'Analyse de la Transférabilité et d'accompagnement à l'Adaptation des InteRventions en promotion de la santé*. 11.
- Chamberlin, J. (1978). *On our own : Patient-controlled alternatives to the mental health system* (p. xvii, 236). McGraw-Hill.
- Chamberlin, J. (1990). The Ex-Patients' Movement : Where We've Been and Where We're Going. *The Journal of Mind and Behavior*, 11(3/4), 323-336.
- Chen, H. T. (2010). The bottom-up approach to integrative validity : A new perspective for program evaluation. *Evaluation and Program Planning*, 33(3), 205-214. <https://doi.org/10.1016/j.evalprogplan.2009.10.002>
- Chieze, M., Hurst, S., Kaiser, S., & Sentissi, O. (2019). Effects of Seclusion and Restraint in Adult Psychiatry : A Systematic Review. *Frontiers in Psychiatry*, 10. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00491>
- Cohen, P., & Cohen, J. (1984). The Clinician's Illusion. *Archives of General Psychiatry*, 41(12), 1178-1182. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1984.01790230064010>
- Corrigan, P. W., Druss, B. G., & Perlick, D. A. (2014). The Impact of Mental Illness Stigma on Seeking and Participating in Mental Health Care. *Psychological Science in the Public Interest*, 15(2), 37-70. <https://doi.org/10.1177/1529100614531398>
- Corrigan, P. W., Kerr, A., & Knudsen, L. (2005). The stigma of mental illness : Explanatory models and methods for change. *Applied and Preventive Psychology*, 11(3), 179-190. <https://doi.org/10.1016/j.appsy.2005.07.001>
- CORRIGAN, P. W., LARSON, J. E., & RÜSCH, N. (2009). Self-stigma and the "why try" effect : Impact on life goals and evidence-based practices. *World Psychiatry*, 8(2), 75-81.
- Corrigan, P. W., Morris, S. B., Michaels, P. J., Rafacz, J. D., & Rüsçh, N. (2012). Challenging the

- Public Stigma of Mental Illness: A Meta-Analysis of Outcome Studies. *Psychiatric Services*, 63(10), 963-973. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201100529>
- Corrigan, P. W., & Penn, D. L. (1999). Lessons from social psychology on discrediting psychiatric stigma. *American Psychologist*, 54(9), 765-776. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.54.9.765>
- Council, A. H. M. A. (2013). *A National framework for recovery-oriented mental health services : Policy and theory*. Australian Government Department of Health and Ageing. <https://www1.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/mental-pubs-n-recovpol>
- Crocq, M.-A., Guelfi, J. D., & American Psychiatric Association. (2016). *DSM-5 ® : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*.
- Crossley, N. (1998). R. D. Laing and the British anti-psychiatry movement: A socio-historical analysis. *Social Science & Medicine*, 47(7), 877-889. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(98\)00147-6](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(98)00147-6)
- Cuddy, A. J. C., Fiske, S. T., & Glick, P. (2007). The BIAS map: Behaviors from intergroup affect and stereotypes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 92(4), 631-648. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.92.4.631>
- Davidson, L., & McGlashan, T. H. (1997). The Varied Outcomes of Schizophrenia. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 42(1), 34-43. <https://doi.org/10.1177/070674379704200105>
- Deacon, B. J. (2013). The biomedical model of mental disorder: A critical analysis of its validity, utility, and effects on psychotherapy research. *Clinical Psychology Review*, 33(7), 846-861. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2012.09.007>
- Deegan, P. E. (1988). Recovery: The Lived Experience of Rehabilitation. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 11.
- de Jacq, K., Norful, A. A., & Larson, E. (2016). The variability of nursing attitudes toward mental illness: An integrative review. *Archives of Psychiatric Nursing*, 30(6), 788-796. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2016.07.004>
- Delaney, K. R. (2012). Moving to a Recovery Framework of Care: Focusing Attention on Process. *Archives of Psychiatric Nursing*, 26(2), 165-166. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2011.12.005>
- Demoulin, S., Leyens, J., Paladino, M., Rodriguez-Torres, R., Rodriguez-Perez, A., & Dovidio, J. (2004). Dimensions of “uniquely” and “non-uniquely” human emotions. *Cognition and Emotion*, 18(1), 71-96. <https://doi.org/10.1080/02699930244000444>
- Demoulin, S., Torres, R. R., Perez, A. R., Vaes, J., Paladino, M. P., Gaunt, R., Pozo, B. C., & Leyens, J.-P. (2004). Emotional prejudice can lead to infra-humanisation. *European Review of Social Psychology*, 15(1), 259-296. <https://doi.org/10.1080/10463280440000044>
- Diniz, E., Bernardes, S. F., & Castro, P. (2019). Self- and Other-Dehumanization Processes in Health-Related Contexts: A Critical Review of the Literature. *Review of General Psychology*, 23(4), 475-495. <https://doi.org/10.1177/1089268019880889>
- Dubreucq, J., Plasse, J., & Franck, N. (2021). Self-stigma in Serious Mental Illness: A Systematic Review of Frequency, Correlates, and Consequences. *Schizophrenia Bulletin*, sbaa181. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbaa181>
- Ebsworth, S. J., & Foster, J. L. H. (2017). Public perceptions of mental health professionals: Stigma by association? *Journal of Mental Health*, 26(5), 431-441. <https://doi.org/10.1080/09638237.2016.1207228>
- Ellason, J. W., & Ross, C. A. (1995). Positive and negative symptoms in dissociative identity

- disorder and schizophrenia : A comparative analysis. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 183(4), 236-241. <https://doi.org/10.1097/00005053-199504000-00009>
- Elvevag, B., & Goldberg, T. E. (2000). Cognitive Impairment in Schizophrenia Is the Core of the Disorder. *Critical Reviews™ in Neurobiology*, 14(1). <https://doi.org/10.1615/CritRevNeurobiol.v14.i1.10>
- Fabiano, F., & Haslam, N. (2020). Diagnostic inflation in the DSM : A meta-analysis of changes in the stringency of psychiatric diagnosis from DSM-III to DSM-5. *Clinical Psychology Review*, 80, 101889. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2020.101889>
- First, M. B., Rebell, T. J., Keeley, J. W., Bhargava, R., Dai, Y., Kulygina, M., Matsumoto, C., Robles, R., Stona, A.-C., & Reed, G. M. (2018). Do mental health professionals use diagnostic classifications the way we think they do? A global survey. *World Psychiatry*, 17(2), 187-195. <https://doi.org/10.1002/wps.20525>
- Fiske, S. (1998). Stereotyping, prejudice, and discrimination. In *The Handbook of Social Psychology* (p. 357-411). DT Gilbert, ST Fiske.
- Fiske, S. T. (2018). Stereotype Content : Warmth and Competence Endure. *Current Directions in Psychological Science*, 27(2), 67-73. <https://doi.org/10.1177/0963721417738825>
- Fiske, S. T., Cuddy, A. J. C., Glick, P., & Xu, J. (2002). A model of (often mixed) stereotype content : Competence and warmth respectively follow from perceived status and competition. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82(6), 878-902. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.82.6.878>
- Flannery, J. (2019). *Voices for Choices : Origins of the c/s/x movement*. MindFreedom International. <https://mindfreedom.org/kb/voices-for-choices/origins-of-the-c-s-x-movement-voices-for-choices/>
- Fleury, M.-J., Sabetti, J., Grenier, G., Bamvita, J.-M., Vallée, C., & Cao, Z. (2018). Work-related variables associated with perceptions of recovery-oriented care among Quebec mental health professionals. *BJPsych Open*, 4(6), 478-485. <https://doi.org/10.1192/bjo.2018.66>
- Fontesse, S., Demoulin, S., Stinglhamber, F., & Maurage, P. (2019). Dehumanization of psychiatric patients : Experimental and clinical implications in severe alcohol-use disorders. *Addictive Behaviors*, 89, 216-223. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2018.08.041>
- Franck, N. (2017). 1—Introduction. In N. Franck (Éd.), *Remédiation Cognitive (Deuxième Édition)* (p. 1-13). Elsevier Masson. <https://doi.org/10.1016/B978-2-294-75006-9.00001-X>
- Franck, N., & Cellard, C. (2020). Introduction. In N. Franck, C. Cellard, & P. Mariotti (Éds.), *Pair-Aidance en Santé Mentale* (p. 1-4). Elsevier Masson. <https://doi.org/10.1016/B978-2-294-77119-4.00023-7>
- Fritz, C. O., Morris, P. E., & Richler, J. J. (2012). Effect size estimates : Current use, calculations, and interpretation. *Journal of Experimental Psychology: General*, 141(1), 2-18. <https://doi.org/10.1037/a0024338>
- Gerlinger, G., Hauser, M., De Hert, M., Lacluyse, K., Wampers, M., & Correll, C. U. (2013). Personal stigma in schizophrenia spectrum disorders : A systematic review of prevalence rates, correlates, impact and interventions. *World Psychiatry*, 12(2), 155-164. <https://doi.org/10.1002/wps.20040>
- Glick, I. D., Sharfstein, S. S., & Schwartz, H. I. (2011). Inpatient psychiatric care in the 21st century : The need for reform. *Psychiatric Services (Washington, D.C.)*, 62(2), 206-209. https://doi.org/10.1176/ps.62.2.pss6202_0206
- Goffman, E. (1961). *Asylums : Essays on the soocial situatioon of mental patients and other*

inmates.

- Goffman, E. (1963). *Stigma : Notes on the management of spoiled identity.*
- Goulet, M.-H., Larue, C., & Dumais, A. (2017). Evaluation of seclusion and restraint reduction programs in mental health : A systematic review. *Aggression and Violent Behavior, 34*, 139-146. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2017.01.019>
- Gove, W. R. (1975). The Labelling Theory of Mental Illness : A Reply to Scheff. *American Sociological Review, 40*(2), 242-248. <https://doi.org/10.2307/2094348>
- Greacen, T. (2018). Le mouvement des usagers. In *Traité de Réhabilitation Psychosociale* (p. 137-144). Elsevier. <https://doi.org/10.1016/B978-2-294-75915-4.00016-5>
- Greacen, T. (2020). 3—Empowerment, entraide et pair-aidance. In N. Franck, C. Cellard, & P. Mariotti (Éds.), *Pair-Aidance en Santé Mentale* (p. 31-46). Elsevier Masson. <https://doi.org/10.1016/B978-2-294-77119-4.00003-1>
- Haque, O. S., & Waytz, A. (2012). Dehumanization in Medicine : Causes, Solutions, and Functions. *Perspectives on Psychological Science, 7*(2), 176-186. <https://doi.org/10.1177/1745691611429706>
- Harris, L. T., & Fiske, S. T. (2006). Dehumanizing the Lowest of the Low : Neuroimaging Responses to Extreme Out-Groups. *Psychological Science, 17*(10), 847-853. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9280.2006.01793.x>
- Haslam, N. (2006). Dehumanization : An Integrative Review. *Personality and Social Psychology Review, 10*(3), 252-264. https://doi.org/10.1207/s15327957pspr1003_4
- Haslam, N., Rothschild, L., & Ernst, D. (2000). Essentialist beliefs about social categories. *British Journal of Social Psychology, 39*(1), 113-127. <https://doi.org/10.1348/014466600164363>
- Hautgen, T. (2014). D'Hippocrate au DSM-5 : Vingt-cinq siècles de classifications psychiatriques. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique, 172*(8), 615-624. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2014.04.005>
- Hayward, P., & Bright, J. A. (1997). Stigma and mental illness : A review and critique. *Journal of Mental Health, 6*(4), 345-354. <https://doi.org/10.1080/09638239718671>
- Hazan, A. (2019). Vers un autre modèle de psychiatrie : Soigner mieux en enfermant moins. *Empan, n° 114*(2), 11-15.
- Hengartner, M. P., Loch, A. A., Lawson, F. L., Guarniero, F. B., Wang, Y.-P., Rössler, W., & Gattaz, W. F. (2012). Atitudes de profissionais de saúde mental em relação a indivíduos com esquizofrenia : Uma comparação transcultural entre Suíça e Brasil. *Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo), 39*(4), 115-121. <https://doi.org/10.1590/S0101-60832012000400001>
- Hill, C. E., Knox, S., & Pinto-Coelho, K. G. (2019). Self-disclosure and immediacy. In *Psychotherapy Relationships that Work : Volume 1 : Evidence-Based Therapist Contributions*. Oxford University Press.
- Hori, H., Richards, M., Kawamoto, Y., & Kunugi, H. (2011). Attitudes toward schizophrenia in the general population, psychiatric staff, physicians, and psychiatrists : A web-based survey in Japan. *Psychiatry Research, 186*(2-3), 183-189. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2010.08.019>
- Hornik-Lurie, T., Shalev, A., Haknazar, L., Epstein, P. G., Ziedenberg-Rehav, L., & Moran, G. S. (2018). Implementing recovery-oriented interventions with staff in a psychiatric hospital : A mixed-methods study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 25*(9-10), 569-581. <https://doi.org/10.1111/jpm.12502>

- Hsiao, C., Lu, H., & Tsai, Y. (2015). Factors influencing mental health nurses' attitudes towards people with mental illness. *International Journal of Mental Health Nursing*, 24(3), 272-280. <https://doi.org/10.1111/inm.12129>
- Jablensky, A., Sartorius, N., Ernberg, G., Anker, M., Korten, A., Cooper, J. E., Day, R., & Bertelsen, A. (1992). Schizophrenia : Manifestations, incidence and course in different cultures A World Health Organization Ten-Country Study. *Psychological Medicine Monograph Supplement*, 20, 1-97. <https://doi.org/10.1017/S0264180100000904>
- Jones, A. M. (2011). Disclosure of Mental Illness in the Workplace : A Literature Review. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 14(3), 212-229. <https://doi.org/10.1080/15487768.2011.598101>
- Kendler, K. S., McGuire, M., Gruenberg, A. M., & Walsh, D. (1995). Examining the validity of DSM-III—R schizoaffective disorder and its putative subtypes in the Roscommon Family Study. *The American Journal of Psychiatry*, 152(5), 755-764. <https://doi.org/10.1176/ajp.152.5.755>
- Kinderman, P., & Tai, S. (2007). Empirically Grounded Clinical Interventions Clinical Implications of a Psychological Model of Mental Disorder. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 35. <https://doi.org/10.1017/S1352465806003274>
- Knaak, S., Modgill, G., & Patten, S. B. (2014). Key Ingredients of Anti-Stigma Programs for Health Care Providers : A Data Synthesis of Evaluative Studies. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 59(1_suppl), 19-26. <https://doi.org/10.1177/070674371405901S06>
- Knaak, S., & Patten, S. (2016). A grounded theory model for reducing stigma in health professionals in Canada. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 134(S446), 53-62. <https://doi.org/10.1111/acps.12612>
- Knowles, R., McCarthy-Jones, S., & Rowse, G. (2011). Grandiose delusions : A review and theoretical integration of cognitive and affective perspectives. *Clinical Psychology Review*, 31(4), 684-696. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2011.02.009>
- Koenig, M. (2013). *Le rétablissement dans la schizophrénie : L'expérience des sujets au cœur d'un nouveau paradigme évolutif* [These de doctorat, Paris 8]. <http://www.theses.fr/2013PA083903>
- Koutra, K., Mavroeides, G., & Triliva, S. (2021). Mental Health Professionals' Attitudes Towards People with Severe Mental Illness : Are they Related to Professional Quality of Life? *Community Mental Health Journal*. <https://doi.org/10.1007/s10597-021-00874-x>
- Kraus, S. W., & Stein, C. H. (2013). Recovery-Oriented Services for Individuals with Mental Illness and Case Managers' Experience of Professional Burnout. *Community Mental Health Journal*, 49(1), 7-13. <https://doi.org/10.1007/s10597-012-9505-2>
- Krieger, E., Moritz, S., Lincoln, T. M., Fischer, R., & Nagel, M. (2021). Coercion in psychiatry : A cross-sectional study on staff views and emotions. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 28(2), 149-162. <https://doi.org/10.1111/jpm.12643>
- Laforcade, M. (2016). *RAPPORT RELATIF À LA SANTÉ MENTALE*. 190.
- Larkings, J. S., & Brown, P. M. (2018). Do biogenetic causal beliefs reduce mental illness stigma in people with mental illness and in mental health professionals? A systematic review. *International Journal of Mental Health Nursing*, 27(3), 928-941. <https://doi.org/10.1111/inm.12390>
- Larøi, F., Sommer, I. E., Blom, J. D., Fernyhough, C., ffytche, D. H., Hugdahl, K., Johns, L. C., McCarthy-Jones, S., Preti, A., Raballo, A., Slotema, C. W., Stephane, M., & Waters, F.

- (2012). The Characteristic Features of Auditory Verbal Hallucinations in Clinical and Nonclinical Groups : State-of-the-Art Overview and Future Directions. *Schizophrenia Bulletin*, 38(4), 724-733. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbs061>
- Larøi, F., & Van Der Linden, M. (2005). Nonclinical Participants' Reports of Hallucinatory Experiences. *Canadian Journal of Behavioural Science / Revue canadienne des sciences du comportement*, 37(1), 33-43. <https://doi.org/10.1037/h0087243>
- Le Boutillier, C., Leamy, M., Bird, V. J., Davidson, L., Williams, J., & Slade, M. (2011a). What does recovery mean in practice? A qualitative analysis of international recovery-oriented practice guidance. *Psychiatric Services*, 62(12), 1470-1476. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.001312011>
- Le Boutillier, C., Leamy, M., Bird, V. J., Davidson, L., Williams, J., & Slade, M. (2011b). What Does Recovery Mean in Practice? A Qualitative Analysis of International Recovery-Oriented Practice Guidance. *Psychiatric Services*, 62(12), 1470-1476. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.001312011>
- Leamy, M., Bird, V., Boutillier, C. L., Williams, J., & Slade, M. (2011). Conceptual framework for personal recovery in mental health : Systematic review and narrative synthesis. *British Journal of Psychiatry*, 199(6), 445-452. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.083733>
- Lecomte, T., Corbière, M., & Leclerc, C. (2014). Les interventions basées sur les résultats probants en réadaptation psychiatrique : Auxquelles accorder la priorité et pourquoi? *The Canadian Journal of Psychiatry*, 59(4), 196-202. <https://doi.org/10.1177/070674371405900404>
- LECOMTE/LECLERC. (2012). *MANUEL DE READAPTATION PSYCHIATRIQUE 2EME ED* (\$ {number}nd édition). PU QUEBEC.
- Leyens, J.-P., Demoulin, S., Vaes, J., Gaunt, R., & Paladino, M. P. (2007). Infra-humanization : The Wall of Group Differences: Infra-humanization. *Social Issues and Policy Review*, 1(1), 139-172. <https://doi.org/10.1111/j.1751-2409.2007.00006.x>
- Linden, M., & Kavanagh, R. (2012). Attitudes of qualified vs student mental health nurses towards an individual diagnosed with schizophrenia. *Journal of Advanced Nursing*, 68(6), 1359-1368. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2011.05848.x>
- Link, B. (1982). Mental Patient Status, Work, and Income : An Examination of the Effects of a Psychiatric Label. *American Sociological Review*, 47(2), 202-215. <https://doi.org/10.2307/2094963>
- Link, B. G. (1987). Understanding Labeling Effects in the Area of Mental Disorders : An Assessment of the Effects of Expectations of Rejection. *American Sociological Review*, 52(1), 96-112. <https://doi.org/10.2307/2095395>
- Link, B. G., & Phelan, J. C. (2001). Conceptualizing Stigma. *Annual Review of Sociology*, 27(1), 363-385. <https://doi.org/10.1146/annurev.soc.27.1.363>
- Link, B. G., & Phelan, J. C. (2013). Labeling and Stigma. In C. S. Aneshensel, J. C. Phelan, & A. Bierman (Éds.), *Handbook of the Sociology of Mental Health* (p. 525-541). Springer Netherlands. https://doi.org/10.1007/978-94-007-4276-5_25
- Link, B. G., Struening, E. L., Rahav, M., Phelan, J. C., & Nuttbrock, L. (1997). On Stigma and Its Consequences : Evidence from a Longitudinal Study of Men with Dual Diagnoses of Mental Illness and Substance Abuse. *Journal of Health and Social Behavior*, 38(2), 177. <https://doi.org/10.2307/2955424>
- Linscott, R. J., & Os, J. van. (2013). An updated and conservative systematic review and meta-analysis of epidemiological evidence on psychotic experiences in children and adults : On

the pathway from proneness to persistence to dimensional expression across mental disorders. *Psychological Medicine*, 43(6), 1133-1149. <https://doi.org/10.1017/S0033291712001626>

- Lloyd-Evans, B., Mayo-Wilson, E., Harrison, B., Istead, H., Brown, E., Pilling, S., Johnson, S., & Kendall, T. (2014). A systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials of peer support for people with severe mental illness. *BMC Psychiatry*, 14(1), 39. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-14-39>
- Lysaker, P. H., Tsai, J., Yanos, P., & Roe, D. (2008). Associations of multiple domains of self-esteem with four dimensions of stigma in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 98(1), 194-200. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2007.09.035>
- Lysaker, P. H., Vohs, J. L., & Tsai, J. (2009). Negative symptoms and concordant impairments in attention in schizophrenia : Associations with social functioning, hope, self-esteem and internalized stigma. *Schizophrenia Research*, 110(1), 165-172. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2009.01.015>
- Ma, Z. (2017). How the media cover mental illnesses : A review. *Health Education*, 117(1), 90-109. <https://doi.org/10.1108/HE-01-2016-0004>
- Magliano, L., De Rosa, C., Fiorillo, A., Malangone, C., Guarneri, M., Marasco, C., & Maj, M. (2004). Beliefs of psychiatric nurses about schizophrenia : A comparison with patients' relatives and psychiatrists. *International Journal of Social Psychiatry*, 50(4), 319-330. <https://doi.org/10.1177/0020764004046073>
- Magliano, L., Fiorillo, A., De Rosa, C., Malangone, C., & Maj, M. (2004). Beliefs About Schizophrenia in Italy : A Comparative Nationwide Survey of the General Public, Mental Health Professionals, and Patients' Relatives. *The Canadian Journal of Psychiatry / La Revue canadienne de psychiatrie*, 49(5), 323-331.
- Maj, M., Pirozzi, R., Formicola, A. M., Bartoli, L., & Bucci, P. (2000). Reliability and validity of the DSM-IV diagnostic category of schizoaffective disorder : Preliminary data. *Journal of Affective Disorders*, 57(1), 95-98. [https://doi.org/10.1016/S0165-0327\(99\)00059-2](https://doi.org/10.1016/S0165-0327(99)00059-2)
- Mestdagh, A., & Hansen, B. (2014). Stigma in patients with schizophrenia receiving community mental health care : A review of qualitative studies. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 49(1), 79-87. <https://doi.org/10.1007/s00127-013-0729-4>
- Monestès, J.-L., & Baeyens, C. (2016). *L'approche transdiagnostique en psychopathologie*. Dunod.
- Morin, L., & Franck, N. (2016). 1—Historique et fondamentaux. In N. Franck (Éd.), *Outils de la Réhabilitation en Psychiatrie* (p. 1-18). Elsevier Masson. <https://doi.org/10.1016/B978-2-294-74526-3.00001-2>
- Moritz, S., Silverstein, S. M., Beblo, T., Özaslan, Z., Zink, M., & Gallinat, J. (2021). Much of the Neurocognitive Impairment in Schizophrenia is Due to Factors Other Than Schizophrenia Itself: Implications for Research and Treatment. *Schizophrenia Bulletin Open*, 2(1). <https://doi.org/10.1093/schizbullopen/sgaa034>
- Mussweiler, T. (2003). Comparison processes in social judgment : Mechanisms and consequences. *Psychological Review*, 110(3), 472-489. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.110.3.472>
- Neuberg, S. L., Smith, D. M., Hoffman, J. C., & Russell, F. J. (1994). When We Observe Stigmatized and « Normal » Individuals Interacting : Stigma by Association. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 20(2), 196-209. <https://doi.org/10.1177/0146167294202007>
- Nguyen, A., Frobert, L., Ismailaj, A., Monteiro, S., & Favrod, J. (2021). Qu'est-ce que les

professionnels dévoilent d'eux-mêmes dans la relation thérapeutique avec les personnes atteintes de schizophrénie ? *Pratiques Psychologiques*.
<https://doi.org/10.1016/j.prps.2021.03.001>

- Niard, C., Siquin, M., Libert, A.-E., Gaudelus, B., & Chirio-Espitalier, M. (2020). 10—Comment intégrer la pair-aidance dans la pratique clinique ? In N. Franck, C. Cellard, & P. Mariotti (Éds.), *Pair-Aidance en Santé Mentale* (p. 119-132). Elsevier Masson. <https://doi.org/10.1016/B978-2-294-77119-4.00010-9>
- Norcross, J. C., & Lambert, M. J. (2019). *Psychotherapy Relationships that Work: Volume 1: Evidence-Based Therapist Contributions*. Oxford University Press.
- Nuechterlein, K. H., & Dawson, M. E. (1984). A Heuristic Vulnerability/Stress Model of Schizophrenic Episodes. *Schizophrenia Bulletin*, *10*(2), 300-312. <https://doi.org/10.1093/schbul/10.2.300>
- O'Connor, K., Neff, D. M., & Pitman, S. (2018). Burnout in mental health professionals : A systematic review and meta-analysis of prevalence and determinants. *European Psychiatry*, *53*, 74-99. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2018.06.003>
- Opotow, S. (1990). Moral Exclusion and Injustice : An Introduction. *Journal of Social Issues*, *46*(1), 1-20. <https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.1990.tb00268.x>
- Organisation Mondiale de la Santé (Éd.). (2001). *International classification of functioning, disability and health : ICF*. World Health Organization.
- Os, J. van, Linscott, R. J., Myin-Germeys, I., Delespaul, P., & Krabbendam, L. (2009). A systematic review and meta-analysis of the psychosis continuum : Evidence for a psychosis proneness–persistence–impairment model of psychotic disorder. *Psychological Medicine*, *39*(2), 179-195. <https://doi.org/10.1017/S0033291708003814>
- Osborn, L. A., & Stein, C. H. (2016). Mental Health Care Providers' Views of Their Work with Consumers and Their Reports of Recovery-Orientation, Job Satisfaction, and Personal Growth. *Community Mental Health Journal*, *52*(7), 757-766. <https://doi.org/10.1007/s10597-015-9927-8>
- Paluck, E. L., Green, S. A., & Green, D. P. (2019). The contact hypothesis re-evaluated. *Behavioural Public Policy*, *3*(2), 129-158. <https://doi.org/10.1017/bpp.2018.25>
- Pavon, G., & Vaes, J. (2017). Bio-genetic vs psycho-environmental conceptions of schizophrenia and their role in perceiving patients in human terms. *Psychosis: Psychological, Social and Integrative Approaches*, *9*(3), 245-253. <https://doi.org/10.1080/17522439.2017.1311359>
- Pearse, L. J., Dibben, C., Ziauddeen, H., Denman, C., & McKenna, P. J. (2014). A Study of Psychotic Symptoms in Borderline Personality Disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, *202*(5), 368-371. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000132>
- Peter, L.-J., Schindler, S., Sander, C., Schmidt, S., Muehlan, H., McLaren, T., Tomczyk, S., Speerforck, S., & Schomerus, G. (2021). Continuum beliefs and mental illness stigma : A systematic review and meta-analysis of correlation and intervention studies. *Psychological Medicine*, *51*(5), 716-726. <https://doi.org/10.1017/S0033291721000854>
- Pettigrew, T. F., & Tropp, L. R. (2006). A meta-analytic test of intergroup contact theory. *Journal of Personality and Social Psychology*, *90*(5), 751-783. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.90.5.751>
- Pomini, V., & Bonsack, C. (2018). Modèles théoriques du rétablissement. In *Traité de Réhabilitation Psychosociale* (p. 55-63). Elsevier. <https://doi.org/10.1016/B978-2-294-75915-4.00006-2>

- Prouteau, A., Bonilla-Guerrero, J., Cady, F., Destailats, J.-M., & Plane, M. (2018). Modèles du handicap et stratégies d'intervention : Vers la participation sociale et le rétablissement. In *Traité de Réhabilitation Psychosociale* (Elsevier Masson, p. 46-54). Elsevier Masson.
- Prouteau, A., Koleck, M., Belio, C., Dayre, E., Destailats, J.-M., Merceron, K., & Mazaux, J.-M. (2014). Mesurer le handicap psychique : Enjeux et méthodes. *L'information psychiatrique, Volume 90*(3), 191-195.
- Prouteau, A., Koleck, M., Belio, C., Saada, Y., Merceron, K., Dayre, E., Jean-MarcDestailats, Barral, C., & Mazaux, J.-M. (2012). Mesurer la participation et l'environnement dans le handicap psychique et cognitif : Validation préliminaire de la G-MAP. *Alter, 6*(4), 279-295. <https://doi.org/10.1016/j.alter.2012.08.002>
- Prouteau, A., & Larøi, F. (2019). « *Approche intégrative centrée sur la personne* » : Vers une nouvelle remédiation cognitive pour la schizophrénie.
- Read, J., Haslam, N., & Magliano, L. (2013). Prejudice, stigma and 'schizophrenia' : The role of bio-genetic ideology. In *Models of madness : Psychological, social and biological approaches to psychosis, 2nd ed* (p. 157-177). Routledge/Taylor & Francis Group.
- Reavley, N. J., Mackinnon, A. J., Morgan, A. J., & Jorm, A. F. (2014). Stigmatising attitudes towards people with mental disorders : A comparison of Australian health professionals with the general community. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 48*(5), 433-441. <https://doi.org/10.1177/0004867413500351>
- Repper, J., & Carter, T. (2011). A review of the literature on peer support in mental health services. *Journal of Mental Health, 20*(4), 392-411. <https://doi.org/10.3109/09638237.2011.583947>
- Roelandt, J.-L., & Staedel, B. (2016). *L'expérimentation des médiateurs de santé – pairs*. <http://www.cairn.info/l-experimentation-des-mediateurs-de-sante-pairs--9782704014729.htm>
- Roelandt, J.-L., Vaglio, A., Magnier, J., & Defromont, L. (2015). La santé mentale en France et dans le monde : « Des hommes, pas des murs ». *Pratiques en sante mentale, 61e année*(1), 47-58.
- Rothbart, M., & Taylor, M. (1992). Category labels and social reality : Do we view social categories as natural kinds? In *Language, interaction and social cognition* (p. 11-36). Sage Publications, Inc.
- Ryazanov, A. A., & Christenfeld, N. J. S. (2018). The strategic value of essentialism. *Social and Personality Psychology Compass, 12*(1), e12370. <https://doi.org/10.1111/spc3.12370>
- Sadler, M. S., Meagor, E. L., & Kaye, K. E. (2012). Stereotypes of mental disorders differ in competence and warmth. *Social Science & Medicine, 74*(6), 915-922. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.12.019>
- Saïas, T. (2009). Cadre et concepts-clés de la psychologie communautaire. *Pratiques Psychologiques, 15*(1), 7-16. <https://doi.org/10.1016/j.prps.2008.03.005>
- Sartorius, N., Shapiro, R., & Jablensky, A. (1974). The international pilot study of schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin, 1*(11), 21-34. <https://doi.org/10.1093/schbul/1.11.21>
- Scheff, T. J. (1966). *Being Mentally Ill : A Sociological Theory*.
- Schulze, B. (2007). Stigma and mental health professionals : A review of the evidence on an intricate relationship. *International Review of Psychiatry, 19*(2), 137-155. <https://doi.org/10.1080/09540260701278929>
- Schulze, B., & Angermeyer, M. C. (2003). Subjective experiences of stigma A focus group study of schizophrenic patients, their relatives and mental health professionals. *Social Science &*

Medicine, 56(2), 299-312. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(02\)00028-X](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(02)00028-X)

- Servais, L. M., & Saunders, S. M. (2007). Clinical psychologists' perceptions of persons with mental illness. *Professional Psychology: Research and Practice*, 38(2), 214-219. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.38.2.214>
- Sharac, J., McCrone, P., Clement, S., & Thornicroft, G. (2010). The economic impact of mental health stigma and discrimination: A systematic review. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 19(3), 223-232. <https://doi.org/10.1017/S1121189X00001159>
- Sharaf, A. Y., Ossman, L. H., & Lachine, O. A. (2012). A cross-sectional study of the relationships between illness insight, internalized stigma, and suicide risk in individuals with schizophrenia. *International Journal of Nursing Studies*, 49(12), 1512-1520. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.08.006>
- Shepherd, G., Boardman, J., & Slade, M. (2008). *Making recovery a reality*.
- Shi, Y., Shao, Y., Li, H., Wang, S., Ying, J., Zhang, M., Li, Y., Xing, Z., & Sun, J. (2019). Correlates of affiliate stigma among family caregivers of people with mental illness: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 26(1-2), 49-61. <https://doi.org/10.1111/jpm.12505>
- Sickel, A. E., Seacat, J. D., & Nabors, N. A. (2014). Mental health stigma update: A review of consequences. *Advances in Mental Health*, 12(3), 202-215. <https://doi.org/10.1080/18374905.2014.11081898>
- Smith, L. M., Johns, L. C., & Mitchell, R. L. C. (2017). Characterizing the experience of auditory verbal hallucinations and accompanying delusions in individuals with a diagnosis of bipolar disorder: A systematic review. *Bipolar Disorders*, 19(6), 417-433. <https://doi.org/10.1111/bdi.12520>
- Stuber, J. P., Rocha, A., Christian, A., & Link, B. G. (2014). Conceptions of mental illness: Attitudes of mental health professionals and the general public. *Psychiatric Services*, 65(4), 490-497. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201300136>
- Surís, A., Holliday, R., & North, C. S. (2016). The Evolution of the Classification of Psychiatric Disorders. *Behavioral Sciences*, 6(1), 5. <https://doi.org/10.3390/bs6010005>
- Szöke, A., Trandafir, A., Dupont, M.-E., Méary, A., Schürhoff, F., & Leboyer, M. (2008). Longitudinal studies of cognition in schizophrenia: Meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 192(4), 248-257. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.106.029009>
- Tajfel, H. (1981). *Human Groups and Social Categories: Studies in Social Psychology*. Cambridge University Press.
- Thibodeau, R., Shanks, L. N., & Smith, B. P. (2018). Do continuum beliefs reduce schizophrenia stigma? Effects of a laboratory intervention on behavioral and self-reported stigma. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 58, 29-35. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2017.08.002>
- Thornicroft, G., Mehta, N., Clement, S., Evans-Lacko, S., Doherty, M., Rose, D., Koschorke, M., Shidhaye, R., O'Reilly, C., & Henderson, C. (2016). Evidence for effective interventions to reduce mental-health-related stigma and discrimination. *The Lancet*, 387(10023), 1123-1132. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00298-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00298-6)
- Toh, W. L., Thomas, N., & Rossell, S. L. (2015). Auditory verbal hallucinations in bipolar disorder (BD) and major depressive disorder (MDD): A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 184, 18-28. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.05.040>
- United Nations (Éd.). (2014). *The Convention on the Rights of Persons with Disabilities: Training*

guide. United Nations.

- Uzerbyt, V., & Demoulin, S. (2019a). Chapitre 1. L'attachement au groupe. *Psycho en +*, 7-26.
- Uzerbyt, V., & Demoulin, S. (2019b). Chapitre 2. La perception et les représentations des groupes. *Psycho en +*, 27-47.
- Valery, K.-M., Fournier, T., Violeau, L., Guionnet, S., Bonilla-Guerrero, J., Caria, A., Carrier, A., Destailats, J.-M., Follenfant, A., Laberon, S., Lalbin-Wander, N., Martinez, E., Staedel, B., Touroude, R., Vigneault, L., & Prouteau, A. (submitted). *When mental health care is stigmatizing : Experience of users and families and associated factors*.
- Valery, K.-M., & Prouteau, A. (2020). Schizophrenia stigma in mental health professionals and associated factors : A systematic review. *Psychiatry Research*, 290, 113068. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113068>
- Valery, K.-M., Violeau, L., Fournier, T., Yvon, F., Arfeuille, S., Bonilla-Guerrero, J., Caria, A., Carrier, A., Destailats, J.-M., Follenfant, A., Laberon, S., Lalbin-Wander, N., Martinez, E., Staedel, B., Touroude, R., Vigneault, L., Roux, S., & Prouteau, A. (submitted). "Part of the solution yet part of the problem" Stigmatization in mental health professionals : Characteristics and associated factors.
- van Os, J., Gilvarry, C., Bale, R., van Horn, E., Tattan, T., White, I., & Murray, R. (2000). Diagnostic value of the DSM and ICD categories of psychosis : An evidence-based approach. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 35(7), 305-311. <https://doi.org/10.1007/s001270050243>
- van Os, J., & Kapur, S. (2009). Schizophrenia. *The Lancet*, 374(9690), 635-645. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)60995-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)60995-8)
- Verdoux, H., & van Os, J. (2002). Psychotic symptoms in non-clinical populations and the continuum of psychosis. *Schizophrenia Research*, 54(1), 59-65. [https://doi.org/10.1016/S0920-9964\(01\)00352-8](https://doi.org/10.1016/S0920-9964(01)00352-8)
- Verhaeghe, M., & Bracke, P. (2012). Associative Stigma among Mental Health Professionals : Implications for Professional and Service User Well-Being. *Journal of Health and Social Behavior*, 53(1), 17-32. <https://doi.org/10.1177/0022146512439453>
- Vigneault, L., & Demers, M.-F. (2019). *CAP SUR LE RÉTABLISSÉMENT - EXIGEZ L'EXCELLENCE DANS LES SOINS EN SANTÉ MENTALE* (Performance édition).
- Violeau Beaugendre, L. (2020). *Stigmatisation de soi dans la schizophrénie : Une série d'études en population générale et clinique* [These de doctorat, Bordeaux]. <http://www.theses.fr/2020BORD0165>
- Violeau, L., & Prouteau, A. (2019). *Troubles du spectre schizophrénique et fonctionnement cognitif* (p. 207-216).
- Violeau, L., Valery, K.-M., Fournier, T., & Prouteau, A. (2020). How continuum beliefs can reduce stigma of schizophrenia : The role of perceived similarities. *Schizophrenia Research*, 220, 46-53. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2020.04.014>
- Vita, A., Barlati, S., Ceraso, A., Nibbio, G., Ariu, C., Deste, G., & Wykes, T. (2021). Effectiveness, Core Elements, and Moderators of Response of Cognitive Remediation for Schizophrenia : A Systematic Review and Meta-analysis of Randomized Clinical Trials. *JAMA Psychiatry*, 78(8), 848-858. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2021.0620>
- Wahl, O., & Aroesty-Cohen, E. (2010). Attitudes of mental health professionals about mental illness : A review of the recent literature. *Journal of Community Psychology*, 38(1), 49-62. <https://doi.org/10.1002/jcop.20351>

- White, S., Foster, R., Marks, J., Morshead, R., Goldsmith, L., Barlow, S., Sin, J., & Gillard, S. (2020). The effectiveness of one-to-one peer support in mental health services : A systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry*, *20*(1), 534. <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02923-3>
- Wiesjahn, M., Jung, E., Kremser, J. D., Rief, W., & Lincoln, T. M. (2016). The potential of continuum versus biogenetic beliefs in reducing stigmatization against persons with schizophrenia : An experimental study. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, *50*, 231-237. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2015.09.007>
- Wittchen, H. U., Jacobi, F., Rehm, J., Gustavsson, A., Svensson, M., Jönsson, B., Olesen, J., Allgulander, C., Alonso, J., Faravelli, C., Fratiglioni, L., Jennum, P., Lieb, R., Maercker, A., van Os, J., Preisig, M., Salvador-Carulla, L., Simon, R., & Steinhausen, H.-C. (2011). The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *European Neuropsychopharmacology*, *21*(9), 655-679. <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2011.07.018>
- World Health Organization. (2013). *Mental health Action Plan 2013-2020*.
- World Health Organization. (2019). *Mental health, disability and human rights : WHO QualityRights core training-for all services and all people : Course guide*.
- Yanos, P. T., DeLuca, J. S., Salyers, M. P., Fischer, M. W., Song, J., & Caro, J. (2020). Cross-sectional and prospective correlates of associative stigma among mental health service providers. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, *43*(2), 85-90. <https://doi.org/10.1037/prj0000378>
- Yee, L., Korner, A. J., McSwiggan, S., Meares, R. A., & Stevenson, J. (2005). Persistent hallucinosis in borderline personality disorder. *Comprehensive Psychiatry*, *46*(2), 147-154. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2004.07.032>
- Young, G. (2013). Breaking Bad : DSM-5 Description, Criticisms, and Recommendations. *Psychological Injury and Law*, *6*(4), 345-348. <https://doi.org/10.1007/s12207-013-9181-8>
- Yzerbyt, V. (2018). The Dimensional Compensation Model. In A. E. Abele & B. Wojciszke (Éds.), *Agency and Communion in Social Psychology* (1^{re} éd., p. 126-141). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203703663-11>
- Yzerbyt, V., Rocher, S., & Schadron, G. (1997). Stereotypes as explanations : A subjective essentialistic view of group perception. In *The social psychology of stereotyping and group life* (p. 20-50). Blackwell Publishing.
- Zaninotto, L., Rossi, G., Danieli, A., Frasson, A., Meneghetti, L., Zordan, M., Tito, P., Salvetti, B., Conca, A., Ferranti, R., Salcuni, S., & Solmi, M. (2018). Exploring the relationships among personality traits, burnout dimensions and stigma in a sample of mental health professionals. *Psychiatry Research*, *264*, 327-333. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.03.076>
- Zubin, J., & Spring, B. (1977). Vulnerability : A new view of schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, *86*(2), 103-126. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.86.2.103>

ANNEXES

IX.1. Annexe 1 : Synthèse pédagogique de l'enquête **STIGMA***pro* chez les usagers et les familles

Points clés

- En France, le parcours de **soin** est source de **stigmatisation** selon les usagers.
- Le **manque d'information** et de **coopération** dans les décisions et l'**infantilisation** sont des **situations fréquentes de stigmatisation** dans le parcours de soin.
- Il existe des **situations peu fréquentes mais hautement stigmatisantes** (e.g. PeCD, P & V).
- Les usagers ayant reçu un diagnostic de **schizophrénie** sont **confrontés** à des **situations de stigmatisation très spécifiques** (i.e. dangerosité et pratiques violentes).
- Les **pratiques orientées** vers le **rétablissement** sont fortement associées aux parcours de soin **les moins stigmatisants**.

Nous contacter

 kevin-marc.valery@u-bordeaux.fr

 antoINETTE.prouTEAU@u-bordeaux.fr

Travaux de l'équipe

<https://labpsyr.u-bordeaux.fr/>

- Fournier, T. et ProuTEAU, A. (2020). *Les stéréotypes des différentes maladies mentales en France : enquête en population générale*. Document non publié. Université de Bordeaux.
- Valery, K.M. et ProuTEAU, A. (2020). Schizophrenia stigma in mental health professionals and associated factors : a systematic review. *Psychiatry research*. doi : [10.1016/j.psychres.2020.113068](https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113068)
- Yvon, F. et ProuTEAU, A. (2019). *Enquête sur les croyances autour de la schizophrénie en France*. Document non publié. Université de Bordeaux.

Références

- Meisnagel, A. et Hansen, B. (2014). Stigma in patients with schizophrenia receiving community mental health care : a review of qualitative studies. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 49(1), 79-87. doi : [10.1007/s00127-013-0729-4](https://doi.org/10.1007/s00127-013-0729-4)
- Schmitz, B. et Angermeyer, M.C. (2003). Subjective experiences of stigma. A focus group study of schizophrenic patients, their relatives and mental health professionals. *Social Sciences & Medicine*, 56(2), 299-312. doi : [10.1016/S0277-9536\(02\)00028-X](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(02)00028-X)
- Valery, K.M., les membres du **comité scientifique de STIGMA***pro* et ProuTEAU, A. (en rédaction). Schizophrenia stigmatization in mental health care : the subjective experience of users and families.

Remerciements

Plaquette réalisée en 2021 par Sarah Guionnet.

Membres du Clubhouse (Clubhouse Bordeaux),
Touroude, R., membres du comité scientifique du projet
STIGMA*pro*, Caiada, M., Dallagi, M., Felix, S., Fournier,
T., Hernandez-Comte, A., Violeau, L., & Yvon, F.



Contexte

Selon les personnes qui ont reçu un diagnostic de schizophrénie et leurs familles, les services de santé mentale (SSM) sont l'une des plus grandes sources de stigmatisation (Mestdagh et Hansen, 2014). 22% des situations stigmatisantes sont vécues auprès de ces services (Schulze et Angermeyer, 2003).

Dans le but de réduire la stigmatisation dans les pratiques en santé mentale, il est indispensable de connaître précisément ces situations en France.

Objectifs

- 1 Identifier les situations de stigmatisation dans le parcours de soin en santé mentale selon les personnes qui ont reçu un diagnostic de schizophrénie et les familles en France.
- 2 Identifier les facteurs associés à cette stigmatisation vécue lors du parcours de soin.

Méthode

Enquête en ligne auprès d'usagers des SSM ayant reçu un diagnostic de maladie mentale sévère, dont la schizophrénie, et les familles* de personnes ayant reçu un diagnostic de schizophrénie.

Enquête participative : co-construction du questionnaire avec des usagers (Clubhouse Bordeaux), puis diffusion via l'UNAFAM et les réseaux sociaux.

*interrogées sur le vécu de leurs proches.

1

Résultats

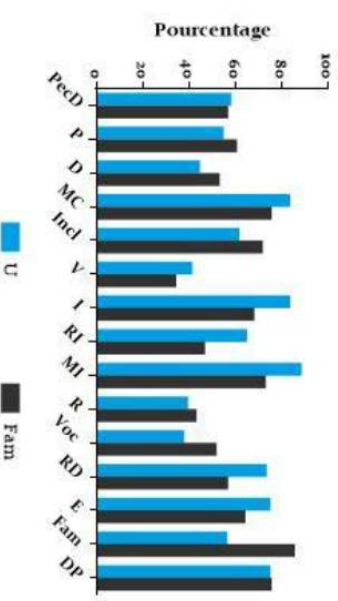
- 1 Situations de stigmatisation dans le parcours de soin :

Sigle	Situation	Classement	
		U	Fam
PecD	Je ne me suis pas senti(e) pris(e) au sérieux par les professionnels lorsque j'avais une plainte somatique	1	2
P	J'ai eu l'impression que les professionnels ne croyaient pas que je pouvais me rétablir	2	1
D	J'ai senti que les professionnels croyaient que j'étais un danger pour les autres	3	10
MC	J'ai participé aux décisions concernant mon traitement	4	9
Incl	Les professionnels n'étaient pas attentifs à mon inclusion dans la société	5	3
V	Je considère avoir été victime de pratiques violentes physiquement	6	6
I	Je me suis senti(e) infantilisé(e)	7	4
RI	Je ne me suis pas senti respecté(e) dans mon intimité et ma pudeur	8	13
MI	J'ai manqué d'informations et d'explications durant mon parcours de soin	9	5
R	Les professionnels de santé mentale pensaient que je ne faisais pas beaucoup d'effort pour m'en sortir	10	11
Voc	Le vocabulaire (jargon) des professionnels compliquait le parcours de soin	11	14
RD	Les services de soin que j'ai connus ne m'ont pas informé(e) sur mes droits	12	7
E	J'ai senti peu de compassion de la part des professionnels de santé mentale	13	8
Fam	Les professionnels n'ont pas bien géré leur communication avec mes proches	14	12
DP	J'ai du trop souvent RI-raconter mon histoire	15	15

Tableau 1. Classement des situations de la plus à la moins stigmatisante selon les 59 usagers (U) et 80 familles (Fam).

- Selon les participants, les situations les plus stigmatisantes, dans le parcours de soin, sont la situation PecD (prise en compte des plaintes somatiques) et P (pessimisme du pronostic).

2



Graphique 1. Fréquence des situations potentiellement stigmatisantes vécues selon les U et Fam.

- Les 3 situations de stigmatisation les plus fréquentes (rapportées par plus de 80% des usagers et plus de 67% des familles) sont : MC, MI et I.
- △ Il existe des situations moins fréquentes mais hautement stigmatisantes (e.g. PecD, P & V).
- 2 Facteurs associés à la stigmatisation lors du parcours de soin :

- Parmi les usagers ayant répondu à l'enquête, ceux qui ont reçu un diagnostic de schizophrénie sont plus particulièrement confrontés aux situations D (dangerosité) et V (pratiques violentes).
- Les pratiques orientées vers le rétablissement et une bonne communication avec les familles sont associées à moins de stigmatisation.
- Les pratiques violentes (e.g. contention, isolement) sont associées à plus de stigmatisation.

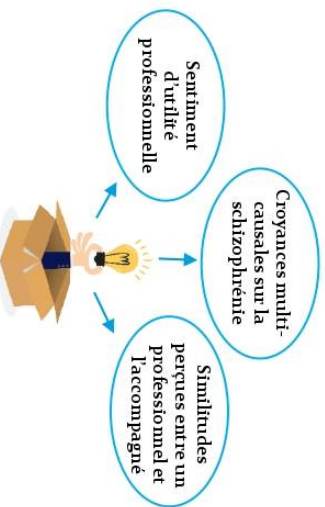
3

IX.2. Annexe 2 : Synthèse pédagogique de la revue de littérature STIGMA^{pro}

Points clés



- Quels sont les **outils** pour **déstigmatiser** les **pratiques** en santé mentale ?
Plusieurs facteurs issus de la revue internationale constituent des **pistes intéressantes** :



Limite : ces résultats sont issus d'études essentiellement anglo-saxonnes. Une enquête spécifique au contexte français est en cours.

Nous contacter

- ✉ kevin-marc.valery@u-bordeaux.fr
- ✉ antoINETTE.prouTEAU@u-bordeaux.fr

Travaux de l'équipe

- ✉ <https://labpsy.u-bordeaux.fr/>
- Fournier, T. et ProuTEAU, A. (2020). *Les stéréotypes des différentes maladies mentales en France : enquête en population générale*. Document non publié. Université de Bordeaux.
- Valery, K.M. et ProuTEAU, A. (2021). *Stigmatisation de la schizophrénie lors du parcours de soin : une enquête chez les usagers et familles*. Document non publié. Université de Bordeaux.
- Yvon, F. et ProuTEAU, A. (2019). *Enquête sur les croyances autour de la schizophrénie en France*. Document non publié. Université de Bordeaux.

Source

Valery, K.M. et ProuTEAU, A. (2020). Schizophrenia stigma in mental health professionals and associated factors : a systematic review. *Psychiatri research*. doi : [10.1016/j.psychres.2020.113068](https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113068)

Références

- Brohan, E., Elgie, R., Sartorius, N. et Thornicroft, G. (2010). Self-stigma, empowerment and perceived discrimination among people with schizophrenia in 14 European countries : the GAMIAN-Europe Study. *Schizophrenia Res*, 122, 232-238.
- MeisdagH, A. et Hansen, B. (2014). Stigma in patients with schizophrenia receiving community mental health care : a review of qualitative studies. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 49(1), 79-87. doi : [10.1007/s00127-013-0729-4](https://doi.org/10.1007/s00127-013-0729-4)
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D.G. et PRISMA Group. (2009). Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses : the PRISMA statement. *Annals of Internal Medicine*, 151(4), 264-269. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-151-4-200908180-0035>
- Schilze, B. et Angemeyer, M.C. (2009). Subjective experiences of stigma. A focus group study of schizophrenic patients, their relatives and mental health professionals. *Social Sciences & Medicine*, 56(2), 299-312. doi : [10.1016/S0277-9536\(02\)00028-X](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(02)00028-X)
- Une enquête en France : Valery, K.M., Violéau, L., Fournier, T., Yvon, F., Arfaillere, S., Bonilla-Guerrero, J., Carta, A., Garter, A., Destalants, J.M., Follenfant, A., Laberon, S., Lalbin-Wander, N., Martinez, E., Saedel, B., Touroude, R., Vigneault, L., Roux, S. et ProuTEAU, A. (soumis). *Factors of schizophrenia stigmatisation in mental health professionals : results from the STIGMAPRO survey*.

Remerciements

Plaquette réalisée en 2021 par Sarah Guionnet.
Caïda, M., Dallaqi, M., Felix, S., Fournier, T., Hernandez-Conte, A., Violéau, L., & Yvon, F.



Laboratoire
de psychologie
Université
de BORDEAUX

STIGMA^{pro}

Stigmatisation de la
schizophrénie chez
les professionnels en
santé mentale :
revue de la littérature
internationale

Programme de recherche
« STIGMA »

Pr. A. ProuTEAU

Revue menée dans le cadre du **travail doctoral** de K-
M. Valery : Valery, K.M. et ProuTEAU, A. (2020).

Contexte

Plus de 40% des personnes qui souffrent d'une schizophrénie se sentent grandement stigmatisées et expérimentent cette stigmatisation comme une « seconde maladie » (Brohan et al., 2010 ; Schulze et Angermeyer, 2003). Selon elles, les services de santé, y compris ceux de santé mentale, sont une des grandes sources de stigmatisation (Mestdagh et Hansen, 2014).

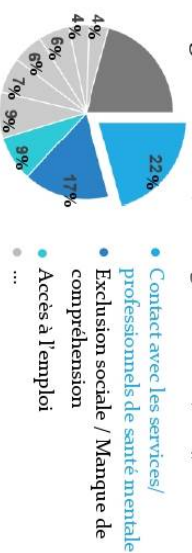


Figure 1. Situations de stigmatisation rapportées par les usagers et familles (tirée de Schulze et Angermeyer, 2003).

Objectifs

Une revue systématique de la littérature internationale a été menée pour :

- 1 Caractériser la stigmatisation de la schizophrénie chez les professionnels de santé mentale.
- 2 Identifier les facteurs associés à cette stigmatisation.

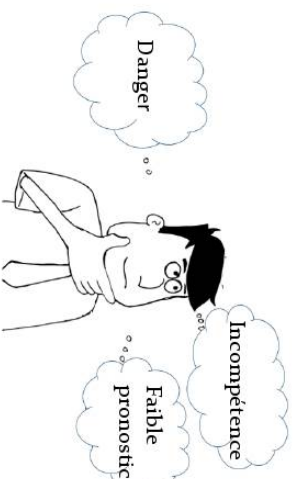
Méthode

Revue selon les recommandations PRISMA (Moher et al., 2009).
38 études retenues représentant un total de 10 926 professionnels de santé mentale (*i.e.* 4526 psychiatres, 2620 psychologues, 3705 infirmier(e)s) de 14 pays différents (e.g. Suisse, Etats-Unis, Australie).

1

Principaux résultats

- 1 Stigmatisation de la schizophrénie chez les professionnels de santé mentale :
 - La schizophrénie est une des maladies mentales les plus stigmatisées chez les professionnels.
 - Elle l'est d'autant plus lorsqu'elle est associée à un diagnostic de troubles de l'usage de substances.
 - Les professionnels rapportent des croyances stigmatisantes de **dangerosité**, d'**incompétence**, de **faible pronostic** (pessimisme) et un **désir de distance sociale** envers les personnes qui souffrent d'une schizophrénie.



- Cependant, les professionnels rapportent moins de croyances stigmatisantes que la population générale, que d'autres professionnels de santé ou que les personnes qui souffrent elles-mêmes d'une schizophrénie.

2

- 2 Quels sont les facteurs associés à la stigmatisation chez les professionnels ?

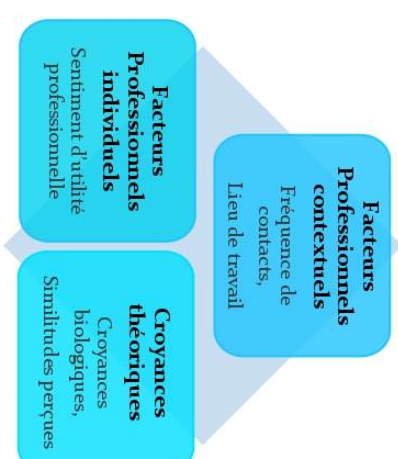


Figure 2. Facteurs associés à la stigmatisation chez les professionnels de santé mentale.

- Facteur associé à plus de stigmatisation :
 - Avoir une vision uniquement biologique de la schizophrénie plutôt qu'une vision multi-causale (*i.e.* bio-psycho-sociale).
 - Facteurs associés à moins de stigmatisation :
 - Travailler dans des milieux ouverts et non des unités fermées.
 - Percevoir des similitudes entre soi et les personnes qui souffrent d'une schizophrénie (*i.e.* similitudes perçues).
 - Se sentir utile dans son travail (*i.e.* sentiment d'utilité professionnelle).
- NB : L'âge, l'expérience professionnelle, le type de profession et le niveau d'étude n'ont pas de liens clairs avec la stigmatisation.

3

IX.3. Annexe 3 : Rapport sur la revue **STIGMA***pro*, publié par
l'International Foundation of Applied Disability Research (FIRAH)

Stigmatisation chez les professionnels de la santé mentale et facteurs associés

Revue de littérature

Le présent document a été réalisé dans le cadre de la recherche appliquée « **Résister au stigma dans le handicap psychique : un programme co-produit par les personnes souffrant de schizophrénie, leurs familles et les professionnels** » menée par le Laboratoire de Psychologie EA 41 39 de l'Université de Bordeaux. Ce travail a été réalisé par Pr. Antoinette Prouteau et Kévin-Marc Valery.

L'objectif de cette revue de littérature est de rendre compte des connaissances actuelles en recherche appliquée sur les questions des variables associées à la stigmatisation de la schizophrénie chez les professionnels de santé mentale. Elle a abouti à la sélection de recherches pertinentes au regard de la thématique, chacune classées au moyen d'un ensemble de critères prédéterminés. Parmi ces recherches, 3 ont été sélectionnées comme particulièrement pertinentes et intéressantes au regard de leur capacité à être applicables, particulièrement pour les personnes handicapées et les organisations qui les représentent.

La sélection des recherches a été réalisée en fonction des points suivants, qui précisent ce que la FIRAH entend par les termes de recherche appliquée sur le handicap :

- C'est d'abord un travail de recherche proprement dit, obéissant à ses règles de méthode et de rigueur, permettant la mise en œuvre d'une démarche scientifique, impliquant des équipes d'un ou plusieurs chercheurs ou enseignants-chercheurs dont la recherche est l'une des missions statutaires.
- La recherche appliquée est différente de la recherche fondamentale. Son objectif est d'accroître la participation sociale et l'autonomie des personnes handicapées. Elle ne vise pas seulement la production de savoirs théoriques, mais également la résolution de problèmes pratiques en lien avec les besoins et les préoccupations des personnes handicapées et de leurs familles. La collaboration entre les personnes handicapées et leurs familles, les professionnels et les chercheurs est donc une donnée fondamentale dans la réalisation de ce type de recherche.
- En ce sens, ce type de recherche est destiné à produire des résultats directement applicables. En plus des publications classiques (articles, rapports de recherches), les recherches appliquées sont destinées à produire d'autres publications, appelées « supports d'applications », qui peuvent prendre différentes formes : développement de bonnes pratiques, guides méthodologiques, supports de formation, etc., et sont destinées à différents acteurs (personnes handicapées, professionnels, institutions).

Ce travail ne vise pas l'exhaustivité mais l'identification de résultats et de connaissances produits par des travaux de recherche pouvant être utiles aux acteurs de terrain pour améliorer la qualité de vie et la participation sociale des personnes handicapées.

Chaque titre de la bibliographie commentée contient un lien donnant accès à la recherche (en accès libre ou payant), et chacune des fiches de lecture contient un lien renvoyant vers la notice de la base documentaire de la FIRAH.



FIRAH – 2021

[Attribution – Pas d'utilisation commerciale – Pas de modifications](#)

Sommaire

Edito	5
Synthèse des connaissances	6
Introduction	6
Une revue systématique de la littérature	7
Les professionnels de santé mentale en comparaison aux autres groupes sociaux.....	7
Les facteurs socio-démographiques.....	8
Les facteurs professionnels contextuels.....	9
Les facteurs professionnels individuels	9
Les croyances théoriques	10
Synthèse	12
Fiches de lecture.....	14
Fiche 1. Schizophrenia stigma in mental health professionals and associated factors: A systematic review	15
Fiche 2. A grounded theory model for reducing stigma in health professionals in Canada	17
Fiche 3. Stigma in patients with schizophrenia receiving community mental health care: a review of qualitative studies.....	19
Bibliographie	21

La feuille de route Santé mentale et psychiatrie (Comité stratégique de la santé mentale et de la psychiatrie, 28 juin 2018, p3) rappelle que les troubles psychiques sévères et persistants comme la schizophrénie, combinés à la stigmatisation, ont des effets extrêmement délétères sur l'inclusion sociale des personnes. L'innovation pour transformer notre système de santé en réaffirmant la place des citoyens est un des 4 axes de la stratégie nationale de santé. La psychiatrie française est donc aujourd'hui en pleine mutation. D'une prise en charge biomédicale centrée sur la maladie et les symptômes, elle a évolué vers une vision plus sociale des enjeux de la santé mentale : celle du **handicap psychique**. L'inscription dans la communauté est devenue une cible thérapeutique prioritaire, comme en témoigne la multiplication des centres de réhabilitations et de réinsertion socio-professionnelle (Duprez, 2008). Ces premières évolutions ont favorisé l'émergence d'un nouveau principe dans les pratiques psychiatriques : le **rétablissement** (« recovery »), centré sur « le devenir de la personne » (Pachoud, 2014, p258). Il s'agit d'un tournant paradigmatique majeur : la personne n'est plus un « patient », sujet d'une « prise en charge », c'est un « collaborateur », acteur décisif de son parcours de soin et de ses projets. Cependant, la matérialisation de ces principes en pratique de soin et d'accompagnement reste à développer.

Une question cruciale dans ce contexte est : *comment transformer les pratiques professionnelles pour qu'elles intègrent davantage les principes du rétablissement ?* L'un des freins majeurs à cette transformation réside dans la **stigmatisation** de la maladie mentale. Définie comme le fait de réduire une personne à un attribut discréditant (Goffman, 1963), la stigmatisation représente un enjeu mondial de santé publique selon le Plan d'Action pour la Santé Mentale 2013-2020 de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS, 2013) et plus récemment en France avec le rapport Laforcade (2016, p21, p78), ou selon les instructions de la DGOS relatives aux projets territoriaux de santé mentale (5 juin 2018). Elle a un impact négatif sur la santé mentale des personnes et de leur famille. Les **professionnels** de santé mentale sont au cœur de cette problématique, notamment parce ce qu'ils sont eux-mêmes une source de stigmatisation : 22% des situations de stigmatisation rapportées par les personnes ayant une schizophrénie et leurs familles sont vécues « lors de contacts avec les professionnels de santé mentale », contre 17% de situations d'interaction avec des inconnus, ou encore 9 % de situation en rapport avec l'emploi (Schulze, 2007, p138).

Synthèse des connaissances

Introduction

Aujourd'hui, le fardeau de la stigmatisation de la maladie mentale est tel que la plupart des organisations ont appelé à agir pour combattre cette « seconde maladie » (*WHO / Mental health action plan 2013 - 2020*, s. d.). Les conséquences négatives de la stigmatisation ont été décrites sur les symptômes et l'estime de soi (Lysaker et al., 2008, 2009), la qualité de vie, l'autonomisation, la recherche et l'adhésion aux soins de santé mentale (Corrigan et al., 2014; Gerlinger et al., 2013) et le suicide, même après la fin de la maladie (Sharaf et al., 2012). Ces répercussions sont nombreuses et dommageables pour les individus mais aussi pour leurs familles, le système de soins de santé et la société (Link et al., 1997; Wittchen et al., 2011). Les recherches menées sur la stigmatisation ont montré que, parmi les maladies mentales, la schizophrénie est associée à l'une des pires représentations (par exemple l'incompétence, l'imprévisibilité et la dangerosité) dans la population générale (Angermeyer & Dietrich, 2006) et chez les professionnels (Valery & Prouteau, 2020).

Depuis le travail de Goffman (1963), la stigmatisation a été conceptualisée en trois dimensions : (i) les stéréotypes sont des croyances à propos d'une personne en fonction de son appartenance à un groupe (ici, « je crois que cette personne est dangereuse parce qu'elle appartient au groupe social des schizophrènes »), (ii) les préjugés sont des attitudes et des composantes affectives envers une personne en fonction de son appartenance à un groupe (ici, « je ressens de la peur à propos de cette personne parce qu'elle appartient au groupe social des schizophrènes »), et (iii) la discrimination est une réaction comportementale contre une personne en fonction de son appartenance à un groupe (ici, « j'évite cette personne parce qu'elle appartient au groupe social des schizophrènes ») (Corrigan & Penn, 1999; Fiske, 1998).

Dans une revue récente des études qualitatives, Mestdagh & Hansen, (2014) ont indiqué que le système de soins de santé (y compris les professionnels de la santé mentale) était l'une des principales sources de stigmatisation identifiées par les personnes atteintes de schizophrénie. Une autre étude avance que 22% des situations de stigmatisation sont des situations vécues auprès des professionnels de santé mentale, contre seulement 17% auprès

d'inconnu (Schulze, 2007). Malgré son importance, la stigmatisation chez les professionnels en santé mentale a reçu peu d'attention par rapport à la stigmatisation de la population en général. En rapportant les facteurs associés à la stigmatisation des professionnels de santé, une compréhension plus fine du phénomène se dessine. Cette appréhension complète du problème fait émerger les premières pistes de solution pour réduire la stigmatisation de la schizophrénie dans les pratiques en santé mentale.

Une revue systématique de la littérature

Nous avons récemment publié dans *Psychiatry Research* une revue systématique de la littérature (Valery & Pruteau, 2020). L'un de nos objectifs était d'identifier les variables associées à la stigmatisation de la schizophrénie chez les professionnels de santé mentale. La stratégie de recherche de cette revue systématique est celle du Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (lignes directrices PRISMA) (Moher, 2009). Les études ont été identifiées par une recherche dans les bases de données électroniques suivantes : PsychINFO (EBSCO), PsychARTICLES (EBSCO) et Psychology and Behavioral SciencesCollection (EBSCO), étant donné leur capacité à couvrir le domaine de la recherche sur la stigmatisation. La recherche s'est concentrée sur les recherches menées au cours des 21 années précédant le 01/01/2020. Les études ont été incluses si elles répondaient aux critères suivants : (i) données originales publiées en anglais dans des revues à comité de lecture ; (ii) communication de données quantitatives avec analyse statistique ; (iii) évaluation de la stigmatisation au sens large : croyances, préjugés et comportements sur la schizophrénie ou les personnes atteintes de schizophrénie ; (iv) des échantillons composés uniquement de professionnels de santé mentale. Étant donné le nombre limité d'études menées sur le sujet, il n'y a pas de critère d'exclusion supplémentaire concernant la conception de l'étude. Ainsi, 38 études ont été retenues sur plus de 900.

Les professionnels de santé mentale en comparaison aux autres groupes sociaux

En comparaison avec d'autres groupes sociaux (population générale, parents, autres professionnels et personnes atteintes de schizophrénie elles-mêmes), les professionnels de santé mentale ont systématiquement rapporté moins de croyances en la dangerosité des

personnes qui ont une schizophrénie et des croyances plus positives concernant le traitement pharmacologique. Néanmoins, cette démarcation avec les autres groupes sociaux a été moins précise en ce qui concerne le pronostic et le désir de distance sociale, comme l'ont montré des études antérieures (de Jacq et al., 2016 ; Schulze, 2007 ; Wahl et Aroesty-Cohen, 2010). En d'autres mots, l'évitement social et le pessimisme du pronostic sont des comportements et croyance moins rejetés par les professionnels que ne le sont les croyances en la dangerosité.

Les facteurs socio-démographiques

De nombreuses études ont mises en lien des données socio-démographiques telle que **l'âge**, le **genre** ou encore le **niveau académique** avec la stigmatisation. Ces études rapportent pas ou peu de lien entre la stigmatisation et ces facteurs. Par exemple, aucune étude ne rapporte de lien entre le genre du soignant et la stigmatisation. Et lorsque des liens sont rapportés entre la stigmatisation et le niveau d'étude, les études ne s'accordent pas sur le sens de cette association.

Autre exemple d'absence de consensus de la littérature : âge et stigmatisation. Parmi les 10 études mesurant l'âge ou l'expérience, la moitié ne rapporte aucune corrélation avec la stigmatisation, alors que l'autre moitié en rapporte. Toutefois, il n'y a pas eu de consensus sur l'orientation de ces dernières. Deux récentes études rapportent une corrélation curvilinéaire entre l'âge et la stigmatisation, avec un pic de stigmatisation entre 30 et 40 ans (ou entre 10 et 14 ans d'expérience) (Linden & Kavanagh, 2012; Loch et al., 2013).

Enfin, on trouve dans la littérature l'hypothèse que les personnes qui connaissent une personne souffrant de schizophrénie dans leur entourage rapportent moins de stigmatisation. Actuellement, cette hypothèse n'est pas testée directement chez les professionnels de santé mentale. Les hypothèses d'Allport et ses successeurs sur les contacts entre groupes suggèrent qu'un contact positif, dans lequel il y a égalité de statut entre les parties concernées, représente les conditions optimales de contact (pour les revues les plus récentes, voir Paluck et al., 2019; Pettigrew et al., 2011). Les contacts avec les professionnels de santé mentale peuvent être perçus comme asymétrique (Mestdagh & Hansen, 2014). Le **contact familial** (conjoint, famille, ami etc...) peut s'affranchir de cette asymétrie.

Les facteurs professionnels contextuels

La stigmatisation est un fonctionnement social éminemment influencé par le contexte professionnel du soignant. Tout d'abord, la littérature fait ressortir le contact comme un facteur déterminant. En effet, les professionnels de santé ont des **contacts plus ou moins fréquents** avec des personnes qui ont une schizophrénie. Cependant, ce n'est pas en termes de quantité mais en termes de **qualité ou de contexte de contact** que ce facteur se montre influant. Par exemple, deux études rapportent que les infirmières travaillant en milieu communautaire, avec des patients en ambulatoire, ont déclaré moins de stigmatisation que celles travaillant avec des patients hospitalisés ou dans état plus aigu. En d'autres mots, les infirmières en contact avec les personnes les plus en souffrance sont celles qui rapportent une image plus négative et stéréotypée de la schizophrénie. Ces résultats sont en adéquation avec la théorie de l'illusion du clinicien (Cohen & Cohen, 1984; Thornicroft et al., 2010) : « l'attribution des caractéristiques et de l'évolution des patients qui sont actuellement malades à l'ensemble de la population qui contracte la maladie » (1984, p1180). Les professionnels auraient tendance à limiter leur vision de la schizophrénie aux formes qu'ils rencontrent dans leur exercice professionnel, omettant qu'il existe, par exemple, des formes moins graves ou plus rétablie de schizophrénie. Ainsi les professionnels qui travaillent auprès de personnes en phase aiguë auraient une vision plus stéréotypée des personnes qui ont une schizophrénie Le lieu de travail et le niveau de rétablissement des personnes accompagnées seraient donc deux facteurs associés à la stigmatisation.

Bien sûr, des hypothèses émergent autour des conditions de travail des soignants. **La surcharge de travail, le travail en équipe pluridisciplinaire** ou encore **la responsabilité partagée** au sein des équipes sont des pistes qui reste inexplorée dans la stigmatisation de la schizophrénie chez les soignants. Néanmoins, les acteurs de terrain témoignent de l'importance de ces facteurs.

Les facteurs professionnels individuels

La **profession** est le premier angle pris par la littérature pour décrire la stigmatisation chez les soignants. En effet, de nombreuses études ont opposé les psychiatres, les infirmières

et les psychologues. Si, en effet, les études trouvent des différences entre les professions, la littérature ne fait pas consensus en ce qui concerne les professions les plus et moins stigmatisantes (Valery & Prouteau, 2020).

En revanche, les acteurs de terrain font des hypothèses sur d'autres facteurs professionnels individuels. Par exemple, ils font l'hypothèse que les soignants ayant des **pratiques orientées vers les rétablissements** font moins preuves de stigmatisation dans leurs pratiques. Le « rétablissement » est un concept anglo-saxon qui trouve son origine dans des mouvements d'usagers des années 1980 et 1990, qui prônaient la reprise du pouvoir d'agir (empowerment) et la défense des droits. Il désigne un cheminement personnel de la personne pour se réapproprier sa vie et se réinsérer dans la société. Pour les soignants, ce modèle suppose un accompagnement sur le long terme et centré dès le début sur la personne et ses projets. La philosophie du rétablissement regroupe un ensemble de pratiques promouvant l'espoir, l'inclusion sociale et l'auto-détermination. Ces pratiques s'érigent ainsi contre les croyances stéréotypées d'incompétence et de faible pronostic.

Le **burn-out** est également un sujet très étudié chez les soignants. Cet épuisement professionnel touche entre 21 % et 67 % des soignants en psychiatrie, et a un impact sur l'accomplissement personnel (Zaninotto et al., 2018), un facteur associé à la stigmatisation. En effet, une étude a rapporté que moins les professionnels rapportaient de sentiment d'accomplissement personnel et plus ils se déclaraient évitants et rejetants envers les patients en psychiatrie (Zaninotto et al., 2018).

Les croyances théoriques

La vision de la schizophrénie chez un soignant est également modelée par des croyances théoriques annexes, comme, par exemple, les croyances sur l'étiologie des maladies mentales (Larkings & Brown, 2018). Ces croyances théoriques acquises dans le cadre professionnel (en formation ou en exercice) impactent différentes dimensions de la stigmatisation.

La schizophrénie est vue comme l'une des pathologies psychiatriques les plus **biologiquement** déterminées selon les cliniciens interrogés dans la littérature (Ahn et al., 2009). Mais cette vision biologique de la schizophrénie n'est pas sans conséquence sur la stigmatisation. Deux études rapportent qu'une vision biologique de la schizophrénie est associée à moins d'empathie et plus de déshumanisation (Lebowitz & Ahn, 2014; Pavon & Vaes, 2017). Le rôle de l'idéologie bio-génétique est bien connu en tant que principal prédicteur de la stigmatisation des maladies mentales dans la population générale et chez les personnes atteintes de maladies mentales (pour revue, voir Larkings & Brown, 2018; Read et al., 2006; Schomerus et al., 2014). Malgré cela, de nombreux programmes de lutte contre la stigmatisation utilisent des arguments bio-génétiques, augmentant ainsi les perceptions de dangerosité et d'imprévisibilité, la peur et le désir de distance sociale (pour une revue, voir Read et al., 2006) : "Lorsque le modèle bio-génétique de la maladie est appliqué au cerveau, l'hypothèse est que la personne est incapable de juger, de raisonner, d'être autonome - que sa personnalité est niée" (p 311, Read et al., 2006).

La stigmatisation de la schizophrénie est aussi liée à sa définition dans le domaine de la santé mentale. En effet, les diverses classifications des maladies (DSM-V, CIM11) apportent une vision **catégorielle** de la maladie, définissant la catégorie sociale « schizophrène » avec des critères précis d'inclusion et d'exclusion. Ces critères établissent une distinction nette entre le pathologique et le normal, accentuant les différences entre « eux » et « nous ». Or les données scientifiques issues de la littérature internationale démentent l'existence de cette frontière nette, et soutiennent l'hypothèse d'un **continuum** entre le pathologique et le normal (Johns & van Os, 2001). Ainsi toute la population se distribuerait sur le continuum de la schizophrénie, ayant plus ou moins des symptômes pathologiques. Sur ce continuum, la schizophrénie n'est que l'expression extrême de comportements sains et très répandus dans la population. Par exemple, peu de chose sépare une théorie du complot d'une idée délirante. Les théories du complot sont très présentes dans la population, une grande majorité des français croit en plusieurs théories du complot (Ipsos, 2017). Ce sont donc des croyances répandues, dans la norme. C'est lorsque ces idées sont envahissantes pour la personne et qu'elles l'empêchent de fonctionner, en freinant ses projets par exemple, qu'on va alors parler de symptôme. En d'autres mots les symptômes de la schizophrénie existent plus ou moins intensément dans l'entièreté de la population. Ces croyances théoriques en un continuum ou

catégorielles auraient un impact sur la stigmatisation des maladies mentale. En population générale, il a été montré que les personnes qui adoptent le plus une vision en continuum de la schizophrénie rapportaient moins de stigmatisation (Violeau et al., 2020).

Plus un professionnel perçoit de **similitudes** entre lui et les personnes qui ont une schizophrénie, et moins il rapporte de stigmatisation. C'est une autre hypothèse soutenue par la littérature et qui découle en partie des théories sur le continuum. Car, si être sur le même continuum que la personne qu'on accompagne c'est être sur le même pont, percevoir plus de points communs c'est multiplier ces ponts. Le modèle de Mussweiler, (2003) postule que se concentrer sur les similitudes c'est être dans une comparaison sociale tournée vers l'acceptation de l'autre. Si la littérature a déjà démontré l'efficacité anti-stigma de la similitude perçue dans la population générale (Violeau et al., 2020), une étude chez les professionnels conclue à une association de la similitude perçue avec moins de stéréotype de dangerosité et d'incompétence.

Synthèse

Les professionnels de santé mentale sont l'une des principales sources de stigmatisation de la schizophrénie selon les usagers et leur famille. Pour avoir une compréhension plus fine de ce phénomène, nous avons conduit une revue exhaustive de la littérature internationale sur la stigmatisation de la schizophrénie de la part des professionnels de santé mentale, ainsi que les facteurs associés.

Les résultats de cette revue suggèrent d'abord qu'en comparaison avec la population générale, les professionnels présentent moins de croyances stigmatisantes quant aux maladies psychiatriques en général, et à la schizophrénie en particulier (e.g. dangerosité). Cependant, il existe moins de différence claire entre les professionnels et la population générale quant aux croyances stigmatisantes en termes de pronostic de la maladie, et au désir de distance sociale (une mesure des comportements de stigmatisation, et non plus de croyances stigmatisantes).

Dans la littérature internationale (anglo-saxonne essentiellement), les croyances théoriques des professionnels ont souvent été associées à leur stigmatisation. La vision catégorielle et la vision biologique de la schizophrénie sont associées à davantage de stigmatisation, alors que la vision en continuum et la perception de similitudes sont associées à moins de stigmatisation. Ensuite, certaines caractéristiques professionnelles, individuelles comme contextuelles, sont associées avec cette stigmatisation : la littérature met en avant le sentiment d'accomplissement professionnel, les pratiques orientées vers le rétablissement et le contact avec des personnes en cours de rétablissement comme des facteurs associés à moins de stigmatisation. Concernant les caractéristiques socio-démographiques, elles sont moins clairement associées à la stigmatisation. Ces variables sont de véritables pistes de solution pour lutter contre la stigmatisation présente dans les pratiques en santé mentale.

Pour conclure, il faut noter que malgré l'importance sociétale de la problématique, et les recommandations de la stratégie nationale de santé concernant le développement de la recherche en psychiatrie (Action n°30), aucune étude n'est à ce jour publiée sur ce thème en France. De plus, les récents programmes d'action de déstigmatisation développés dans les pays anglo-saxons ne peuvent être appliqués tels quels dans le contexte français, ni dans les différents contextes locaux, étant donné l'influence de la culture sur les processus de stigmatisation, et les particularités de l'évolution structurelle de la psychiatrie française. Pour que les informations de la littérature internationale puissent être généralisées au contexte français, des études demeurent donc nécessaires pour éclairer les spécificités de la stigmatisation de la schizophrénie chez les professionnels de santé mentale en France. C'est l'objet du projet STIGMAPRO, actuellement conduit au sein du laboratoire de Psychologie de l'Université de Bordeaux.

Fiches de lecture

Ces 3 fiches de lecture sont extraites de la bibliographie générale. Elles ont été choisies pour leur pertinence.

Chaque fiche contient un lien vers la notice complète et les documents sur la base documentaire de la FIRAH.

Fiche 1. Schizophrenia stigma in mental health professionals and associated factors: A systematic review

[Accéder à la fiche de lecture complète et à l'ensemble des documents en lien avec cette recherche sur la base documentaire.](#)

Référence

Valery, K. M., & Prouteau, A. (2020). Schizophrenia stigma in mental health professionals and associated factors: a systematic review. *Psychiatry Research*, 113068.

Résumé de l'auteur

Contexte : Les conséquences de la stigmatisation de la schizophrénie sont nombreuses et très dommageables pour les individus, leurs familles, le système de santé et la société. Les professionnels de la santé mentale (PSM) sont considérés comme l'une des principales sources de stigmatisation.

Objectifs : Identifier les caractéristiques de la stigmatisation de la schizophrénie chez les PSM par rapport à d'autres troubles psychiatriques, les spécificités des PSM par rapport à d'autres groupes sociaux, et les facteurs associés.

Méthodes : En suivant les directives PRISMA, nous avons systématiquement recherché des articles dans plusieurs bases de données électroniques des articles: (i) qui publiaient des données originales en anglais dans des revues à comité de lecture, (ii) qui traitait des données quantitatives avec analyse statistique, (iii) qui définissaient la stigmatisation au sens large, et (iv) qui incluaient des échantillons composés uniquement de PSM.

Résultats : Un total de 38 articles publiés de 1999 à 2019 et impliquant 10 926 MHP ont rempli nos critères d'inclusion. Les études ont montré que la schizophrénie est la maladie mentale la plus stigmatisée chez les PSM, malgré des résultats récents suggérant que le trouble de la personnalité limite et la toxicomanie peuvent être plus stigmatisés. En comparaison avec d'autres groupes sociaux, les PSM ont rapporté moins de croyances de dangerosité et plus de croyances positives concernant le traitement pharmacologique. Néanmoins, les résultats étaient moins cohérents en ce qui concerne le pronostic et le désir de distance sociale. L'âge, le niveau d'éducation, le type de profession de santé mentale ou la durée de la pratique sont des facteurs associés qui montrent des relations incohérentes avec la stigmatisation. Le milieu de travail et les croyances biologiques étaient plus clairement associés à la stigmatisation des PSM.

Conclusion : Ces résultats confirment la nécessité de mener des recherches spécifiques sur la stigmatisation de la schizophrénie dans les PSM et l'importance de contrôler plusieurs variables pour identifier les prédicteurs de la stigmatisation.

Commentaire

Cet article détaille davantage les résultats exposés dans la revue de littérature ci-dessus. C'est une revue systématique de la littérature sur la thématique de la stigmatisation de la schizophrénie chez les professionnels de santé mentale, qui réunit 38 articles scientifiques internationaux. Ces résultats donnent une compréhension plus fine de ce phénomène et offre des pistes de solution pour lutter contre la stigmatisation.

En introduction, cet article revient le poids de la stigmatisation, notamment sur l'accès aux droits et aux soins des personnes souffrant de schizophrénie. La méthode de sélection des articles suit les recommandations les plus actualisées dans le domaine des sciences humaines (PRISMA). Si les acteurs de terrain ne sont pas impliqués dans les parties méthodes et les résultats, l'ensemble du comité scientifique de STIGMApro (voir Edito) fut sollicité pour l'interprétation et la discussion des résultats.

Fiche 2. A grounded theory model for reducing stigma in health professionals in Canada

[Accéder à la fiche de lecture complète et à l'ensemble des documents en lien avec cette recherche sur la base documentaire](#)

Référence

S. Knaak, S. Patten - Volume134, IssueS446 - Special Issue: Effectiveness of national anti-stigma programmes: Canada, England and Sweden - August 2016 - Pages 53-62

Résumé de l'auteur

Objectif : La Commission de la santé mentale du Canada a été créée pour servir de catalyseur national en vue d'améliorer le système de santé mentale. L'une de ses initiatives est Opening Minds (OM), dont le mandat est de réduire la stigmatisation liée à la santé mentale. Cet article présente les résultats d'une étude qualitative sur les interventions de lutte contre la stigmatisation pour les professionnels de soins de santé, qui comprend un modèle de processus articulant les étapes et les stratégies clés pour la mise en œuvre de programmes de lutte contre la stigmatisation réussis.

Méthode : L'étude a utilisé une méthodologie fondée sur la théorie. La collecte de données a impliqué des entretiens approfondis avec les parties prenantes du programme, l'observation directe des programmes, un examen des documents du programme et un retour d'information qualitatif de la part des participants au programme. L'analyse a été effectuée par la méthode de comparaison constante. Un modèle a été généré pour présenter visuellement les principaux résultats.

Résultats : Vingt-trois entretiens approfondis ont été menés, représentant 18 programmes différents. Huit programmes ont été observés directement, 48 documents de programme ont été examinés et les données de 1812 participants au programme ont été analysées. L'analyse a conduit à un modèle processuel en quatre étapes pour la mise en œuvre de programmes de lutte contre la stigmatisation ciblant les prestataires de soins de santé, s'inspirant du processus social de base "cibler les racines de la stigmatisation des prestataires de soins de santé".

Conclusion : Le modèle processuel élaboré dans le cadre de cette recherche peut servir d'outil pour guider l'élaboration et la mise en œuvre de programmes de lutte contre la stigmatisation dans les contextes de soins de santé.

Commentaire

Tout d'abord, cet article a permis d'identifier quatre principales cibles liées à la stigmatisation dans les établissements de santé, puis il décrit les 4 étapes pour créer une intervention anti-stigma chez les professionnels de santé (voir figure ci-dessous en français). Notons ici que ce modèle est le résultat d'une étude qualitative analysant 18 programmes préexistants mais qu'il n'a pas été validé lui-même.

Les interventions anti-stigma qui pourraient naître de ces recommandations auraient pour objectifs secondaires, entre autres, de favoriser l'accès aux droits des personnes en situation

de handicap psychique, ou encore de faire collaborer les chercheurs, les professionnels et les usagers.

Fiche 3. Stigma in patients with schizophrenia receiving community mentalhealth care: a review of qualitative studies

[Accéder à la fiche de lecture complète et à l'ensemble des documents en lien avec cette recherche sur la base documentaire](#)

Référence

Mestdagh, A., & Hansen, B. (2014). Stigma in patients with schizophrenia receiving community mental health care: a review of qualitative studies. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 49(1), 79-87.

Résumé de l'auteur

Objectif : L'objectif de cette étude est d'identifier des thèmes récurrents dans la littérature qualitative sur la stigmatisation vécue par les patients atteints de schizophrénie recevant des soins de santé mentale en ambulatoire. Le traitement de la schizophrénie étant aujourd'hui de plus en plus axé sur les soins de santé mentale en ambulatoire, les professionnels doivent être conscients de la vulnérabilité accrue de leurs clients dans leur environnement social en raison de la stigmatisation liée à leur maladie. Une connaissance approfondie de la stigmatisation est essentielle pour offrir des soins de santé mentale communautaires dignes.

Méthodes : Une revue systématique de la littérature qualitative dans Web of Science, PubMed, PsycINFO et Francis a été effectuée pour examiner les expériences et les idées subjectives sur la stigmatisation chez les patients en ambulatoire atteints de schizophrénie.

Résultats : Trois thèmes majeurs ont été identifiés dans 18 études et doivent être pris en considération lors de la mise en œuvre de soins de santé mentale ambulatoires adéquats : (i) l'existence continue de la stigmatisation inhérente au milieu de soins de santé, (ii) l'importance des aspects relationnels de la stigmatisation rencontrée dans la vie quotidienne et (iii) l'importance des aspects comportementaux liés aux expériences et croyances antérieures de la stigmatisation chez les patients.

Conclusions : En dépit des efforts considérables déployés dans le cadre du traitement ambulatoire, les patients continuent de faire l'objet de stigmatisation et de discrimination. Les professionnels des soins de santé mentale en milieu ambulatoire devraient non seulement être conscients des problèmes structurels des soins de santé mentale, mais aussi accorder une attention considérable aux aspects relationnels et comportementaux de la stigmatisation liée à la vie de leurs clients. En outre, ils ont un rôle crucial à jouer dans la communauté pour sensibiliser à la stigmatisation afin d'accroître l'acceptation de leurs clients dans la société.

Commentaire

Cette revue qualitative de la littérature a identifié 3 sources majeures de stigmatisation selon les personnes ayant une schizophrénie : les relations de la vie de tous les jours, l'auto-stigmatisation et les services de santé, dont les services de santé mentale : « Les patients ont le sentiment de ne pas être pris au sérieux et se sentent discriminés dans le sens où on leur

refuse l'accès à une relation médecin-patient normale. Les patients ont le sentiment d'être traités de manière paternaliste et sans respect, et de ne pas recevoir les informations appropriées concernant leur maladie et les possibilités de traitement. Dans de nombreux cas, ils ne sont pas autorisés à prendre part au processus de décision, et la remise en question d'un certain traitement est même considérée comme un patient non coopératif. »

Cette revue reprend directement le discours de personne ayant une schizophrénie et qui ont connu un parcours de soin en santé mentale. En faisant participer ces personnes à des recherches qualitatives, les situations problématiques sont décrites par ceux qui les ont vécus et permettent d'identifier les dysfonctionnements. Ces verbatims peuvent venir enrichir d'éventuelle intervention anti-stigma.

Bibliographie

- ❖ Ahn, W., Proctor, C. C., & Flanagan, E. H. (2009). Mental Health Clinicians' Beliefs About the Biological, Psychological, and Environmental Bases of Mental Disorders. *Cognitive Science*, 33(2), 147-182.
- ❖ Angermeyer, M. C., & Dietrich, S. (2006). Public beliefs about and attitudes towards people with mental illness: A review of population studies. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 113(3), 163-179.
- ❖ Cohen, P., & Cohen, J. (1984). The Clinician's Illusion. *Archives of General Psychiatry*, 41(12), 1178-1182.
- ❖ Corrigan, P. W., Druss, B. G., & Perlick, D. A. (2014). The Impact of Mental Illness Stigma on Seeking and Participating in Mental Health Care. *Psychological Science in the Public Interest*, 15(2), 37-70.
- ❖ Corrigan, P. W., & Penn, D. L. (1999). Lessons from social psychology on discrediting psychiatric stigma. *American Psychologist*, 54(9), 765-776.
- ❖ Fiske, S. (1998). Stereotyping, prejudice, and discrimination. In *The Handbook of Social Psychology* (p. 357– 411). DT Gilbert, ST Fiske.
- ❖ Gerlinger, G., Hauser, M., De Hert, M., Lacluyse, K., Wampers, M., & Correll, C. U. (2013). Personal stigma in schizophrenia spectrum disorders: A systematic review of prevalence rates, correlates, impact and interventions. *World Psychiatry*, 12(2), 155-164.
- ❖ Goffman, E. (1963). *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*.
- ❖ Johns, L. C., & van Os, J. (2001). The continuity of psychotic experiences in the general population. *Clinical Psychology Review*, 21(8), 1125-1141.
- ❖ Larkings, J. S., & Brown, P. M. (2018). Do biogenetic causal beliefs reduce mental illness stigma in people with mental illness and in mental health professionals? A systematic review. *International Journal of Mental Health Nursing*, 27(3), 928-941.
- ❖ Lebowitz, M. S., & Ahn, W. (2014). Effects of biological explanations for mental disorders on clinicians' empathy. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 111(50), 17786-17790.
- ❖ Linden, M., & Kavanagh, R. (2012). Attitudes of qualified vs student mental health nurses towards an individual diagnosed with schizophrenia. *Journal of Advanced Nursing*, 68(6), 1359-1368.

- ❖ Link, B. G., Struening, E. L., Rahav, M., Phelan, J. C., & Nuttbrock, L. (1997). [On Stigma and Its Consequences: Evidence from a Longitudinal Study of Men with Dual Diagnoses of Mental Illness and Substance Abuse](#). *Journal of Health and Social Behavior*, 38(2), 177.
- ❖ Loch, A. A., Hengartner, M. P., Guarniero, F. B., Lawson, F. L., Wang, Y.-P., Gattaz, W. F., & Rössler, W. (2013). [The more information, the more negative stigma towards schizophrenia: Brazilian general population and psychiatrists compared](#). *Psychiatry Research*, 205(3), 185-191.
- ❖ Lysaker, P. H., Tsai, J., Yanos, P., & Roe, D. (2008). [Associations of multiple domains of self-esteem with four dimensions of stigma in schizophrenia](#). *Schizophrenia Research*, 98(1), 194-200.
- ❖ Lysaker, P. H., Vohs, J. L., & Tsai, J. (2009). [Negative symptoms and concordant impairments in attention in schizophrenia: Associations with social functioning, hope, self-esteem and internalized stigma](#). *Schizophrenia Research*, 110(1), 165-172.
- ❖ Mestdagh, A., & Hansen, B. (2014). [Stigma in patients with schizophrenia receiving community mental health care: A review of qualitative studies](#). *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 49(1), 79-87.
- ❖ Moher, D. (2009). [Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement](#). *Annals of Internal Medicine*, 151(4), 264.
- ❖ Mussweiler, T. (2003). [Comparison processes in social judgment: Mechanisms and consequences](#). *Psychological Review*, 110(3), 472-489.
- ❖ Paluck, E. L., Green, S. A., & Green, D. P. (2019). [The contact hypothesis re-evaluated](#). *Behavioural Public Policy*, 3(2), 129-158.
- ❖ Pavon, G., & Vaes, J. (2017). [Bio-genetic vs psycho-environmental conceptions of schizophrenia and their role in perceiving patients in human terms](#). *Psychosis: Psychological, Social and Integrative Approaches*, 9(3), 245-253.
- ❖ Pettigrew, T. F., Tropp, L. R., Wagner, U., & Christ, O. (2011). [Recent advances in intergroup contact theory](#). *International Journal of Intercultural Relations*, 35(3), 271-280.
- ❖ Read, J., Haslam, N., Sayce, L., & Davies, E. (2006). [Prejudice and schizophrenia: A review of the « mental illness is an illness like any other » approach](#). *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 114(5), 303-318.
- ❖ Schomerus, G., Matschinger, H., & Angermeyer, M. C. (2014). [Causal beliefs of the public and social acceptance of persons with mental illness: A comparative analysis of schizophrenia, depression and alcohol dependence](#). *Psychological Medicine*, 44(2), 303-314.

- ❖ Schulze, B. (2007). [Stigma and mental health professionals: A review of the evidence on an intricate relationship](#). *International Review of Psychiatry*, 19(2), 137-155.
- ❖ Sharaf, A. Y., Ossman, L. H., & Lachine, O. A. (2012). [A cross-sectional study of the relationships between illness insight, internalized stigma, and suicide risk in individuals with schizophrenia](#). *International Journal of Nursing Studies*, 49(12), 1512-1520.
- ❖ Thornicroft, G., Rose, D., & Mehta, N. (2010). [Discrimination against people with mental illness: What can psychiatrists do?](#) *Advances in Psychiatric Treatment*, 16(1), 53-59.
- ❖ Valery, K.-M., & Prouteau, A. (2020). [Schizophrenia stigma in mental health professionals and associated factors: A systematic review](#). *Psychiatry Research*, 290, 113068.
- ❖ Violeau, L., Valery, K.-M., Fournier, T., & Prouteau, A. (2020). [How continuum beliefs can reduce stigma of schizophrenia: The role of perceived similarities](#). *Schizophrenia Research*, 220, 46-53.
- ❖ WHO | [Mental health action plan 2013—2020](#). (s. d.). WHO. Consulté 24 avril 2019, à l'adresse
- ❖ Wittchen, H. U., Jacobi, F., Rehm, J., Gustavsson, A., Svensson, M., Jönsson, B., Olesen, J., Allgulander, C., Alonso, J., Faravelli, C., Fratiglioni, L., Jennum, P., Lieb, R., Maercker, A., van Os, J., Preisig, M., Salvador-Carulla, L., Simon, R., & Steinhausen, H.-C. (2011). [The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010](#). *European Neuropsychopharmacology*, 21(9), 655-679.
- ❖ Zaninotto, L., Rossi, G., Danieli, A., Frasson, A., Meneghetti, L., Zordan, M., Tito, P., Salvetti, B., Conca, A., Ferranti, R., Salcuni, S., & Solmi, M. (2018). [Exploring the relationships among personality traits, burnout dimensions and stigma in a sample of mental health professionals](#). *Psychiatry Research*, 264, 327-333.

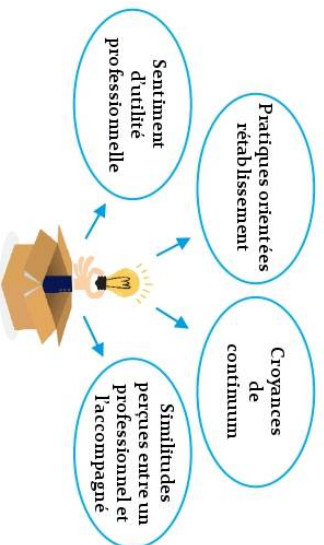
Ce document a été réalisé dans le cadre de la recherche appliquée « Résister au stigma dans le handicap psychique : un programme co-produit par les personnes souffrant de schizophrénie, leurs familles et les professionnels » mise en œuvre par le Laboratoire de Psychologie EA 41 39 de l'Université de Bordeaux. Ce travail a été réalisé par Pr. Antoinette Prouteau et Kévin-Marc Valery.

L'objectif de cette revue de littérature est de rendre compte des connaissances actuelles en recherche appliquée sur les questions des variables associées à la stigmatisation de la schizophrénie chez les professionnels de santé mentale.

IX.4. Annexe 4 : Synthèse pédagogique de l'enquête **STIGMA^{pro}** chez les professionnels

Points clés

- Différents facteurs issus de l'enquête constituent des pistes pour désigner les pratiques :



Nous contacter

- ✉ kevin-marc.valery@u-bordeaux.fr
- ✉ antoINETTE.prouTEAU@u-bordeaux.fr

Travaux de l'équipe

<https://labpsy.u-bordeaux.fr/>

- Fournier, T. et ProuTEAU, A. (2020). *Les stéréotypes des différentes maladies mentales en France : enquête en population générale*. Document non publié. Université de Bordeaux.
- Valery, K.M. et ProuTEAU, A. (2021). *Stigmatisation de la schizophrénie chez les professionnels en santé mentale : revue de la littérature internationale*. Document non publié. Université de Bordeaux.
- Valery, K.M. et ProuTEAU, A. (2021). *Stigmatisation de la schizophrénie lors du parcours de soin : une enquête chez les usagers et familles*. Document non publié. Université de Bordeaux.
- Yvon, F. et ProuTEAU, A. (2019). *Enquête sur les croyances autour de la schizophrénie en France*. Document non publié. Université de Bordeaux.

Source

Valery, K.M., Violéau, L., Fournier, T., Yvon, F., Arfeuille, S., Bonilla-Guerrero, J., Caria, A., Carrier, A., Destailats, J.M., Follenfant, A., Laberon, S., Lalbin-Wander, N., Martinez, E., Staedel, B., Touroude, R., Vigneault, L., Roux, S. et ProuTEAU, A. (soumis). *Factors of schizophrenia stigmatization in mental health professionals : results from the STIGMAPRO survey*.

Références

- Mestdagh, A. et Hansen, B. (2014). Stigma in patients with schizophrenia receiving community mental health care : a review of qualitative studies. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 49(1), 79-87. doi : 10.1007/s00127-013-0729-4
- Valery, K.M. et ProuTEAU, A. (2020). Schizophrenia stigma in mental health professionals and associated factors : a systematic review. *Psychiatry research*. doi : 10.1016/j.psychres.2020.113068

Remerciements

Plaquette réalisée en 2021 par Sarah Guionnet.

Caïda, M., Dallagi, M., Felix, S., Fournier, T., Hernandez-Comte, A., Violéau, L., & Yvon, F.



Stigmatisation de la schizophrénie chez les professionnels en santé mentale : enquête en France

Programme de recherche « STIGMA »

Pr. A. ProuTEAU

Enquête menée dans le cadre du travail doctoral de K-M. Valery

Contexte

La schizophrénie est une des maladies mentales les plus stigmatisées (Valery et Prouteau, 2020). Même si les professionnels de santé mentale rapportent moins de croyances stigmatisantes que d'autres groupes sociaux (Valery et Prouteau, 2020) ; les services de santé mentale sont une source de stigmatisation (Mestdagh et Hansen, 2014).

Objectif

Une enquête en France a été réalisée pour :

Identifier les facteurs (socio-démographiques, professionnels contextuels, professionnels individuels et croyances théoriques) associés à la stigmatisation de la schizophrénie (cf. figure 1) chez les professionnels de santé mentale.

Méthode

Enquête en ligne auprès de 357 professionnels de santé mentale (e.g. psychiatres, psychologues, infirmier(e)s) travaillant ou ayant travaillé auprès de personnes souffrant de schizophrénie.

Recrutement réalisé via les réseaux sociaux ou professionnels.



Figure 1. Mesures de la stigmatisation.

1

Résultats



Figure 2. Facteurs associés à la stigmatisation chez les professionnels de santé mentale français.
NB : *POR = Pratiques Orientées Rétablissement.
En gras = facteurs les plus associés à moins de stigmatisation chez les professionnels.

- Les facteurs socio-démographiques et professionnels contextuels (cf. figure 2) ont peu d'influence sur la stigmatisation chez les professionnels.
- Les croyances théoriques et les facteurs professionnels individuels sont ceux qui en ont le plus.

2



- Quels sont les facteurs les plus fortement associés à moins de stigmatisation chez les professionnels de santé mentale français ?
- Avoir des pratiques orientées rétablissement (associé à moins de stéréotypes, de préjugés et de discrimination).
- Se sentir utile dans son travail (associé à moins de stéréotypes et de discrimination).
- Percevoir des similitudes entre soi et les personnes qui souffrent d'une schizophrénie (associé à moins de stéréotypes, de préjugés et de discrimination).



- Avoir des croyances en continuum (i.e. penser la schizophrénie comme l'expression plus intense et plus fréquente de comportements existants dans la population générale ; est associé à moins de désir de distance sociale).

3

IX.5. Annexe 5 : Questionnaire d'enquête concernant l'étude **STIGMA_{pro}** chez les professionnels

Mesure de la stigmatisation

Totalement faux 1 2 3 4 5 6 7 Totalement vrai

Cette échelle est utilisée pour toutes les mesures de la stigmatisation

Stéréotypes SSS

Pessimisme du pronostic (Jorm et al, 1999) #PPSS

- *La plupart des personnes qui ont une schizophrénie peuvent se rétablir (vivre une vie satisfaisante, productive, et remplie d'espoir malgré la maladie).
- La plupart des personnes qui ont une schizophrénie auront de nombreuses ré-hospitalisations.
- La plupart des personnes qui ont une schizophrénie vont faire une tentative de suicide.

Incompétence (Magliano et al, 2004, Valery et al, en rédaction, Stuber et al, 2014) #ISS

- La plupart des personnes qui ont une schizophrénie sont capables de participer aux décisions concernant de leur traitement.
- La plupart des personnes qui ont une schizophrénie ont besoin d'une mise sous tutelle/curatelle.
- La plupart des personnes qui ont une schizophrénie ne sont pas capables de travailler.

Danger (Grusgruber et al 2006, VanDorn et al, 2005) #DSS

- La plupart des personnes qui ont une schizophrénie ne sont pas dangereuse pour les autres.
- La plupart des personnes qui ont une schizophrénie ont du mal à contrôler leur agressivité.
- La plupart des personnes qui ont une schizophrénie ne devraient pas se voir confier des enfants en bas âge, cela pourrait être dangereux pour les enfants.

Responsabilité #BSS

- La plupart des personnes qui ont une schizophrénie ne sont pour rien dans la survenue de leur maladie.
- La plupart des personnes qui ont une schizophrénie sont responsable de la survenue de leur maladie par leurs comportements (isolement, addiction, etc...).

- La plupart des personnes qui ont une schizophrénie ont des comportements dans leur vie (isolement, addiction, etc...) qui les maintiennent dans cette maladie.
- *La plupart des personnes qui ont une schizophrénie font beaucoup d'effort pour aller mieux.

Infracommunication (Leyens 2006) #InfSS

Selon vous, la plupart personnes qui ont une schizophrénie sont capables de ressentir du/de la :

- Joie
- Peur
- Plaisir
- Surprise
- Dégout
- Colère
- Sérénité
- Compassion
- Honte
- Mépris
- Amour
- Culpabilité

Préjugés SPS

1	2	3	4	5	6	7
Pas du tout	Légèrement	Un peu	Modérément	Plutôt	Beaucoup	Extrêmement

La plupart des personnes qui ont une schizophrénie me font ressentir :

- de l'empathie/compassion ?
- de l'anxiété
- de la peur
- du mépris
- du dégoût

- de la tristesse
- de la joie
- de la sérénité

Discrimination SDS

Désir de distance sociale (Modgill, 2014 : in Opening Minds Stigma Scale for Health Care Providers, traduit et rétrotraduit par 2 natifs) #SDDS

- *Si un ou une collègue avec qui je travaille me disait qu'il ou elle a une schizophrénie traitée, je voudrais toujours autant travailler avec lui ou elle.
- *Mes employeurs devraient embaucher une personne qui a une schizophrénie si elle est la meilleure pour le poste.

Mesures des variables en lien avec le stigma des professionnels

Pratiques orientées vers le rétablissement #ROPS

Basé sur les 6 dimensions d'une pratique axée sur le rétablissement (Commission de la santé mentale du Canada, 2016) (Leamy, Bird et al, 2014)

Jamais 1 2 3 4 5 6 7 Systématiquement

- Rop1 : J'utilise un langage empreint d'espoir et d'optimisme avec les personnes qui ont une schizophrénie.
- Rop2 : Dans mon travail, j'explique les avantages et les inconvénients de mes actions et laisse la possibilité aux personnes qui ont une schizophrénie de refuser ce que je leur propose.
- Rop3 : Quand j'accompagne une personne qui a une schizophrénie, je l'informe sur ses droits (ou bien je m'assure que mes collègues le font).
- Rop4 : Quand j'accompagne une personne qui a une schizophrénie, je sollicite la famille ou les aidants comme partenaires de soin/de l'accompagnement (ou bien je m'assure que mes collègues le font).
- Rop5 : Dans ma pratique, je suis attentif(ve) à l'insertion dans la communauté des personnes qui souffrent de schizophrénie
- Rop6 : Dans ma pratique, je recommande aux personnes qui ont une schizophrénie de se rapprocher de personnes qui se sont rétablies de la schizophrénie, via des associations ou un médiateur de santé-pair / pair-aidant (ou je m'assure que mes collègues le font).

Croyances étiologiques (Valery et al, en rédaction) #ECS

Pas du tout d'accord 1 2 3 4 5 6 7 tout à fait d'accord

- Selon vous, des prédispositions génétiques/héréditaires sont à l'origine de la schizophrénie
- Selon vous, des anomalies chimiques et anatomiques du cerveau sont à l'origine de la schizophrénie
- Selon vous, un ou plusieurs traumatisme(s) psychologique(s) sont à l'origine de la schizophrénie
- Selon vous, une personnalité socialement solitaire, préférant être en retrait social, est à l'origine de la schizophrénie
- Selon vous, différents problèmes familiaux (communication, maltraitance, négligence...) sont à l'origine de la schizophrénie
- Selon vous, des pressions de performance (scolaire ou professionnelle) sont à l'origine de la schizophrénie

Vision Cognitive de la schizophrénie (Valery et al, en rédaction) CBS

- Selon vous, les déficits cognitifs dans la schizophrénie sont générateurs de handicap psychique.
- Selon vous, des déficits de fonctions exécutives, mémoire et de cognition sociale sont en jeu dans la schizophrénie.
- Selon vous, les dysfonctionnements cognitifs sont à l'origine de la schizophrénie.

Croyance en continuum (Violeau et al, coming soon) #CCS

- La schizophrénie est simplement l'exagération d'un fonctionnement normal.
- *Les symptômes de la schizophrénie, comme entendre des voix ou se sentir persécuté, sont en réalité courants chez tout le monde
- *Il existe une limite claire et bien définie entre schizophrénie et normalité.
- La schizophrénie implique un état d'esprit fondamentalement différent de la normale.

Sentiment d'utilité (Lebowitz et al, 2014) SUCS#

Pas du tout d'accord 1 2 3 4 5 6 7 tout à fait d'accord

- *Ce que je fais dans mon travail est utile dans le parcours de soin des personnes qui ont une schizophrénie.
- *Mon travail avec les personnes qui ont une schizophrénie joue un rôle important dans leur rétablissement.
- Je me sens efficace dans mon travail avec les personnes qui ont une schizophrénie.

Rectitude morale et conflit éthique

Pas du tout d'accord 1 2 3 4 5 6 7 tout à fait d'accord

- Dans mon travail auprès des personnes qui ont une schizophrénie, je fais des choses qui me gênent moralement.
- Dans mon travail auprès des personnes qui ont une schizophrénie, je fais des choses qui vont contre mes principes

Vision incrémentielle (Violeau et al, coming soon)

Sous échelle de la vision de la schizophrénie en tant que maladie qui ne peut pas évoluer

Selon vous, les symptômes de la schizophrénie évoluent :

	1	2	3	4	5	6	7
	Pas du tout			Modérément			Considérablement

Sous échelle de la schizophrénie en tant que maladie sur laquelle on ne peut pas agir

Il est possible d'agir sur les symptômes de la schizophrénie :

	1	2	3	4	5	6	7
	Pas du tout			Modérément			Considérablement

Similitudes (Violeau et al, coming soon)

Pas du tout d'accord 1 2 3 4 5 6 7 tout à fait d'accord

Je partage des similitudes avec les personnes qui ont une schizophrénie.

J'ai de nombreux points communs avec les personnes qui ont une schizophrénie.

Maitrise des connaissances

Dans votre **formation initiale**, avez-vous eu des enseignements sur :

- La schizophrénie : Oui/Non
- Le Handicap psychique : Oui/Non
- La réhabilitation psycho-sociale : Oui/Non
- La notion de Rétablissement : Oui/Non
- La stigmatisation : Oui/Non

Dans votre **formation continue**, avez-vous eu des enseignements sur :

- La schizophrénie : Oui/Non
- Le Handicap psychique : Oui/Non
- La réhabilitation psycho-sociale : Oui/Non
- La notion de Rétablissement : Oui/Non
- La stigmatisation : Oui/Non

Si vous en aviez l'occasion, aimeriez-vous des formations complémentaires :

- Pratiques orientée vers le rétablissement

- Stigmatisation

Professionnels du son ou de l'accompagnement exerçant ou ayant exercé auprès de personnes ayant une schizophrénie

Questions socio-démographiques

Variable	Question	Choix de réponse	Modalité
Sexe	Vous êtes :	Une Femme/Un Homme/autre	
Âge	Merci d'indiquer votre âge :	Question ouverte	Limité aux chiffres, limité à 2 caractères
MHP en France	Vous exercez votre profession en France ?	Oui/Non	
Niveau scolaire	Dernier niveau scolaire effectué	<ul style="list-style-type: none"> - Ecole Primaire - Collège - Lycée - Bac - BTS - Licence - Master - Doctorat de pratique (médecine, pharmacie, Odontologie) - Doctorat de recherche 	Choix unique
Professionnel actuel ?	Exercez-vous actuellement votre profession auprès de personnes souffrant de schizophrénie	<ul style="list-style-type: none"> • Actuellement oui • Actuellement non, mais j'ai déjà exercé ma profession auprès de personnes souffrant de schizophrénie • Jamais 	Choix unique
Profession		<ul style="list-style-type: none"> - Psychiatre - Infirmier - Aide-soignant - Ergothérapeute - Orthophoniste - Psychologue - Educateur 	Choix unique

		<ul style="list-style-type: none"> - Moniteur - Assistants de services sociaux - Animateur - Secrétaire - Agent de Service Hospitalier - Autre : ... 	
Neuropsychologue	Êtes-vous également neuropsychologue	Oui/Non	Si répondu « Psychologue » au précédent. Choix unique
Référentiel théorique vous	Vous situez votre pratique comme appartenant principalement au cadre théorique:	<ul style="list-style-type: none"> - Psychanalytique ou psycho-dynamique - Cognitivo-Comportemental - Systémique - Neuropsychologique - Humaniste - Biologique - NSP 	Choix unique
Référentiel théorique du service	Quelle orientation théorique prime dans votre service ?		

Structure	Actuellement, dans quel type de service/structure exercez-vous principalement ?	<ul style="list-style-type: none"> - Service d'hospitalisation à temps complet - Hôpital de jour - Service de réhabilitation psychosociale - Centre Médico Psychologique - SAMSAH - SAVS - Association - Centre de reconversion professionnelle - ESAT - Foyers d'hébergement (FAM, MDR, etc...) - SSR - Activité libérale - Autre... 	Choix Unique
Pluridisciplinarité	Travaillez-vous en équipe pluridisciplinaire	Oui/Non	
Pluridisciplinarité	L'équipe dans laquelle vous travaillez est composée :	<ul style="list-style-type: none"> - Neuropsychologue - Ergothérapeute - Médiateur de Santé/Pair – Pair-Aidant - Aucun de ces trois 	
Région	Dans quel département exercez-vous ? Indiquez le numéro	Question ouverte	Limité aux chiffres, limité à 2 caractères
Années d'expérience	Combien d'années d'expérience avez-vous dans votre métier ?	Question ouverte	Limité aux chiffres, limité à 2 caractères
Familiarité avec la schizophrénie	« Avez-vous dans votre entourage, une personne qui souffre d'un trouble du spectre schizophrénique ? »	<ul style="list-style-type: none"> - Non - Oui, parmi mes collègues 	Choix Multiple

		<ul style="list-style-type: none"> - Oui, dans mon voisinage - Oui, dans mon cercle d'amis - Oui, dans mon entourage : famille proche (parent, enfant, conjoint, frère, sœur) - Oui, dans mon entourage : famille élargie - Oui, moi-même 	

Pour finir, avez-vous quelques idées/solutions à partager avec nous qui favorisent des pratiques moins stigmatisantes envers les personnes qui ont une schizophrénie.

.....

.....

.....

Si vous en aviez l'occasion, accepteriez-vous un audit sur votre pratique professionnelle ? Oui/Non question

IX.6. Annexe 6 : Pré-registation de l'étude contrôlée randomisée **STIGMA_{pro}**

Solutions against schizophrenia stigmatization in mental health professionals: increase perceived similarities with self disclosure, continuum beliefs and recovery example

Registered on OSF (DOI: [10.17605/OSF.IO/9KA7V](https://doi.org/10.17605/OSF.IO/9KA7V))

Study Information

Hypotheses

All stigma scores will be lower in experimental conditions (self disclosure, continuum beliefs, or recovery examples) than in control conditions (neutral control or usual intervention). Self disclosure, continuum beliefs and recovery examples are 3 different ways to increase perceived similarities.

Design Plan

Study type

Experiment - A researcher randomly assigns treatments to study subjects, this includes field or lab experiments. This is also known as an intervention experiment and includes randomized controlled trials.

Blinding

For studies that involve human subjects, they will not know the treatment group to which they have been assigned.

Personnel who interact directly with the study subjects (either human or non-human subjects) will not be aware of the assigned treatments. (Commonly known as “double blind”)

Is there any additional blinding in this study?

The blinding is possible thanks to a false instruction. Participants (mental health professionals) are invited to give their opinion about "educative videos for students in psychology". Actually, videos deliver dissimulated messages against stigma.

Study design

This study use a between (unpaired) design in 5 conditions (videos):

- 2 control conditions:

- o Neutral control group (educative video about health apps in schizophrenia)
- o Basic intervention against stigma (definition and consequences of schizophrenia stigma, etc...)
- 3 experimental conditions:
 - o Arguments about self disclosure (educative video on)
 - o Arguments about continuum between schizophrenia and norm
 - o Arguments about recovery of schizophrenia (example of)

Randomization

We will use block randomization, where each participant will be randomly assigned to one of the 5 equally sized, predetermined conditions. The randomization will be effected by LimeSurvey software.

Sampling Plan

Existing Data

Registration prior to creation of data

Explanation of existing data

No response

Data collection procedures

Participants will be recruited on line, through social networks (LinkedIn, FaceBook groups of mental health professionals...) and mailing lists of professionals, available on internet. Participants will not be paid for their participation. Participants must be mental health professionals, who work or have worked with persons with schizophrenia in France.

No files selected

Sample size

Our target sample size is 305 participants (51 per condition). We will attempt to recruit up to 336 individuals, assuming a maximum of 10 % of extreme data.

Sample size rationale

We used the software program G*Power to conduct a power analysis. Our goal was to obtain .95 power to detect a medium effect size of .25 at the standard .05 alpha error probability. (ANOVA: Fixed effect, omnibus, one-way)

Stopping rule

No response

Variables

Manipulated variables

We exposed participants to videos about arguments against schizophrenia. 5 conditions:

- 2 control conditions:

O Neutral control group (educative video about health apps in schizophrenia)

O Basic intervention against stigma (definition and consequences of schizophrenia stigma, etc...)

- 3 experimental conditions:

O Arguments about self disclosure (educative video on)

O Arguments about continuum between schizophrenia and norm

O Argument about recovery of schizophrenia (example of)

Measured variables

We will measure stigma in 3 dimensions: stereotypes, prejudices, intents of discrimination. We will measure stereotypes in 5 semantic differential scales (Osgood, Suci, & Tannenbaum, 1957):

o Pessimism (on a scale of 1-7, 1 being 'Cannot access a high quality of life at all', 7 being 'Can totally access a high quality of life')

o Danger (on a scale of 1-7, 1 being 'not dangerous to others at all', 7 being 'very dangerous to others')

o Incompetency 1 (on a scale of 1-7, 1 being 'Are not at all capable of making good decisions about their health', 7 being 'Are totally capable of making good decisions about their health')

o Incompetency 2 (on a scale of 1-7, 1 being 'Not at all effective at work', 7 being 'very effective at work')

o Blame (on a scale of 1-7, 1 being 'Make absolutely no effort to get out of their problems', 7 being 'Make a lot of effort to get out of their problems')

As Servais and Sunders (2007), we will use this scales asking "Where would you place these different people on this scale: 'people with schizophrenia' 'healthy people (without schizophrenia)' and 'myself'. For each item we will use the 'people with schizophrenia' as stereotype score. We also will use the difference between 'people with schizophrenia and 'myself' as a stigma score. Then, the 'myself' score will be used for checking activation of our different conditions.

We will measure prejudices with 3 likert scale items asking "People with schizophrenia make me feel:

o afraid (on a scale of 1-7, 1 being 'not at all', 2 being 'slightly', 3 being 'a little', 4 being 'moderately', 5 being 'quite' 6 being 'a lot', 7 being 'extremely')

o anxious (on a scale of 1-7, 1 being 'not at all', 2 being 'slightly', 3 being 'a little', 4 being

'moderately', 5 being 'quite' 6 being 'a lot', 7 being 'extremely')

o compassionate (on a scale of 1-7, 1 being 'not at all', 2 being 'slightly', 3 being 'a little', 4 being 'moderately', 5 being 'quite' 6 being 'a lot', 7 being 'extremely')

For statistical analysis, will use each item separately.

We will measure intents of discrimination with 2 likert scale items from social distance scale (Valery et al, in redaction).

o My employers should hire someone with schizophrenia if they are the best person for the job. (on a scale of 1-7, 1 being 'Not agree at all ', 7 being 'totally agree')

o If a colleague I work with told me that he or she has a treated schizophrenia, I would still want to work with him or her. (on a scale of 1-7, 1 being 'Not agree at all ', 7 being 'totally agree')

For statistical analysis, will use each item in one and only score of "intents of discrimination".

We will measure continuum beliefs, beliefs in recovery, beliefs in self disclosure and perceived similarities to check differences between conditions. We will measure continuum beliefs and perceived similarities as in Violeau et al (2020) :

o Continuum beliefs measured with QBCS (Questionnaire of Belief in a Continuum in Schizophrenia) on a scale of 1-7, 1 being 'Not agree at all ', 7 being 'totally agree' ('Schizophrenia is simply an exaggeration of normal functioning.' ; 'The symptoms of schizophrenia, such as hearing voices or feeling persecuted, are actually common to everyone' ; 'There is a clear and well-defined limit between schizophrenia and normality.' ; 'Schizophrenia involves a state of mind that is fundamentally different from normal.')

o Perceived similarities measured with 2 items of SPSS (Scale of Perceived Similarities with Schizophrenia) on a scale of 1-7, 1 being 'Not agree at all ', 7 being 'totally agree' ("I share similarities with people who suffer from schizophrenia." ; 'I have many things in common with people who suffer from schizophrenia.')

We will measure beliefs in recovery with a item from the STIGMApro scale (Valery et al, in redaction) on a scale of 1-7, 1 being 'Not agree at all ', 7 being 'totally agree' : 'People with schizophrenia can recover (living a satisfying, productive, and hopeful life despite the illness).'

We will measure beliefs in self disclosure with item asking ' It is helpful to reveal something personal to someone you are caring for with schizophrenia' on a scale of 1-7, 1 being 'Not agree at all ', 7 being 'totally agree'.

Indices

STIGMA As Servais and Sunders (2007), we will use this scales asking "Where would you place these different people on this scale : 'people with schizophrenia' 'healthy people (without schizophrenia)' and 'myself'. For each item we will use the 'people with schizophrenia' as

stereotype score. We also will use the difference between the mean of all score of 'people with schizophrenia' score and the mean of all of 'myself' score as a stigma score (distance score). Then, the 'myself' score will be used for checking activation of our different conditions. Stereotypes:

- o pessimism score
- o danger score
- o incompetency score1
- o incompetency score2
- o blame score
- o distance score

Prejudices:

- o compassion score
- o anxiety score
- o fear score

Intents of discrimination:

- o desire for social distance score

To check differences between conditions

Continuum beliefs :

- o Continuum score (mean of two first items)
- o Categorical score (mean of two last items)

Self disclosure beliefs :

- o Item score

Beliefs in recovery :

- o Item score

Perceived similarities :

- o Perceived similarities score (mean of the two items)

No files selected

Analysis Plan

Statistical models

We will conduct all statistical analyses in R studio, version 3.5.3. Descriptive statistics will be performed as mean values and standard deviations (SD).

Checking for activation of continuum beliefs

Score of continuum beliefs will be higher in the continuum condition vs all other conditions. Score of categorical beliefs will be lower in the continuum condition vs all other conditions. To compare mean values between different groups, regression analysis using dummy coding (using continuum

group as the reference group).

Checking for activation of beliefs in recovery

Score of recovery beliefs will be higher in the recovery condition vs all other conditions. To compare mean values between different groups, regression analysis using dummy coding (using recovery group as the reference group).

Checking for activation of beliefs in self disclosure

Score of self disclosure beliefs will be higher in the self disclosure condition vs all other conditions. To compare mean values between different groups, regression analysis using dummy coding (using self disclosure group as the reference group).

Checking for activation of perceived similarities

Score of perceived similarities will be higher in 3 experimental conditions vs control conditions. To compare mean values between different groups, regression analysis using dummy coding (using control groups as the reference group).

Effect of experimental conditions on stigma

All stigma scores (pessimism, danger, incompetency 1, incompetency 2, blame, superiority, fear, anxiety, compassion* and social distance) will be lower in experimental conditions vs control conditions. To compare mean values between different groups, regression analysis using dummy coding (using control groups as the reference group). We will measure effect size of experimental conditions with cohen d (in comparison with all 2 control groups). In a second time : Analyses of the processes involved in perceived similarities Score of "distance" will be lower in experimental conditions vs 2 control conditions. To compare mean values between different groups, regression analysis using dummy coding (using self control groups as the reference group). Score of "myself" will be higher in self disclosure condition vs 2 other experimental conditions. To compare mean values between different groups, regression analysis using dummy coding (using self disclosure group as the reference group). Score of "people with schizophrenia" will be lower in recovery condition vs 2 other experimental conditions. To compare mean values between different groups, regression analysis using dummy coding (using recovery group as the reference group).

No files selected

Transformations

see infra

Inference criteria

We will use the standard $p < .05$ criteria for determining if the regression analysis using dummy coding suggests that the results are significantly different from those expected if the null

hypothesis were correct.

Data exclusion

Outliers will be included in the analysis. Participants could be excluded of analysis if that permit us to complete application conditions for regression analysis (homoscedasticity and quasi-normal distribution of residuals)

Missing data

If a subject does not complete all items, that subject will not be included in the analysis.

Exploratory analysis

We expect that certain demographic traits may be related to stigma. They may be used for control variables in analysis.

Copyright © 2011-2021

IX.7. Annexe 7 : Scripts des vidéos de l'étude contrôlée randomisée **STIGMA_{pro}**

Self-disclosure

Le self-disclosure peut se traduire par « Révélation sur soi ». C'est un des nombreux concepts de relation thérapeutique, aux côtés de l'empathie, la collaboration ou encore l'authenticité. Les self-disclosure du thérapeute peuvent être définis comme des "déclarations du thérapeute qui révèlent quelque chose de personnel sur lui-même" (Hill & Knox, 2002, p. 256). Le self-disclosure s'utilise lorsque le thérapeute souhaite renforcer la relation thérapeutique. Pour ce faire, il peut par exemple verbaliser les nombreuses similitudes qu'il a avec la personne accompagnée. En effet, les thérapeutes ont tendance à sous-estimer le fait qu'il existe de nombreuses similitudes entre l'accompagnant et l'accompagné. Pourtant, dans le but de renforcer le lien, un self-disclosure pourrait permettre au thérapeute de partager un événement personnel similaire à celui de la personne accompagnée comme un deuil ou une naissance. Ou bien, le thérapeute peut partager un moment dans lequel il a ressenti une émotion similaire comme une profonde colère ou une grande sérénité ; ou encore, une situation dans laquelle il a utilisé une stratégie similaire à celle utilisée par la personne, comme l'évitement d'une personne ou la gestion d'une émotion. Et même lorsqu'il s'agit d'une schizophrénie, le thérapeute peut partager une expérience similaire aux hallucinations ou bien aux idées délirantes !

En effet, nous avons effectué un sondage auprès de 200 professionnels de santé mentale, comme les infirmières, les psychologues ou encore les psychiatres. Nous nous sommes demandé si nous avions déjà expérimenté des expériences similaires aux symptômes de la schizophrénie. Pour ce qui est des hallucinations, près d'un soignant sur 6 rapporte avoir déjà senti la présence d'une personne décédée, et 1 soignant sur 4 a déjà expérimenté des hallucinations auditives. Aussi, nous sommes 1 soignant sur 3 à avoir vu des choses qui pourtant n'étaient pas présentes dans le monde réel. Et les similitudes entre nous et le personne qui ont une schizophrénie continue : la moitié d'entre nous rapporte avoir déjà eu des idées délirantes : par exemple, près d'un soignant sur trois rapporte avoir déjà fait l'objet de persécution ou de complot.

Ainsi, non seulement les personnes qui ont une schizophrénie et les professionnels de santé mentale partagent des points communs humains, comme les événements de vie, les émotions, les stratégies de gestion de situation, mais il partagent également plus de similitudes qu'on ne le pense du point de vue des expériences liées à la maladie.

Question de lecture :

Un exemple de self disclosure est de partager des stratégies, situations et émotions personnelles à

la personne qu'on accompagne. Ce qui permet ce partage est le fait que :

- Il existe beaucoup de points communs humains entre moi et les personnes que j'accompagne
- Ma vie est tellement saine qu'elle est un modèle thérapeutique

Parmi tous ces points communs entre le/la thérapeute et la personne qui a une schizophrénie, quels exemples la vidéo donne-t-elle?

- Les émotions, les événements de vie, les stratégies de gestion de situation mais aussi les hallucinations ou encore les idées délirantes
- Les rôles familiaux, sociaux, et professionnels mais aussi les réflexions existentielles sur les objectifs de vie
- Les dilemmes, les difficultés financières, le moral bas mais aussi l'envie de participer à une société

Approche continuum

En santé mentale, les personnes qui ont une schizophrénie sont souvent perçues comme appartenant à une catégorie bien différente de la population saine, répondant notamment à certains critères diagnostics très précis, délimitant cette catégorie. Cependant, cette démarcation nette entre les personnes qui ont une schizophrénie et celles qui n'en n'ont pas n'est soutenue par aucune donnée scientifique. Au contraire, depuis longtemps, la littérature scientifique réfute cette vision catégorielle, soutenant davantage l'hypothèse d'un continuum entre le pathologique et le non pathologique.

Par exemple, alors que la schizophrénie ne concerne qu'un pourcent de la population, c'est 20 % de la population qui déclare s'être déjà senti persécutée. La personne persécutée, c'est celle qui pense que l'on complotte contre elle, qu'on cherche à lui nuire. Dans son expression la plus grave, ce phénomène peut être considéré comme une idée délirante, un symptôme de schizophrénie. Cependant, ce phénomène existe bien dans l'entièreté de la population. Plus le sentiment de persécution est envahissant et négatif, et plus on s'approche d'une manifestations pathologique de cet état. En d'autres mots les expériences dites psychotiques existent plus ou moins intensément dans l'entièreté de la population.

Autre exemple, les hallucinations. Ce n'est pas un critère décisif pour le diagnostic de la schizophrénie. On peut avoir le diagnostic de schizophrénie sans avoir d'hallucination. Mais surtout, on peut avoir des hallucinations sans avoir de schizophrénie. Selon les données épidémiologiques, la schizophrénie représente environ 1% de la population. Or, toujours selon les

données de la littérature scientifique, 8 à 14% de la population entend régulièrement des voix. Encore une expérience dites « psychotique » mais qui pourtant existe à des degrés divers dans la population. Pour expliquer cette gradation, la littérature internationale met en avant que plus la voix est négative et envahissante et plus elle pose problème au niveau psychologique. Mais il existe bien tout un nuancier d'entente de voix dans lequel existent des vécus positifs.

La schizophrénie, ce n'est donc pas soit on l'a, soit on ne l'a pas. C'est bien un continuum.

Question de lecture

Selon la vidéo :

- La schizophrénie c'est soit on l'a soit on ne l'a pas, c'est une case
- La schizophrénie, ce n'est pas soit on l'a, soit on ne l'a pas, c'est un continuum

Toutes ces expériences liées à la schizophrénie existent à divers degrés dans toute la population, sur un continuum allant du non pathologique au pathologique. Quelles sont celles présentées dans la vidéo.

- Les idées délirantes et les hallucinations
- Les humeurs dépressives et les difficultés d'organisation
- Les addictions et les comportements agressifs
- Les manques de motivation et les difficultés familiales

Exemples de rétablissement

Se rétablir d'une schizophrénie, c'est possible. Une grande étude épidémiologique de l'OMS conduite en 2007 rapporte qu'entre 48% et 60 % des personnes qui ont reçu un diagnostic de schizophrénie connaissent le rétablissement dans les 10 années qui suivent le diagnostic. Pour nous, professionnels de santé, ces chiffres nous paraissent parfois exagérés. Cette impression est tout à fait normale. Dans notre pratique, nous passons plus de temps à accompagner les personnes qui connaissent le plus de difficultés par rapport aux personnes qui ont pas ou peu besoin d'accompagnement. Tant et si bien que nous sous-estimons parfois les capacités de rétablissement des personnes accompagnées. Et pourtant le rétablissement est loin de concerner quelques exceptions, les exemples sont très nombreux :

Stéphane Cognon est un homme qui a connu de nombreuses difficultés lorsqu'il est entré dans l'âge adulte.

VIDEO témoignage

Suite à un accompagnement adapté et précoce, Stéphane Cognon connaît rapidement une

vie productive, rempli d'espoir et de sens. Il a longtemps travaillé à temps pleins dans l'industrie, avant d'envisager une récente reconversion professionnelle. Il s'est marié et assume le rôle de père de trois enfants. Il est également auteur, et retrace son parcours dans son premier livre.

VIDEO témoignage

Florent Babillotte

VIDEO témoignage

Florent Babillotte connaît lui aussi de nombreuses difficultés dès l'adolescence : nombreuses idées délirantes et hallucinations, avec parfois des comportements très agressifs. Un jour il agresse son père et regrette fortement son geste. Il prend alors conscience qu'il a besoin d'aide. Un accompagnement efficace replace Florent Babillotte sur le chemin du rétablissement. Il accède très vite à une haute qualité de vie :

VIDEO témoignage

Questions de lecture :

Selon la vidéo, le rétablissement concerne :

- La majorité des personnes diagnostiquées avec une schizophrénie
- Une toute petite minorité des personnes diagnostiquées avec une schizophrénie

Parmi ces exemples connus de rétablissement de la schizophrénie qui sont devenus auteurs/autrices, lesquels sont présentés dans la vidéo :

- Florent Babillotte, aide-soignant, auteur, ayant reçu un diagnostic de schizophrénie
- Stéphane Cognon, ouvrier dans le BTP, auteur, ayant reçu un diagnostic de schizophrénie
- John Forbes Nash, auteur, économiste, mathématicien, prix Nobel d'économie, ayant reçu un diagnostic de schizophrénie
- Elyn Saks, professeure de droit, autrice, ayant reçu un diagnostic de schizophrénie
- Polo Tonka, auteur, ayant reçu un diagnostic de schizophrénie
- Luc Vigneault, auteur, conférencier universitaire international, ayant reçu un diagnostic de schizophrénie
- Sophie Chrizen, autrice, ayant reçu un diagnostic de schizophrénie
- Maud F., cadre supérieur, ingénieure dans un grand groupe français, sujet d'un article dans l'Express
- Patricia Deegan, chercheuse en psychologie, ayant reçu un diagnostic de schizophrénie
- Jacques Mathis, auteur, poète, ayant reçu un diagnostic de schizophrénie
- Claire Chardin, autrice, poétesse, ayant reçu un diagnostic de schizophrénie
- Philippe Cado, auteur, ayant reçu un diagnostic de schizophrénie

- Ségolène Boulard, autrice, ayant reçu un diagnostic de schizophrénie
- Philippe Collinet, auteur, ayant reçu un diagnostic de schizophrénie
- Matthieu de Vilmorin, auteur, président d'association, ayant reçu un diagnostic de schizophrénie
- Chantal Van Audenhove, autrice ayant reçu un diagnostic de schizophrénie
- Julia Gradel, autrice ayant reçu un diagnostic de schizophrénie

Contrôle de base : sensibilisation

Qu'est-ce que la stigmatisation ?

La stigmatisation est un processus de catégorisation sociale. L'être humain est constamment bombardé d'information, puisqu'il vit dans un environnement très sollicitant. Pour pouvoir raisonner dans cette environnement, notre cerveau doit classer rapidement ces informations, il a constamment besoin de faire des catégories, même avec les personnes qu'il croise. Cette catégorisation peut mener à de la stigmatisation.

Plus précisément, la stigmatisation, est le fait de réduire une personne à un attribut qui la discrédite profondément. En effet, chacun de nous possédons diverses caractéristiques ou diverses facettes de ce que nous sommes. Cela s'exprime notamment à travers tous les rôles sociaux que l'on exerce, toutes les catégories auxquelles on appartient. Par exemple, cette personne appartient aux catégories « Père », « Homme », « la cinquantaine », « peintre », « solitaire », « au chômage », «bénévole », etc... La stigmatisation, c'est réduire une personne à une seule de ses catégories, de ne la considérer qu'à travers cette catégorie, en niant les autres. Ici, si on stigmatise cette personne parce qu'elle appartient à la catégorie « schizophrène », on ne la voit plus qu'à travers cette catégorie. Par exemple, on explique son goût pour la peinture parce que les personnes qui ont une schizophrénie sont plus créatives. On explique son manque de relation sociale parce que les personnes qui ont une schizophrénie sont dangereuses et font peur, ou alors parce qu'elles ne savent pas entretenir de relation sociale. On explique son chômage parce que les personnes qui ont une schizophrénie sont moins capables de travailler que les autres, parce qu'on ne donnerait pas un travail à quelqu'un qui a une schizophrénie.

Ainsi, la stigmatisation c'est traiter différemment une personne parce qu'elle appartient à un groupe sur lequel on fait des généralités abusives, que ce soit en terme de croyance : je crois que les personnes qui ont une schizophrénie sont dangereux, d'attitude : j'ai peur des pqous ou de comportement j'évite les pqous.

Enfin, cette stigmatisation a de nombreuses conséquences sur les personnes concernées : perte d'estime de soi, isolement sociale, frein au rétablissement et risque suicidaire accru. On peut en conclure que la stigmatisation est un enjeu majeur de santé publique

Question de lecture :

Cette vidéo concerne :

- La stigmatisation
- Le régime vegan

Cette vidéo donne 3 dimensions de la stigmatisation, lesquelles :

- Croyances, attitudes, comportements
- Publique, familiale et auto-stigmatisation

Contrôle neutre

E-SANTE : les questions à se poser avant d'utiliser un site internet ou une application sur la schizophrénie ? Voici quelques questions à se poser concernant les outils numériques de E santé.

QUI ? Les développeurs sont-ils identifiables ? Les développeurs peuvent être un organisme public, un professionnel de santé, une association de personnes concernées par la schizophrénie ou leurs proches, mais aussi, les développeurs peuvent être une assurance, une mutuelle, pu une firme pharmaceutique. Les conditions générales permettent d'identifier les développeurs. Aussi, les CGU informent sur le financement de l'outil. Même présentés comme gratuit, le site ou l'application impose parfois des contreparties (bannières publicitaires, revente des données personnelles).

L'outil est-il pertinent ? L'information est-elle fiable ? Pour une meilleure fiabilité des informations, il est conseillé d'être attentif aux sources de ces informations : sont-elles visibles, datées et vérifiables ? Est-il possible d'accéder aux sources de financements et aux déclarations d'éventuels liens d'intérêts des auteurs ? De plus, un outil développé avec ou par des personnes qui ont une schizophrénie a plus de chance de répondre directement aux besoins ciblés.

Enfin, l'outil est-il sécurisé ? Certains outils nécessitent l'accès à la géolocalisation, la liste des contacts, ou au microphone voire à la caméra. La politique de confidentialité du développeur doit détailler les mesures de protection des données personnelles. Actuellement, en France, il n'existe aucune structure officielle évaluant et labellisant les applications mobiles dédiées à la santé.

Source : Psycom 2020

Question de lecture :

La vidéo que vous venez de voir concerne :

- La E-santé
- L'art thérapie

Quelle maladie est évoquée dans cette vidéo ?

- La schizophrénie
- Le diabète

IX.8. Annexe 8 : Curriculum Vitae

Curriculum Vitae Académique

VALERY Kévin-Marc

28/03/1995

33400 TALENCE

kevin-marc.valery@u-bordeaux.fr

Statut

Doctorant en Neuropsychologie Clinique : « Réduction de la stigmatisation de la schizophrénie dans les pratiques en santé mentale ». 2018-2021. Sous la direction du Pr. Antoinette Prouteau, LabPsy EA4139, Université de Bordeaux.

Attaché Temporaire d'Enseignement et de Recherche : enseignements en méthodologie, statistiques, psychologie clinique et neuropsychologie 2021-2022. Faculté de Psychologie, LabPsy EA4139, Université de Bordeaux.

Mécène de Compétence : atelier de recherche participative au ClubHouseBordeaux. 2019-2022

Formation

Formation initiale

Doctorat en psychologie (en cours) Université de Bordeaux. 2018-21

Master 1 & 2 Professionnel Neuropsychologie Clinique (option recherche) Université de Bordeaux. 2016-18

Licence de psychologie. Université de Bordeaux. 2013-16

Formation continue

Thérapies Cognitivo-Comportementales (en cours) 1^{ère} année EPTHECC, IRCCADE 2021-2022

Se former pour enseigner dans le supérieur (2021), Le Ministère de l'Enseignement Supérieur, de la Recherche et de l'Innovation

Intégrité scientifique dans les métiers de la recherche (2019), Université de Bordeaux

Expérience

Expériences professionnelles académiques

Agent Temporaire Vacataire, 2020-21, Université de Bordeaux

CDD LRU, 2019-20, Université de Bordeaux

CDD LRU, 2018-19, Université de Bordeaux

Expériences en psychologie et neuropsychologie cliniques

Attaché de Recherche Clinique : Coordonnateur du programme **STIGMA^{pro}**. 2019-2021, Pôle de psychiatrie adulte Centre Hospitalier de Jonzac, 100% ETP

Psychologue Clinicien spécialisé en Neuropsychologie, 2018-19 **EDEAccess'** (service de réinsertion professionnelle pour les personnes en situation de handicap physique, psychique ou cognitif). Bilan neuropsychologique, orientations, psychothérapies. 2018-2019 Association EDEA, Cenon, 50% ETP

Publications

Revue internationale à comité de lecture

Valery, K.-M., & Prouteau, A. (2020). Schizophrenia stigma in mental health professionals and associated factors: A systematic review. *Psychiatry Research*, 290, 113068.

Violeau L., **Valery KM.**, Fournier T., Prouteau A. (2020). How continuum beliefs reduce stigma of schizophrenia: the role of perceived similarities. *Schizophrenia Research (Q1 Psychiatry and mental health)*. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2020.04.014>

Valery, K.-M., Violeau, L., Fournier, T., Guionnet, S., Bonilla-Guerrero, J., Caria, A., Carrier, A., Destailats, J.-M., Follenfant, A., Laberon, S., Lalbin-Wander, N., Martinez, E., Quemper, D., Staedel, B., Touroude, R., Vigneault, L., & Prouteau, A. (submitted). When mental health care is stigmatizing: experience of users and families and associated factors

Valery, K.-M., Fournier, T., Violeau, L., Yvon, F., Arfeuille, S., Bonilla-Guerrero, J., Caria, A., Carrier, A., Destailats, J.-M., Follenfant, A., Laberon, S., Lalbin-Wander, N., Martinez, E., Staedel, B., Touroude, R., Vigneault, L., Roux, S., & Prouteau, A. (submitted). "Part of the solution yet part of the problem" Stigmatization in mental health professionals : Characteristics and associated factors.

Autres publications

Prouteau, A. & **Valery, K.-M.** (2021) Stigmatisation chez les professionnels de la santé mentale et facteurs associés : Revue de littérature, *Rapport de la FIRAH*

Communications

Communications orales

Valery, K.M (à venir). Stigmatisation dans les pratiques en neuropsychologie clinique. Symposium et Communication orale, Congrès Nationale de Neuropsychologie Clinique, Nantes

Valery, K.M (2020). Le rétablissement, de la théorie à la pratique. Communication orale, Journée Annuelle CEISME. Bordeaux

Valery, K.M et Prouteau, A (2019). Réduction de la stigmatisation de la schizophrénie dans les pratiques en santé mentale. Communication orale, Journée rétablissement de l'A.R.S. Nouvelle-Aquitaine

Valery, K.M, (déc, 2019). Stigmatisation des maladies neuro-évolutives dans les pratiques en santé gériatrique. Communication orale, Journée pour les assises régionales PMND Bordeaux

Valery, K.M, (nov, 2019). Stigmatisation des maladies neuro-évolutives dans les pratiques en santé gériatrique. Communication orale, Journée pour les assises régionales PMND Angoulême

Valery, K.M, (avril, 2017). Comment communiquer sur les maladies mentales dans les médias. Communication orale, Festival « Sans œillère on s'entend mieux »

Responsabilité

Responsabilités collectives

Organisateur de la conférence de Luc Vigneault « Cap sur le rétablissement » 2020, Bordeaux

Représentant des Doctorants au conseil de laboratoire de psychologie, Université de Bordeaux, 2019-23

Enseignements

Enseignements dispensés (450h)

Méthodologie / Traitement de données statistiques :

- L2 Introduction à Rstudio
- L2 Tests de corrélation (Rstudio)
- L2 Tests de Chi² (Rstudio)
- L3 Tests d'ANOVA (Rstudio)
- L3 Tests Régressions Linéaires (Rstudio)
- L3 Méthodes d'évaluation neuropsychologique
- M1 Analyses Factorielles (Rstudio)

Neuropsychologie :

- L1 Introduction à la Neuropsychologie clinique
- L3 Méthodes d'évaluation neuropsychologique
- M1 Introduction aux traumatismes crâniens
- M1 Outils du bilan neuropsychologique

Psychologie clinique et psychopathologie :

- L2 Approche de la psychopathologie cognitive
- M1-M2 Méthodes cliniques
- M2 Approche du rétablissement (étapes, processus et pratiques)
- M2 Stigmatisation dans les pratiques en santé mentale

Relation thérapeutique :

- L3-M1 Introduction à la relation thérapeutique
- L3-M1 Alliances et relation thérapeutique
- M1-M2 Empathies dans la relation thérapeutique
- M1-M2 Collaboration et Co-construction des objectifs dans la relation thérapeutique
- M1-M2 Dévoilement de soi dans la relation thérapeutique

Encadrement de Travaux d'Etudes et de Recherche (e mémoire de fin d'année) :

- L3 Psychologie clinique (n=10)
- M1 Neuropsychologie Clinique (=10)
- M2 Neuropsychologie Clinique filière professionnelle (n=8)