



HAL
open science

Relations intimes & troubles psychiques sévères : vers une amélioration des accompagnements

Meryl Caiada

► **To cite this version:**

Meryl Caiada. Relations intimes & troubles psychiques sévères : vers une amélioration des accompagnements. Psychologie. Université de Bordeaux, 2024. Français. NNT : 2024BORD0240 . tel-04815066

HAL Id: tel-04815066

<https://theses.hal.science/tel-04815066v1>

Submitted on 2 Dec 2024

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.

THESE PRESENTEE POUR OBTENIR LE GRADE DE

DOCTEUR DE L'UNIVERSITE DE BORDEAUX

ÉCOLE DOCTORALE Sociétés, Politique, Santé Publique (SP2)

SPÉCIALITÉ Psychologie

Par Meryl CAIADA

**Relations intimes & troubles psychiques sévères :
vers une amélioration des accompagnements**

Sous la direction du Professeur Antoinette PROUTEAU

Soutenue publiquement le 8 novembre 2024

Membres du jury :

Mme BESCHE-RICHARD Chrystel	PU - Université de Reims	Rapporteure
Mme ROHMER Odile	PU - Université de Strasbourg	Rapporteure
Mme KOLECK Michèle	PU - Université de Bordeaux	Présidente
Mme LECOMTE Tania	PU - Université de Montréal	Examinatrice
Mme PROUTEAU Antoinette	PU - Université de Bordeaux	Directrice de thèse
M. VIGNEAULT Luc	DHC - Université Laval	Invité

“Those of us who have been diagnosed with major mental illness do not cease to be human beings by virtue of that diagnosis. Like all people we experience the need for love, companionship, solitude, and intimacy. Like all people we want to feel loved, valued, and desired by others.

The greatest and most healing service that can be offered to people with psychiatric disabilities is to treat them with respect and honor them as human beings. This means honoring us in our full humanity, including our sexuality and our desire to love and be loved”.

Patricia Deegan, 1999, p. 2

Laboratoire de Psychologie – Université de Bordeaux

[Laboratoire de Psychologie (LabPsy), UR 4139, 3 Ter Place de Victoire, 33000

Bordeaux Université de Bordeaux]

Remerciements

Aux membres du jury,

J'adresse mes premiers remerciements à l'ensemble des membres du jury, Chrystel Besche-Richard, Odile Rohmer, Michèle Koleck, Tania Lecomte et Luc Vigneault, pour me faire l'honneur d'évaluer mon travail de thèse. Merci à Antoinette Prouteau d'avoir accepté de diriger ce travail doctoral.

C'est une bonne situation ça, doctorant ?

« Vous savez, moi je ne crois pas qu'il y ait de bonne ou de mauvaise situation. Si je devais résumer ma vie aujourd'hui avec vous, je dirais que c'est d'abord des rencontres. »

Aux rencontres professionnelles et humaines,

Merci à Tania Lecomte pour ton accueil chaleureux et ton soutien durant mon séjour à Montréal, où j'ai eu le privilège de bénéficier de ton expertise. Je suis profondément honorée par l'opportunité que tu m'as offerte, et j'ai hâte de poursuivre notre collaboration.

Merci à Luc Vigneault pour ton expertise et ton soutien qui m'ont tant apporté, à la fois professionnellement et personnellement.

Merci aux « *Jonzaquais* », Julien, Jean-Marc, Camille et Anthony. J'ai adoré apprendre à vos côtés, et je suis très reconnaissante d'avoir eu la chance de bénéficier de vos regards. Vous avez joué un rôle essentiel dans la construction de mon identité professionnelle, et pour cela, je vous remercie sincèrement.

Aux membres du Comité de Pilotage,

Merci à l'ensemble des membres du Comité de pilotage pour la richesse de vos savoirs, qui ont grandement contribué à l'élaboration de ce travail doctoral. Vos remarques avisées et le cadre structurant que vous avez fourni ont été des éléments clés dans la réussite de ce projet.

Aux doctorants et aux docteurs du laboratoire de psychologie,

Un grand merci aux doctorants et aux docteurs du laboratoire, avec qui j'ai eu la chance de partager ces trois années. Merci à Caroline, Hélène, Margot pour votre accueil si chaleureux. Merci à Jérémy, Nicolas et Yoann pour m'avoir transmis vos compétences dont je tâcherai de faire bon usage. Comme je vous l'ai dit à maintes reprises, je vous en suis profondément reconnaissante. Un grand merci à Camille, Widad, et Adèle pour ces bons moments et ces soirées mouvementées. Votre bienveillance a été d'un grand soutien. Merci à Mathilde, Marie, Hugo, William, Clément, Jordan, Camille, Alizée, Lisa, Alice, Sandra, Simon P., Alejandro, Aurélien, Vincent, Wilfried, Natalija... Merci pour ces BT et ces tarots par milliers. Enfin, Elisabeth, merci pour ta bonne humeur quotidienne et pour tout ce que tu fais pour nous. La solidarité et l'entraide qui règnent au sein de ce laboratoire sont inestimables. Vous avez été, pour moi, des facilitateurs essentiels dans cette aventure.

À ma famille, grâce à qui rien n'est impossible,

A mes parents, merci de m'avoir transmis ces valeurs qui me portent et me guident chaque jour. Elles ont profondément façonné ma conduite professionnelle. Merci d'avoir soutenu chacun de mes choix, de la Licence au Doctorat, de Grenoble à Bordeaux, en passant par Montréal. C'est ce soutien inconditionnel qui m'a permis d'accomplir chacune de mes aspirations, y compris celle de réaliser une thèse, ici, à Bordeaux. Votre soutien durant la « révision » de ma thèse (comme vous le dites) a été inestimable. Enfin, et par-dessus tout, merci de m'avoir appris à me battre pour ce(eux) que j'aime. Un grand merci à mon petit frère, dont je suis si fière, à mes grands-parents, vous qui m'avez tant donné, et à mes oncles, tantes et cousins pour votre profonde bienveillance.

À toute ma famille, merci pour ces innombrables moments de joie et de rires qui m'ont permis de me ressourcer quand j'en avais le plus besoin.

À mes amis, grâce à qui tout devient plus facile,

Merci à mes sœurs Voironnaises, Clara, Chloé, Elodie, Emma, Jeanne, Léa et Louise. Je suis consciente de la place qu'a pris ce travail dans ma vie et de la priorité que j'en ai faite. Mais je crois que vous avez déjà pardonné mes « *je ne peux pas, je dois travailler* » ou encore « *pas longtemps, je dois être en forme demain* ». (Même si, soyons honnêtes, ça se compte sur les doigts d'une seule main). Merci de m'avoir écoutée parler de mon travail pendant des heures. Merci de m'avoir rassurée quand j'ai douté. Merci d'avoir été présentes lors des déceptions, et d'avoir souligné les victoires. Merci pour ces fous rires, merci pour ces danses, merci pour ces chants, merci pour ces « *schuss* », merci pour ces soirées. Vous avez été mon carburant pendant ces longues années, et j'ai l'intime conviction que vous le serez encore les décennies à venir.

Merci à mes frères, Max, Nati, Nons, Dervz, Barns, Sanch, Cout et Pierre. Merci pour vos encouragements sans faille et votre soutien indéfectible.

Merci à Romane, ma sœur bordelaise. Quelle chance de t'avoir rencontrée ! Merci pour ces heures passées en terrasse, merci de t'intéresser à chaque détail, merci pour ton écoute bienveillante et merci pour nos « *petits pas de danse* ». Xav, merci d'avoir été si attentionné lors de toutes ces soirées, qui resteront (presque) gravées dans ma mémoire, et merci aussi pour les fleurs, même si, « *c'est pas une fleur, c'est une rose* ». Marielle, merci pour ton soutien infailible durant toutes ces années et pour tous ces bons moments.

Merci à Naura. Je suis très heureuse de t'avoir rencontrée et de te compter parmi mes amies. Merci pour toutes ces soirées passées avec Sarah et le chat. J'ai trouvé chez vous une forme d'apaisement qui a grandement contribué à mon équilibre ces dernières années.

Merci à Sonia, Nicolas, et Loris de m'avoir accueillie à bras ouverts à Montréal. J'ai hâte de vous retrouver et de poursuivre l'aventure à vos côtés.

À mes amis, merci d'avoir toujours su préserver mon « *Sens de La Fête* ».

À la fine équipe, sans qui rien de cela n'aurait de sens,

Adrien, tu es déjà un soutien de taille, et pour cela, merci. Je te souhaite une très belle aventure, que j'aurais aimé vivre à tes côtés. Je suis très confiante pour la suite, tu as déjà de nombreuses ressources. N'oublie surtout pas que tu es très bien entouré.

Emma, merci pour ta gentillesse et ta bienveillance indéfectibles ainsi que pour ta bonne humeur quotidienne. Tu contribues largement à l'équilibre de cette équipe, et j'espère sincèrement que tu en es consciente. Ces années passées à tes côtés ont été un vrai bonheur. Tu resteras pour moi la reine du « *Dany* ». Comme quoi, toujours se méfier des apparences !

Kevin, merci pour ta constance inébranlable et ton calme si rassurant. Tu as rendu ce doctorat plus paisible, et je t'en suis très reconnaissante. Merci pour tout ce que tu m'as appris à mon arrivée, et durant les années qui ont suivi ; cela a été d'une grande valeur pour moi et pour ce travail. Ta créativité sans limite a été une source d'inspiration continue. J'ai adoré nos matinées en musique au bureau, à imaginer et construire (toujours plus) de projets ensemble. J'ai sincèrement hâte d'en développer de nouveaux.

Sarah, ou devrais-je dire, « *Clochette* ». Le jour de notre rencontre en CHF, je n'aurais jamais imaginé que j'allais rencontrer une nouvelle sœur. Qui aurait pu deviner la suite ? Certainement pas nous. Je suis très reconnaissante d'avoir évolué à tes côtés, et je suis convaincue du bénéfice de nos influences mutuelles. Aujourd'hui, je me demande comment j'ai pu faire sans toi, et, par conséquent, comment je vais faire sans toi (je sais, on ne parle pas de séparation avant le 12/11). J'ai adoré nos (très) longues soirées au bureau, nos « *tiroirs* » sans fin, nos hypothèses farfelues, et nos allumages respectifs. Merci pour ta loyauté infailible. Et surtout, merci d'être simplement toi.

Simon, tu imagines bien que les mots manquent pour décrire à quel point tu as été important pendant cette période de ma vie. J'ai eu une chance inouïe de vivre cette aventure à tes côtés, ou plutôt devrais-je dire, ces nombreuses aventures. Tout a commencé au Master 1, cette fameuse rentrée où tu ne m'as pas dit bonjour. J'ai d'abord cru que nous serions concurrents. Quelle idée ! C'est bien l'inverse qui s'est produit. Chaque moment passé ensemble a marqué ces cinq dernières années : les collocations à Jonzac, à Royan. Les congrès à Lausanne, à Lille, à Saintes et à Florence. Nos repas, nos soirées et le bad après nos interminables journées au labo. Et j'en passe. Chacun de ces moments m'a permis de tenir le cap durant toutes ces années. Merci pour toutes ces heures passées à « *parler recherche* », à faire des plans sur la comète, à monter des protocoles qui n'ont jamais vu le jour. Je sais que tous ces échanges ont été précieux pour le M2R et pour le doctorat. Enfin, et par-dessus tout, je suis profondément reconnaissante envers notre relation et pour tout ce qu'elle m'a apportée.

Antoinette, "*the last but not the least*", il y a six ans, j'ai fait le pari de venir à Bordeaux pour faire une thèse avec toi. Je crois pouvoir dire que c'est un pari plutôt réussi. Merci d'avoir cru en moi quand je n'étais pas en mesure de le faire. Merci de m'avoir permis de rester moi-même. Je sais que tu sais à quel point c'est important pour moi et pour mon épanouissement professionnel. Je te remercie ainsi pour ton humanité, qui constitue un pilier essentiel de cette merveilleuse équipe et qui a joué un rôle déterminant dans le déroulement de mon doctorat. Merci également pour ton exigence et ton honnêteté scientifiques, qui m'ont sans cesse poussée à donner le meilleur de moi-même et qui constituent désormais des valeurs qui guident ma pratique. J'ai tant appris à tes côtés, tant sur le plan de la recherche que de la clinique. Merci

pour tout ce que tu m'as transmis, et j'espère qu'un jour, je serai en mesure de le transmettre à mon tour. Enfin, « merci pour ton soutien, je l'ai bien perçu ». C'est pourquoi je tiens à t'exprimer ma profonde gratitude et t'accorder, pour ce que ça vaut, toute ma reconnaissance.

« Chers amis, et néanmoins collègues »,
Merci pour tous ces souvenirs, efforçons-nous de ne pas les oublier.

Relations intimes & troubles psychiques sévères : vers une amélioration des accompagnements

Résumé

Les relations intimes, qui englobent les relations amoureuses, maritales et sexuelles, constituent un aspect fondamental de la vie et un droit pour tous. Cependant, malgré leur désir d'investir les rôles sociaux de conjoint, amant ou partenaire, les personnes concernées par un trouble psychique comme la schizophrénie sont moins susceptibles de développer de telles relations. Selon la Classification Internationale du Fonctionnement, qui constitue le cadre théorique de ce travail doctoral, cette situation reflète une restriction de participation majeure, dans le domaine des relations intimes (Organisation Mondiale de la Santé, 2001). Bien que les approches « personnes-centrées », comme celles orientées vers le rétablissement personnel et le respect des droits, légitiment pleinement le soutien des professionnels dans ce domaine, l'accompagnement des relations intimes demeure insuffisant ou inadapté. C'est dans ce contexte qu'a été développé le programme de recherche INTIMate, qui vise à promouvoir les relations intimes des personnes concernées par un trouble psychique en améliorant leur accompagnement. Pour répondre à cette objectif, quatre études ont été menées.

Une revue systématique de la littérature a été réalisée afin d'identifier les interventions promouvant les relations intimes des personnes concernées par un trouble psychique sévère. Les résultats révèlent un manque d'interventions validées scientifiquement, pouvant ainsi constituer un obstacle à un accompagnement basé sur des preuves. Afin de mieux appréhender le phénomène restriction de participation et les facteurs qui l'influencent, une deuxième étude a permis de caractériser la fréquence et l'impact des facteurs obstacles et facilitateurs des relations intimes. Cette étude descriptive et comparative a été réalisée auprès de la population générale et des personnes concernées par une schizophrénie. Ces dernières perçoivent l'impact de facteurs personnels (notamment liés au concept de soi), liés aux déficiences (e.g., les difficultés cognitives), et environnementaux (tels que la stigmatisation) sur leurs relations intimes. La stigmatisation étant identifiée comme un obstacle majeur, ce travail doctoral s'est ensuite concentré sur l'étude de la stigmatisation publique et de l'auto-stigmatisation. Une troisième étude, employant une méthode mixte, a permis d'identifier les stéréotypes relatifs aux relations intimes des personnes concernées par une schizophrénie, auprès de la population générale, des étudiants en santé et des professionnels. Elle a également mis en lumière certains leviers pour réduire cette stigmatisation. Enfin, une quatrième étude a été menée à l'Université de Montréal, en collaboration avec des patients partenaires, afin de développer et valider une échelle d'évaluation de l'auto-stigmatisation des relations intimes.

En conclusion, ce travail doctoral offre des perspectives prometteuses pour améliorer l'accompagnement des relations intimes des personnes concernées par un trouble psychique. Toutefois, d'autres études restent nécessaires afin de promouvoir un accompagnement basé sur les preuves et en adéquation avec les préférences des personnes concernées. En accord avec les recommandations nationales et internationales, ce travail plaide en faveur des approches holistiques, qui visent la pleine participation sociale, telles que les approches centrées sur le rétablissement personnel et le respect des droits (Coldefy, 2022 ; OMS, 2021).

Mot clés. Relations intimes ; Troubles psychiques sévères ; Schizophrénie ; Participation sociale ; Stigmatisation ; Approches centrées sur les personnes

Intimate Relationships & Serious Mental Illness: Improving Mental Health Practices

Abstract

Intimate relationships, including romantic, marital, and sexual relationships, are a fundamental aspect of life and a right for everyone. However, despite their desire to take on social roles such as spouse, lover, or partner, persons with mental illness, such as schizophrenia, are less likely to develop such relationships. According to the International Classification of Functioning, which serves as the theoretical framework for this doctoral work, this situation reflects a significant participation restriction in the area of intimate relationships (World Health Organization, 2001). Although person-centered approaches, such as recovery-oriented and rights-based approaches, fully legitimize professional involvement in this domain, mental health practices remain insufficient or inadequate. Within this context, the INTIMate research program was developed to promote intimate relationships for persons living with mental illness by improving the support they receive. To achieve this goal, four studies were conducted.

A systematic literature review was conducted to identify interventions aimed at promoting intimate relationships for persons with serious mental illness. The results revealed a lack of scientifically validated interventions, which may constitute a barrier to evidence-based support. To gain a deeper understanding of the phenomenon of participation restriction and the factors influencing it, a second study aimed to characterize the frequency and impact of barriers and facilitators of intimate relationships. This descriptive and comparative study was conducted among the general population and persons living with schizophrenia. The latter group perceives the impact of personal factors (particularly those related to self-concept), impairments (e.g., cognitive difficulties), and environmental factors (such as stigma) on their intimate relationships. Given that stigma was identified as a major barrier, this doctoral work subsequently focused on studying public stigma and self-stigma. A third study, using a mixed-method approach, identified stereotypes about the intimate relationships of persons living with schizophrenia among the general population, healthcare students, and professionals. It also highlighted potential pathways for reducing this stigma. Finally, a fourth study was conducted at the University of Montreal, in collaboration with patient partners, to develop and validate a scale assessing self-stigma in intimate relationships.

In conclusion, this doctoral work presents promising perspectives for enhancing support in intimate relationships for persons living with mental illness. However, further studies are needed to promote evidence-based support that aligns with the preferences for those concerned. In accordance with national and international recommendations, this work advocates for holistic approaches aimed at achieving full social participation, such as recovery-oriented and rights-based approaches (Coldefy, 2022; WHO, 2021).

Keywords. Intimate relationships; Serious mental illness; Schizophrenia; Social participation; Stigma; Person-centered approaches.

Tables des matières

Partie 1: Introduction générale	1
Chapitre 1 : Relations intimes et troubles psychiques : des restrictions de participation majeures	3
1. Le contraste entre besoins et participation	3
2. Définitions et opérationnalisations des relations intimes	5
3. Conceptualisation des relations intimes à travers la Classification Internationale du Fonctionnement.....	8
4. Synthèse du Chapitre 1	13
Chapitre 2 : La place des relations intimes dans les différentes approches centrées sur la personne en santé mentale	14
1. L'approche centrée sur le rétablissement	14
2. L'approche centrée sur les droits	19
3. Synthèse du Chapitre 2	22
Chapitre 3 : Diversité des attentes et insuffisance des pratiques	23
1. Besoins et attentes des personnes concernées relatifs à l'accompagnement des relations intimes	23
2. Un accompagnement qui demeure insuffisant.....	24
3. Synthèse du Chapitre 3	25
Chapitre 4 : Problématique et cadre du travail doctoral.....	26
1. Problématique du travail doctoral.....	26
2. Le programme INTIMate	27
Partie 2 : Contributions scientifiques	29
Chapitre 1. Accompagnement des relations intimes : obstacles et ressources disponibles	31
1. Introduction : les obstacles à l'accompagnement des relations intimes	31
2. Etude 1. Promoting Intimate Relationships in Mental Illness: A Systematic Review of Interventions	35
3. Synthèse et ouverture.....	72
Chapitre 2 : Les facteurs obstacles et facilitateurs des relations intimes	75
1. Introduction : Les facteurs associés aux relations intimes selon la littérature existante : focus sur les obstacles personnels.....	75
2. Etude 2. INTIMate Factors. Obstacles and Facilitators of Intimate Relationships: an Exploratory Study in Schizophrenia and the General Population	77
3. Synthèse et ouverture.....	114

Chapitre 3 : Stigmatisation des relations intimes : stigmatisation publique et auto-stigmatisation	116
1. Introduction : stigmatisation des troubles psychiques	117
2. Etude 3. Stigmatization of Intimate Relationships in Schizophrenia: a Study Comparing Mental Health Professionals, Health Students and the General Population	127
3. Synthèse et ouverture.....	164
4. Etude 4. L’auto-stigmatisation dans les relations intimes : développement et validation d’une échelle d’évaluation	167
Partie 3 : Discussion	195
1. Cadre du travail doctoral : Le programme INTIMate	195
2. Synthèse des résultats et implications pour la pratique	195
3. Limites du travail doctoral.....	209
4. Perspectives de recherche	210
5. Retour sur le cadre théorique.....	215
Conclusion.....	218
Références	220
Annexes	263
Annexe 1 : Item 10 et 11 de la Grille de mesure de l’activité et de la participation.....	264
Annexe 2 : CIRCULAIRE N° DGCS/SD3B/2021/147 du 5 juillet 2021	269
Annexe 3 : Comité de Pilotage d’INTIMate.....	278
Annexe 4. Plaquette d’information : Les interventions promouvant les relations intimes des personnes vivant avec un enjeu de santé mentale.....	279
Annexe 5. Protocole en ligne de l’étude 2 ‘ <i>INTIMate Factors</i> ’	281
Annexe 6. Protocole en ligne de l’étude 3 ‘ <i>INTIMate Stigma</i> ’.....	300
Annexe 7 : Echelle d’auto-stigmatisation des relations intimes	308
Annexe 8 : Curriculum Vitae	317

Liste des tableaux

Partie 2 : Contributions scientifiques

Chapitre 1. Accompagnement des relations intimes : obstacles et ressources disponibles

Table 1. <i>Characteristics of included studies</i>	44
---	----

Chapitre 2 : Les facteurs obstacles et facilitateurs des relations intimes

Table 1. <i>Description of the samples</i>	87
--	----

Table 2. <i>Relevance and Impact of Impairments on Intimate Relationships</i>	88
---	----

Table 3. <i>Relevance and Impact of Environmental Factors on Intimate Relationships</i>	90
---	----

Table 4. <i>Relevance and Impact of Personal Factors on Intimate Relationships</i>	91
--	----

Chapitre 3 : Stigmatisation des relations intimes : stigmatisation publique et auto-stigmatisation

Table 1. <i>Perceived Stereotypes Identified by the Clubhouse Members</i>	135
---	-----

Table 2. <i>Participants' Characteristics</i>	141
---	-----

Table 3. <i>Endorsement of IR Stereotypes: Analysis of Differences between Scores Attributed to Targets and Interaction with the Group</i>	142
--	-----

Table 4. <i>Factors Associated with the IR Stereotype Endorsement in the Groups: Analysis of Differences between Scores Attributed to Targets and Interaction with the Factors</i>	145
--	-----

Tableau 5. <i>Corrélation avec le score total ARI</i>	181
---	-----

Liste des figures

Partie 1: Introduction générale

Figure 1. <i>Modèle du handicap de la CIF (tiré de Barral, 2007 ; Organisation Mondiale de la Santé, 2001)</i>	9
Figure 2. <i>Modèle de la Classification Internationale des Handicaps : déficiences, incapacités, désavantages (tiré de Barral, 2007 ; OMS, 1980)</i>	10
Figure 3. <i>Les cinq catégories de processus de rétablissement selon le modèle CHIME (Leamy et al., 2011)</i>	16

Partie 2 : Contributions scientifiques

Chapitre 1. Accompagnement des relations intimes : obstacles et ressources disponibles

Figure 1. <i>PRISMA Flow Diagram for Systematic Research and Identification of Studies Meeting Inclusion Criteria</i>	43
Figure 2. <i>Risk of Bias Summary: Judgments About Risk of Bias for Each Included RCT Study</i>	53
Figure 3. <i>Risk of Bias Summary: Judgments About Risk of Bias for Included SCED Study</i>	54

Chapitre 2 : Les facteurs obstacles et facilitateurs des relations intimes

Figure 1. <i>Relevance and Impact Questions for the Item 'Alexithymia – Emotion Identification'</i>	86
---	----

Chapitre 3 : Stigmatisation des relations intimes : stigmatisation publique et auto-stigmatisation

Figure 1. <i>“The mental illness stigma framework” (Fox et al., 2017)</i>	117
Figure 2. <i>Prédictions émotionnelles et comportementales en fonction des perceptions de chaleur et de compétence selon les modèles SCM et BIAS map (Cuddy et al., 2007)</i>	120
Figure 3. <i>Le SCM appliqué aux troubles psychiques (Sadler et al., 2012)</i>	121
Figure 4. <i>Le “Mixed-Blessing Model” (Haslam & Kvaale, 2015)</i>	124
Figure 5. <i>Visual representation of the scale item related to partner violence</i>	136
Figure 6. <i>Thèmes identifiés lors du focus group et exemples d'items associés</i>	174

Partie 3 : Discussion

Figure 1. <i>Synthèse des résultats de l'étude 2 'INTIMate Factors'</i>	198
Figure 2. <i>Stéréotypes identifiés auprès de la population générale, des professionnels et des étudiants lors de l'étude 3 'INTIMate Stigma'</i>	201
Figure 3. <i>Plaquette d'information : Les interventions promouvant les relations intimes des personnes vivant avec un enjeu de santé mentale</i>	207

Partie 1: Introduction générale

En France, environ une personne sur cinq est concernée par un trouble psychique, soit près de 13 millions de personnes (Ministère des Solidarités et de la Santé, 2021). Les dépenses liées à ces troubles sont considérables et constituent le premier poste de dépense de l'Assurance Maladie (Ministère des Solidarités et de la Santé, 2021). A l'échelle mondiale, les troubles psychiques sont la principale cause des années vécues avec une incapacité (Organisation Mondiale de la Santé, OMS, 2022b). Les personnes concernées par un trouble psychique sévère, tel que la schizophrénie, ont une espérance de vie réduite de 10 à 20 ans (OMS, 2022b). Enfin, en lien étroit avec la stigmatisation dont elles font l'objet, elles sont également confrontées à des inégalités de participation sociale dans de nombreux domaines de leur vie, notamment l'emploi, la citoyenneté et les relations interpersonnelles, y compris les relations intimes (Thornicroft et al., 2004, 2009). L'amélioration de l'accompagnement des personnes concernées sur ces points constitue donc un enjeu majeur, au cœur des préoccupations actuelles (Coldefy, 2022 ; Ministère des Solidarités et de la Santé, 2021). Ces préoccupations font écho aux revendications des mouvements de personnes concernées (Chamberlin, 1990). Pour répondre à ces enjeux, les approches de la santé mentale connaissent des transformations majeures dans le monde (OMS, 2022b). Les approches qui sont l'objet des recommandations actuelles, c'est-à-dire les approches « personnes-centrées », telles que celles orientées vers le rétablissement et le respect des droits, visent la pleine participation sociale des personnes concernées ainsi que la réalisation de leurs aspirations (Coldefy, 2022 ; OMS, 2021).

Dans le cadre de ces transformations, la prise en compte de la parole des personnes concernées a fait émerger la question des relations intimes (Cook, 2000 ; Deegan, 1999). Dimension essentielle de la vie humaine, elles constituent un point encore largement négligé dans les accompagnements, alors même que les personnes concernées les signalent comme une préoccupation importante. La présente première partie de ce travail, '*Introduction générale*',

visé à décrire, au cours de trois chapitres, ce contraste existant entre le manque d'accompagnement et les besoins exprimés par les personnes concernées par une schizophrénie notamment, dont l'accès aux relations intimes est particulièrement limité (McCann, 2010 ; White et al., 2021). A partir de cette problématique, et dans une perspective d'amélioration de l'accompagnement, quatre études ont été menées. Ces études seront présentées dans la partie 2 '*Contributions scientifiques*' de ce manuscrit. Enfin, la partie 3 discute des résultats de ces études ainsi que leurs implications pour l'accompagnement des relations intimes.

Chapitre 1 : Relations intimes et troubles psychiques : des restrictions de participation majeures

1. Le contraste entre besoins et participation

1.1. Inégalités dans l'accès aux relations intimes

Comparativement à la population générale, les personnes concernées par un trouble psychique, en particulier la **schizophrénie**, sont **moins susceptibles** de **former** des **relations intimes** (Perry & Wright, 2006 ; White et al., 2021). En effet, selon une revue systématique de littérature, la prévalence des relations intimes chez les personnes concernées par un trouble psychotique est extrêmement faible : seulement 15.12 % sont mariées ($n = 20$ études, 8711 participants), 24.77 % sont en couple ($n = 15$ études, 8610 participants). **Le taux de célibat** est ainsi **particulièrement élevé**, atteignant 79,23 % ($n = 4$ études, 527 participants, White et al., 2021). De plus, dans une étude Européenne menée auprès de 404 personnes concernées par une schizophrénie, seulement 17 % d'entre elles étaient mariées et 65 % étaient célibataires (Thornicroft et al., 2004). En comparaison, la prévalence des relations intimes en population générale est considérablement plus élevée. En 2011, 66 % des Français étaient en couple, dont 73 % mariés, 4 % pacsés et 23 % en union libre (Bodier et al., 2015). Ces données internationales révèlent des **disparités marquées** dans **l'accès** aux **relations intimes**, lesquelles sont particulièrement limitées pour les personnes concernées par une schizophrénie. Pourtant, ces dernières expriment des **besoins majeurs** dans ce domaine de la vie (McCann, 2010).

1.2. Des besoins majeurs, qui demeurent insatisfaits

Une étude menée auprès de 811 personnes concernées par un trouble psychotique révèle que les **relations intimes** et **l'expression sexuelle** figurent parmi les domaines où les **besoins** sont les plus **prononcés**, avec respectivement 39.9 % et 25.7 % des participants qui rapportent des besoins dans ces domaines (de Jager et al., 2021). Une autre étude s'intéressant aux besoins des personnes concernées par une schizophrénie ($n = 30$) dans ces deux domaines

spécifiquement, montre des taux encore plus élevés, avec 83 % des participants qui rapportent des besoins en lien avec leurs relations intimes et 90 % qui rapportent des besoins en lien avec l'expression sexuelle (McCann, 2010). De plus, on note un taux particulièrement élevé de **besoins non satisfaits**, atteignant jusqu'à 90 % dans ces catégories (De Jager et al., 2021 ; McCann, 2010). Ainsi, les personnes concernées par une schizophrénie expriment des **besoins** considérables en lien avec leurs relations intimes, qui demeurent largement **insatisfaits**. Des études qualitatives apportent un éclairage supplémentaire quant à la nature de ces besoins, qui ne se limitent pas à l'expression sexuelle.

1.3. Au-delà de la sexualité, un fort désir de former des relations intimes

La **sexualité** est perçue comme un **aspect important** de la vie par les personnes concernées, qui la décrivent principalement comme un moyen d'exprimer et de recevoir de l'intimité (de Jager et al., 2018). Bien que cela ne soit pas systématique, elle est souvent envisagée comme ayant véritablement du sens uniquement dans le cadre de relations amoureuses (de Jager et al., 2017, 2018). De plus, **l'intimité émotionnelle** est fréquemment considérée comme une condition préalable à l'intimité physique (Brand et al., 2022 ; de Jager et al., 2017 ; White et al., 2021). **L'absence de partenaire** est donc citée comme la principale raison de l'insatisfaction ressentie dans le domaine des relations intimes (de Jager et al., 2017). De nombreuses personnes expriment un sentiment de solitude lié au célibat, décrit comme difficile à supporter (de Jager et al., 2017), et aspirent à une **relation amoureuse stable** (Brand et al., 2022 ; White et al., 2021). Ces relations sont perçues par les personnes concernées comme un **aspect fondamental de la vie humaine** (White et al., 2021). La compagnie, l'intimité émotionnelle (et pour certains, sexuelle), le soutien et l'affection sont des dimensions centrales des relations intimes, qui sont au cœur de leurs besoins (Brand et al., 2022 ; Volman & Landeen, 2007 ; White et al., 2021). Ces besoins avaient déjà été évoqués vingt ans auparavant par Patricia Deegan, l'une des pionnières du mouvement du rétablissement: "Like all people, we

experience the need for love, companionship, solitude, and intimacy. Like all people, we want to feel loved, valued, and desired by others” (Deegan, 1999, p. 2). Les personnes concernées aspirent ainsi à développer des relations intimes, qui vont bien **au-delà de la simple expression de la sexualité**.

1.4.Synthèse

De nombreuses personnes concernées aspirent à former des relations fondées sur l'affection et l'intimité avec un partenaire. Pourtant, elles se heurtent à des inégalités importantes dans l'accès à de telles relations, qui sont particulièrement prononcées pour les personnes concernées par une schizophrénie. Elles expriment ainsi des besoins significatifs dans ce domaine, qui demeurent insatisfaits.

2. Définitions et opérationnalisations des relations intimes

Dans la littérature empirique, les relations intimes sont opérationnalisées de multiples manières. Cette section fournit une définition précise des relations intimes et présente les approches les plus courantes pour les mesurer, chacune illustrée par un exemple spécifique.

2.1.Définition des relations intimes

Les **relations intimes** désignent la **création** et le **maintien** de relations étroites ou tendres avec d'autres personnes, comme entre conjoints¹, amants ou partenaires sexuels (OMS, 2001, p. 167). Elles incluent les relations amoureuses, maritales et sexuelles. Les **relations amoureuses** reposent sur l'attirance affective et physique, pouvant conduire à une relation intime à plus long terme. Les **relations maritales** se caractérisent comme la création et l'entretien des relations légitimes avec une autre personne, comme dans le cas d'un mariage légitime, y compris en devenant conjoints légitimes ou concubins. Enfin, les **relations sexuelles**

¹ L'expression « mari et femme » était initialement employée dans la définition de l'OMS. Pour des raisons d'inclusivité, le terme « conjoints » a été préféré.

concernent les relations de nature sexuelles, avec un conjoint ou d'autres partenaires (OMS, 2001, p. 167). Cette définition des relations intimes a été retenue dans le cadre de ce travail doctoral en raison de son caractère **inclusif**, reconnaissant la diversité des formes de relations intimes.

2.2. Opérationnalisations des relations intimes

Statuts relationnels. Dans la littérature internationale, les relations intimes sont fréquemment abordées au travers du prisme du statut relationnel (White et al., 2021). Il existe diverses méthodes pour opérationnaliser ces statuts (White et al., 2021). Par exemple, certaines études s'intéressent à l'état matrimonial légal, qui détermine la situation conjugale d'une personne selon la loi (e.g., célibataire, marié(e), veuf/veuve, divorcé(e)). D'autres se concentrent sur la situation conjugale de fait (e.g., marié, pacsé, en union libre, veuf, divorcé ou célibataire, Buisson, 2017). En effet, avec la diminution du nombre de mariages et l'augmentation des unions libres, la distinction entre état matrimonial légal et situation conjugale de fait devient de plus en plus prononcée (Buisson, 2017). En France, par exemple, alors que 97 % des personnes vivant en couple étaient mariées dans les années 1960, ce pourcentage est tombé à 73 % en 2016 (Buisson, 2017). Cependant, cette approche peine à refléter la diversité des expériences relationnelles et se réduit souvent à une variable binaire, ce qui limite sa portée (White et al., 2023).

Satisfaction et qualité de la relation. Les relations intimes peuvent également être évaluées à l'aide d'indicateurs plus subjectifs, tels que la qualité et la satisfaction de la relation, qui reflètent l'évaluation globale et subjective d'une relation (Graham et al., 2011). Selon Fincham et Rogge (2010), deux approches principales sont utilisées pour étudier la qualité des relations. L'approche interpersonnelle se concentre sur les processus d'interaction entre les partenaires, tels que la communication, et utilise le terme d'ajustement. En revanche, l'approche intrapersonnelle se penche sur l'évaluation subjective de la relation par chaque partenaire

individuellement (Fincham & Rogge, 2010). De nombreuses échelles auto-rapportées permettent d'évaluer ces concepts (pour revue, voir Delatorre & Wagner, 2020). Par exemple, un outil qui s'inscrit dans l'approche intrapersonnelle est la « Relationship Assessment Scale », développée par Hendrick (1988) et récemment révisée par Saramago et al. (2021). Cette échelle unidimensionnelle comprend sept items de type Likert, allant de 1 (faible satisfaction) à 5 (haute satisfaction). Un score élevé indique une plus grande satisfaction vis-à-vis de la relation.

Satisfaction concernant le statut de la relation. La satisfaction vis-à-vis du statut relationnel est un concept récent, qui a émergé en réponse à l'observation croissante du nombre de personnes choisissant le célibat (Kislev, 2023 ; Lehmann et al., 2015). Ainsi, il apparaît que des personnes ayant le même statut relationnel peuvent en faire une expérience très différente : ceux qui choisissent le célibat tendent à apprécier davantage leur situation par rapport à ceux qui désirent une relation (Lehmann et al., 2015 ; White et al., 2023). La « Satisfaction with Relationship Status Scale » a été élaborée sur la base de la « Relationship Assessment Scale » (Hendrick, 1988) pour évaluer la satisfaction vis-à-vis du statut relationnel actuel (Lehmann et al., 2015). Cette échelle autoévaluée comprend cinq items, notés sur une échelle de 0 (pas du tout d'accord) à 3 (tout à fait d'accord). Des scores plus élevés reflètent une plus grande satisfaction vis-à-vis du statut relationnel actuel. À notre connaissance, cette échelle est la seule à mesurer spécifiquement la satisfaction quant au statut relationnel.

Fonctionnement amoureux. Le fonctionnement amoureux englobe les compétences et la confiance des individus dans le domaine des relations amoureuses (Bonfils et al., 2016). Selon les auteurs, ce concept est similaire mais plus spécifique que le fonctionnement social, dont les mesures comprennent seulement quelques items relatifs aux relations intimes (Bonfils et al., 2016). En réponse à ce constat, la « Romantic Relationship Functioning Scale » a été développée pour évaluer les expériences et perceptions des relations amoureuses chez les jeunes concernés par un trouble psychotique précoce (Bonfils et al., 2016). Cette échelle vise à mesurer

les perceptions des risques, des ressources et des expériences de stigmatisation dans le contexte des relations amoureuses. Récemment validée auprès de personnes concernées par un trouble du spectre de la schizophrénie (Cloutier et al., 2022), elle comprend 22 items répartis en trois sous-échelles : ressources, risques et stigmatisation. Des scores plus élevés aux sous-échelles et au score global reflètent un meilleur fonctionnement dans les relations amoureuses.

Participation et restriction de participation. Les concepts de restriction et de participation, principalement utilisés dans un contexte français, sont étroitement liés à la notion de handicap. Pour saisir cette terminologie, il est nécessaire de décrire le cadre théorique sur lequel elle repose : la Classification Internationale du Fonctionnement (CIF, OMS, 2001). La section suivante introduit ce cadre théorique ainsi que les termes mentionnés, et discute de sa pertinence par rapport à l'objet d'étude.

3. Conceptualisation des relations intimes à travers la Classification Internationale du Fonctionnement

3.1. Définitions et principes de la CIF

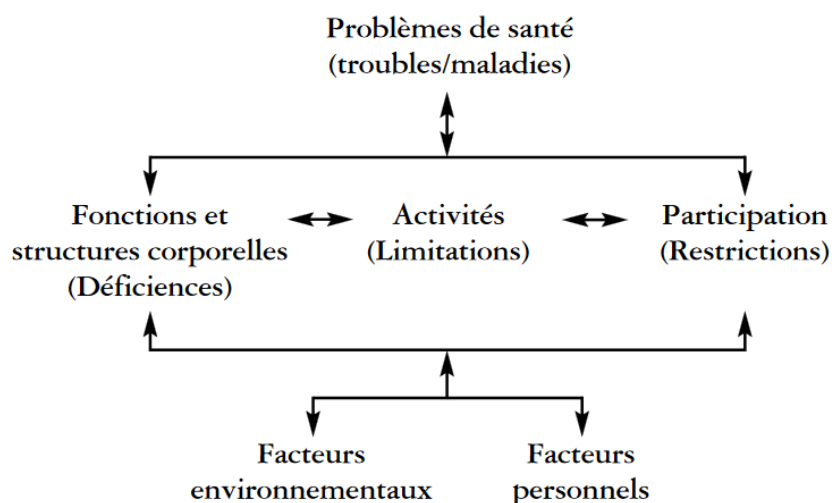
La **CIF** (OMS, 2001) décrit le **handicap** à travers trois dimensions : les déficiences, les limitations d'activité et les restrictions de participation. Les **déficiences** se rapportent aux altérations des fonctions organiques ou des structures anatomiques (e.g., les déficits cognitifs, les dysfonctionnements sexuels). Les **limitations d'activité** désignent les difficultés rencontrées par une personne dans l'exécution d'activités (i.e., ce que la personne ne peut pas faire). Enfin, les **restrictions de participation** désignent les problèmes qu'une personne peut rencontrer dans son implication dans une situation de vie réelle, comme l'impossibilité de former des relations intimes (OMS, 2001). Cette notion s'oppose à celle de **participation sociale**, qui désigne ce que la personne fait effectivement dans un domaine de la vie, comme le développement des relations intimes (OMS, 2001). Ce modèle a servi de cadre pour la définition du **handicap psychique** (plus précisément, du handicap d'origine psychique), reconnu en

France depuis la **loi du 11 février 2005**. Le handicap y est défini comme « 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 ».

Dans ce modèle, les restrictions de la participation, qui correspondent aux ‘**situations de handicap**’, sont déterminées par l’interaction entre la personne, son problème de santé (e.g., trouble psychique) et des facteurs contextuels. Ces derniers comprennent les **facteurs personnels**, qui correspondent aux caractéristiques individuelles de la personne (e.g., l’estime de soi), ainsi que les **facteurs environnementaux**, qui renvoient à l’environnement physique, social et attitudinal dans lequel la personne mène sa vie (e.g., la stigmatisation publique). Ces facteurs peuvent soit faciliter la participation sociale et atténuer le handicap (i.e., **facteurs facilitateurs**), soit agir comme des obstacles à la participation et exacerber le handicap (i.e., **facteurs obstacles**). La figure 1 présente le modèle du handicap selon la CIF (OMS, 2001).

Figure 1

Modèle du handicap de la CIF (tiré de Barral, 2007 ; Organisation Mondiale de la Santé, 2001)



3.2. Du modèle individuel vers le modèle social et systémique du handicap

La CIF constitue une révision de la **Classification Internationale des Handicaps** : déficiences, incapacités, désavantages (CIH, OMS, 1980, Figure 2). Bien que la CIH ait constitué une avancée en reconnaissant les conséquences sociales du handicap, ce modèle individuel du handicap présente aujourd'hui des **limites** majeures. En effet, le handicap y est principalement perçu comme une pathologie individuelle (Ravaud, 1999), où les **déficiences** sont considérées comme la cause exclusive des handicaps. Cette approche attribue ainsi la responsabilité des désavantages subis uniquement aux individus, tout en négligeant le rôle de l'environnement (Barral, 2007). Elle se concentre ainsi sur la réduction des déficiences et la réadaptation des incapacités, sans prendre en compte les facteurs contextuels (Pachoud, 2011).

Figure 2.

Modèle de la Classification Internationale des Handicaps : déficiences, incapacités, désavantages (tiré de Barral, 2007 ; OMS, 1980)

Maladie

ou **⇒ Déficiences ⇒ Incapacités ⇒ Handicaps**

Trouble

En réponse à ces limitations, de nombreuses critiques ont été formulées par les mouvements sociaux de défense des droits des personnes en situation de handicap, qui revendiquaient la reconnaissance du **rôle de l'environnement** politique et social dans la production du handicap. En mettant en lumière l'importance des processus sociaux dans l'émergence du handicap, le courant de recherche des « disability studies » soutient ces revendications (Barral, 2007). Un **modèle social** du handicap a ainsi émergé, privilégiant les approches environnementales, centrées sur la réduction des obstacles sociaux et politiques, ainsi que les approches politiques, axées sur la réduction des inégalités de droits et la lutte contre la discrimination. Ce modèle s'opposait au **modèle individuel** du handicap, centré sur les approches médicales et fonctionnelles (Ravaud, 1999).

Par la suite, de travaux québécois ont soutenu une **approche systémique** du handicap, intégrant ces différentes approches et considérant l'interaction entre les facteurs individuels et environnementaux (Fougeyrollas, 1996 ; Ravaud, 1999). Cette perspective redéfinissait la « situation de handicap » comme une limitation des habitudes de vie, résultant de l'interaction entre des facteurs personnels (déficiences, incapacités) et des facteurs environnementaux agissant comme facilitateurs ou obstacles (Fougeyrollas & Roy, 1996). Ces conceptions sociales et systémiques du handicap, soutenues et légitimées par l'ONU, ont conduit au développement de la CIF (Barral, 2007).

3.3. Apports de la CIF

La CIF se distingue en mettant l'accent sur **l'interaction** entre **l'individu** et son **environnement**, déplaçant ainsi l'attention des déficiences individuelles vers « les conséquences pratiques et sociales du handicap, ainsi que les déterminants situationnels de ces conséquences » (Pachoud, 2011, p. 37). Cette transition vers une approche **sociale** et **systémique** du handicap comporte des implications majeures (Barral, 2007). Premièrement, elle modifie les **représentations du handicap** et remettant en question le modèle médical. Le handicap est désormais compris comme étant déterminé par un ensemble de facteurs, y compris environnementaux, tels que la stigmatisation, les politiques, etc. (Barral, 2007). Deuxièmement, cette approche remet en question les pratiques d'évaluation ainsi que les objectifs et les stratégies d'accompagnement du handicap. En effet, **l'évaluation** ne se limite plus à l'examen des déficiences, mais intègre également la participation sociale (et les restrictions) ainsi que les facteurs environnementaux qui l'influencent (Koleck et al., 2014 ; Prouteau et al., 2012, 2016). L'évaluation des situations de handicap comporte des enjeux majeurs, tels que la compréhension des situations des personnes et l'élaboration, en collaboration avec elles, de stratégies d'accompagnement adaptées (Barral, 2007 ; Prouteau et al., 2016). Dans cette nouvelle conception du handicap, les **objectifs d'accompagnement** s'étendent bien au-delà de

la réadaptation et de la réhabilitation des déficiences : ils visent la **pleine participation sociale**. Ainsi, les **stratégies d'accompagnement** ciblent non seulement les facteurs personnels, mais aussi les facteurs environnementaux (Barral, 2007).

3.4. Pertinence de la CIF pour étudier les relations intimes

La CIF offre un cadre conceptuel particulièrement pertinent pour étudier les relations intimes des personnes concernées par un trouble psychique. Elle fournit non seulement une définition et une opérationnalisation pertinente des relations intimes, mais permet également de caractériser les problématiques rencontrées par ces personnes.

Définition. Comme souligné précédemment, la CIF propose une définition **inclusive** des relations intimes, englobant à la fois les relations amoureuses, maritales et sexuelles. En reconnaissant la pluralité des formes de relations intimes, cette approche permet ainsi à une grande diversité de personnes de se reconnaître dans cette définition.

Opérationnalisation. La CIF fournit un cadre pour opérationnaliser les relations intimes des personnes concernées par un trouble psychique, en se basant sur leur **participation effective** dans ce domaine. Dans ce contexte, la **participation sociale** se réfère à l'**implication effective** des personnes dans les relations intimes, c'est-à-dire celles ayant effectivement développé de telles relations. En revanche, la **restriction de participation** concerne les personnes qui éprouvent des difficultés à s'impliquer dans ce domaine. Autrement dit, elle désigne celles qui, malgré leur désir d'établir des relations intimes, en sont **empêchées**. Cette opérationnalisation sera privilégiée dans ce travail doctoral. Pour donner un exemple d'outil permettant la mesure, la Grille de Mesure de l'Activité et de la Participation (Koleck et al., 2014 ; Prouteau et al., 2012) permet de décrire la participation et la restriction de participation dans le domaine des relations intimes à travers deux items. Les restrictions de participation sont cotées de 0 à 2, où 0 indique l'absence de restriction et 2 signale une restriction totale. Les items sont présentés en Annexe 1.

Cadre conceptuel de la problématique. La CIF permet de caractériser la première problématique de ce travail doctoral. Selon ce modèle, il existe une **restriction de participation majeure** dans le domaine des **relations intimes** des personnes concernées par un trouble psychique. En effet, bien que nombreuses soient celles qui expriment le désir de développer des relations intimes, la majorité restent célibataires (Deegan, 1999 ; de Jager et al., 2017 ; Thornicroft et al., 2004). De plus, la CIF fournit un cadre conceptuel pour comprendre cette restriction, étudier ses facteurs d'influence (c'est-à-dire les facteurs obstacles et facilitateurs des relations intimes) ainsi que les interactions entre ces facteurs. Enfin, elle ouvre des perspectives pour concevoir et élaborer des stratégies d'accompagnement adaptées, en s'appuyant sur les éléments qui entravent ou favorisent la participation sociale dans ce domaine, considérés comme des cibles et des leviers d'accompagnement.

4. Synthèse du Chapitre 1

Cette première partie introductive met en lumière la première problématique de ce travail doctoral : **les personnes concernées par un trouble psychique sont confrontées à des restrictions de participation significatives dans le domaine des relations intimes** (OMS, 2001 ; Thornicroft et al., 2004). Ces restrictions sont associées à des besoins majeurs qui ne peuvent être ignorés par les services de santé mentale et les professionnels de l'accompagnement². En effet, les approches centrées sur le rétablissement et le respect des droits, qui sont actuellement au cœur des recommandations internationales, placent les personnes ainsi que leurs besoins au cœur des systèmes de santé et visent toutes deux la pleine participation sociale (Coldefy, 2022 ; OMS, 2021). La seconde partie de cette introduction sera donc consacrée à la présentation de ces approches dites « personnes-centrées », en mettant en évidence la place qu'elles accordent aux relations intimes et à leur accompagnement.

² Le terme de 'professionnels' sera employé dans la suite de ce manuscrit. Il désignera ainsi l'ensemble des professionnels de l'accompagnement

Chapitre 2 : La place des relations intimes dans les différentes approches centrées sur la personne en santé mentale

1. L'approche centrée sur le rétablissement

1.1. Origine de l'approche centrée sur le rétablissement

L'approche centrée sur le rétablissement, portée par les usagers de services de santé mentale dès les années 1960, repose sur la reconnaissance que toute personne concernée par un trouble psychique **peut se rétablir** (Andresen et al., 2011 ; Felix, 2024). En effet, les premières études longitudinales sur le devenir des personnes concernées par un trouble psychique montrent qu'il est possible de se rétablir, même d'un trouble sévère comme la schizophrénie (Andresen et al., 2011). A titre d'exemple, une large étude de cohorte européenne rapporte que parmi 1379 personnes ayant reçu un diagnostic de trouble psychotique, seulement 15,7% présentaient un tableau clinique sans rémission, dit « continu » (Jablensky et al, 1992). Plus récemment, une revue de la littérature incluant 22 études rapporte un taux de rémission symptomatique variant entre 37 % et 89 % (Leonhardt et al., 2017). En parallèle, de nombreuses personnes concernées partagent leurs récits de vie décrivant leurs parcours de rétablissement (Andresen et al., 2011). Par conséquent, les mouvements de défense des droits des usagers de la psychiatrie dénoncent les **insuffisances de l'approche médicale**, centrée sur la **réduction des symptômes** (i.e., rétablissement dit « clinique »), ainsi que les **traitements stigmatisants** qui en découlent (Andresen et al., 2011). Ils militent ainsi pour une définition plus **subjective** du rétablissement (Felix, 2024). En conséquence, le rétablissement a été intégré comme objectif principal des politiques de santé mentale dans de nombreux pays anglophones (OMS, 2021) : "Recovery is no longer the exception. Recovery is the expectation" (Tenney, 2000, p. 1439, dans Andresen, 2011, p. 19).

1.2. Définition et opérationnalisation et modèle du rétablissement

Définition du rétablissement. Le concept de rétablissement, entendu ici comme le rétablissement **personnel** ou **psychologique** (Andresen et al., 2011 ; Slade, 2009), a été élaboré par et pour les personnes concernées afin de décrire leurs expériences et leurs parcours (Australian Health Ministers, 2013). Dans cette approche **subjective** du rétablissement, il n'existe pas de définition universelle, mais l'expérience des usagers en constitue le fondement principal (Andresen et al., 2011). Une définition couramment employée est celle d'Anthony (1993) qui décrit le rétablissement comme « un processus profondément personnel et unique de changement de ses attitudes, valeurs, sentiments, objectifs, compétences et/ou rôles. C'est une façon de vivre de manière épanouie, avec l'espoir d'apporter sa contribution à la société, même s'il reste d'éventuelles contraintes liées à sa maladie. Se rétablir signifie donner un nouveau sens à sa vie, un nouvel objectif, au fur et à mesure que l'on apprend à dépasser les effets catastrophiques de la maladie mentale » (Anthony, 1993, p. 527). Cette conception dépasse ainsi le modèle médical, centré sur le rétablissement dit « clinique », dans la mesure où le rétablissement personnel³ est indépendant de l'amélioration des symptômes et des autres déficiences ainsi que d'un retour à un état de santé antérieur (Andresen et al., 2011 ; Davidson et al., 2005).

Opérationnalisation. Le rétablissement personnel peut être évalué avec plusieurs outils (pour revue, voir Felix et al., 2024). Parmi ceux-ci, le Questionnaire about the Process of Recovery (QPR ; Neil et al., 2009), développé avec des personnes concernées et ayant fait l'objet d'une récente validation en langue française, apparaît comme particulièrement pertinent pour évaluer le rétablissement personnel (Felix et al., 2024 ; Munuera et al., 2024). De plus, il

³ : Dans la suite du manuscrit nous utiliserons le terme de « rétablissement » pour parler du rétablissement personnel

est cohérent avec le **modèle CHIME**, qui demeure l'un des modèles de rétablissement le plus consensuel (Felix et al., 2024 ; Leamy et al., 2011 ; Munuera et al., 2024).

Modèle du rétablissement. L'analyse des récits de vie des personnes concernées a permis d'identifier des processus communs dans leur parcours de rétablissement. Basé sur une revue systématique et une synthèse narrative, le modèle CHIME identifie cinq catégories de processus psychologique sous-jacents au rétablissement : i) la connexion aux autres "**connectedness**", ii) le sentiment d'espoir "**hope**", iii) la reconstruction d'une identité positive "**identity**", iv) la recherche de sens dans la vie "**meaning in life**", et v) la réappropriation du pouvoir d'agir "**empowerment**" (Leamy et al., 2011). La figure 3 présente ces différentes catégories de processus de rétablissement ainsi que certains des processus qui les composent, selon le modèle CHIME (Leamy et al., 2011).

Figure 3

Les cinq catégories de processus de rétablissement selon le modèle CHIME (Leamy et al., 2011)



1.3. Les relations intimes : un processus du rétablissement ?

Relations intimes et rétablissement. Dans leurs témoignages, les personnes concernées décrivent les relations intimes comme ayant une **influence** significative sur le **rétablissement** (Boucher et al., 2016 ; Quinn & Happell, 2015 ; Redmond et al., 2010). Bien que parfois perçues comme ayant un impact négatif, notamment en cas de rupture, ces relations sont principalement considérées comme des **facilitateurs** du rétablissement (Boucher et al., 2016 ; Latour-Desjardins et al., 2019 ; Quinn & Happell, 2015 ; Redmond et al., 2010). À l'inverse, l'absence de relations significatives est identifiée comme un obstacle majeur au rétablissement (Boucher et al., 2016). En outre, des études quantitatives, tant longitudinales que transversales, ont exploré le lien entre le bien-être subjectif, fortement corrélé au rétablissement (Kraiss et al., 2019), et les relations intimes chez les personnes concernées par un trouble psychotique (White et al., 2021, 2023). Les résultats montrent que le fait d'avoir un partenaire intime ou d'être satisfait de son statut relationnel est associé à un niveau de satisfaction de vie et de bien-être plus élevé (pour une revue systématique, voir White et al., 2021). Les données existantes soulignent ainsi **l'importance cruciale** des **relations intimes** dans le **rétablissement** de certaines personnes concernées par un trouble psychique. Certaines études qualitatives permettent également de faire des hypothèses quant aux processus en jeu dans le lien entre les relations intimes et le rétablissement, lesquels apparaissent cohérents avec ceux du modèle CHIME.

Processus en jeu. Selon les personnes concernées, les relations intimes contribuent à atténuer l'isolement et la solitude en offrant de la compagnie et en favorisant la **connexion sociale** (Brand et al., 2022 ; de Jager et al., 2017 ; Redmond et al., 2010 ; Volman & Landeen, 2007 ; White et al., 2021). Elles constituent non seulement une source essentielle d'affection et de soutien, mais permettent également d'en offrir en retour, renforçant ainsi le sentiment d'utilité (Boucher et al., 2016 ; Forrester-Jones & Barnes., 2008 ; Quinn & Happell, 2015 ; White et al.,

2021). De plus, elles sont perçues comme une source de confiance et d'estime de soi, et parfois comme un signe de « normalité », suggérant qu'elles contribuent à une **meilleure perception de soi-même** (Quinn & Happell, 2015 ; Redmond et al., 2010 ; White et al., 2021). Enfin, ces relations permettent d'investir des rôles **sociaux valorisés**, tels que ceux de partenaire, conjoint, mari ou femme (Deegan, 1999 ; Van Sant et al., 2012). Les résultats de l'étude menée par White et al. (2023) corroborent ces témoignages, en soulignant le rôle médiateur du sentiment de solitude, de l'auto-stigmatisation et de l'estime de soi dans l'association entre les relations intimes et le bien-être (White et al., 2023). Ces données, ainsi que les témoignages des personnes concernées suggèrent que les relations intimes contribuent à renforcer une **identité positive** qui dépasse l'identité stigmatisée, favorisent la **connexion sociale** et offrent la possibilité d'accéder à des **rôles sociaux valorisants**, dans lesquels les individus peuvent se sentir utiles (Van Sant et al., 2012). En conclusion, les relations intimes apparaissent comme un élément essentiel du processus de rétablissement pour certaines personnes concernées par un trouble psychique (Cook, 2000 ; Forrester-Jones & Barnes., 2008 ; Van Sant et al., 2012).

1.4. Les pratiques orientées rétablissement : la place des relations intimes

L'approche centrée sur le rétablissement représente une avancée significative dans la conception des troubles psychiques, en déplaçant l'accent des indicateurs traditionnels tels que la symptomatologie ou les déficiences fonctionnelles vers les **perspectives** des personnes concernées (Pachoud, 2018). Cette évolution a entraîné des changements profonds dans les pratiques d'accompagnement, donnant naissance aux **pratiques orientées vers le rétablissement**. Ces pratiques visent principalement à soutenir les personnes dans leur processus de rétablissement (Australian Health Ministers', 2013 ; Le Boutillier et al., 2011). Elles incluent ainsi le soutien aux relations intimes, qui, comme mentionné dans la section précédente, constituent un élément crucial du rétablissement pour certaines personnes (Boucher et al., 2016). De plus, les pratiques orientées vers le rétablissement reposent sur des valeurs et

des principes tels que « **l'orientation centrée sur la personne** », « **l'autodétermination** » et la « **dignité du risque et du droit à l'échec** » (Deegan, 1999 ; Farkas et al., 2005 ; Slade, 2009). Ces principes garantissent aux individus la liberté de définir leurs projets et aspirations. Pour les professionnels, cela implique de soutenir activement les personnes dans cette démarche, en respectant et en valorisant leurs choix et en leur permettant de prendre des risques qualifiés de « responsables » (Deegan, 1999 ; Farkas et al., 2005 ; Slade, 2009). Appliqués au contexte des relations intimes, ces principes signifient que les personnes concernées sont libres d'aspirer aux différents rôles sociaux que permettent les relations intimes. Pour les professionnels, cela implique de mettre en œuvre des pratiques qui facilitent leur réalisation, tout en respectant les choix relationnels et intimes des personnes qu'ils accompagnent (Deegan, 1999 ; Tennille & Wright, 2013 ; Van Sant et al., 2012).

En conclusion, l'approche centrée sur le rétablissement requiert que les structures et les professionnels de la santé mentale soient en mesure de soutenir activement les aspirations et les besoins des personnes concernées, y compris en matière de relations intimes. Cette approche est complémentaire de celle centrée sur le respect des droits, également au cœur des recommandations actuelles (Felix, 2024 ; OMS, 2021).

2. L'approche centrée sur les droits

2.1. Origine de l'approche centrée sur les droits

La nécessité d'adopter une **approche centrée sur les droits** en santé mentale découle de divers rapports internationaux et nationaux dénonçant les nombreuses **violations des droits** des personnes, tant dans les structures de soins que dans la société (Comité des Droits des Personnes Handicapées, 2021 ; Contrôleur Général des Lieux de Privation de Liberté, 2016 ; OMS, 2021 ; Wigand et al., 2021). Ces violations se manifestent notamment par des **discriminations** qui entravent l'accès à l'emploi, à l'éducation, au logement, ainsi qu'à la participation à la vie civique et relationnelle (OMS, 2021 ; Thornicroft et al., 2009). Elles

empêchent les individus de mener la vie qu'ils souhaitent et restreignent leur accès aux rôles sociaux qu'ils valorisent ; beaucoup se voient même refuser le droit de se marier ou d'avoir des enfants (OMS, 2021 ; Thornicroft et al., 2009). Ces violations les excluent ainsi de la société, les empêchant de s'y intégrer pleinement et d'y participer au même titre que les autres.

2.2. Définition et principes de l'approche centrée sur les droits

L'approche centrée sur les droits en santé mentale vise à **promouvoir** et à **garantir** le **respect des droits** des personnes concernées par un trouble psychique (Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights, 2006 ; OMS, 2021). Cette approche s'appuie sur les instruments internationaux de protection des droits de l'homme, telle que la **Convention relative aux droits des personnes handicapées** (CIDPH, Nations Unies, 2006), qui a pour objet « de promouvoir, protéger la pleine et égale jouissance de tous les droits de l'homme et de toutes les libertés fondamentales par les personnes handicapées et de promouvoir le respect de leur dignité intrinsèque » (Nations Unies, 2006, p. 4). Adoptée en 2006 par l'Assemblée générale des Nations Unies et ratifiée par la France en 2010, la CIDPH a été élaborée avec la participation active des personnes concernées. Cet instrument est **juridiquement contraignant**, ce qui signifie que les États qui le ratifient s'engagent légalement à respecter et à mettre en œuvre leurs dispositions (Commission Européenne, 2024). La CIDPH ne crée pas de nouveaux droits, mais **réaffirme l'accès égal** des personnes concernées à tous les droits (Défenseur des droits, 2016). Certains de ces instruments de protection des droits de l'homme, comme c'est le cas pour la CIDPH, intègrent de manière plus ou moins explicite la question des relations intimes (Bourdon-Busin et al., 2023). La section suivante sera consacrée à l'examen des textes essentiels pour la reconnaissance des droits en matière de vie affective, intime et sexuelle des personnes en situation de handicap.

2.3. Reconnaissance des droits en matière de vie affective, intime et sexuelle des personnes en situation de handicap

Parmi les articles de la CIDPH, deux revêtent une importance particulière pour la question des relations intimes. L'article 19, relatif au « droit à l'autonomie de vie et à l'inclusion dans la société », affirme que toute personne en situation de handicap a le droit de vivre dans la société avec la même liberté de choix que les autres. Les États parties doivent donc prendre des mesures pour garantir leur pleine **intégration et participation** à la **société**. De plus, l'article 23, concernant le « respect du domicile et de la famille », stipule que toute personne en situation de handicap a le **droit de se marier et de fonder une famille**. Les États parties « s'engagent à prendre des mesures pour éliminer la discrimination à l'égard des personnes handicapées dans tout ce qui concerne le mariage, la famille, la fonction parentale et les relations personnelles, sur la base de l'égalité avec les autres » (Nations Unies, 2006, p. 16). En garantissant le droit à la pleine **participation sociale** et à la **possibilité de fonder une famille**, ces textes reconnaissent les relations intimes comme un droit pour les personnes en situation de handicap psychique. Suite à l'examen du rapport sur la mise en œuvre par la France de la CIDPH, le Comité des droits des personnes handicapées recommande de « sensibiliser l'opinion au fait que les personnes handicapées ont les mêmes droits que les autres en ce qui concerne le mariage et les questions familiales » (Nations Unies, 2021, p. 14). En France, ces droits sont également reconnus à travers l'article 9 du Code Civil, qui stipule que toutes les personnes ont droit au **respect de leur vie privée**, incluant la vie sentimentale (Article 9, alinéa 1 du Code civil).

Certains textes, comme la loi 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale (article L311-3 du Code de l'action sociale et des familles), réaffirment ces droits pour les personnes en situation de handicap qui sont accompagnées par des établissements et services médico-sociaux. Ces droits, ainsi que leurs implications pour les établissements et services, sont réitérés dans la Circulaire N° DGCS/SD3B/2021/147 du 5 juillet 2021 (Annexe 2). Cette instruction, destinée aux professionnels et aux directions des établissements, réaffirme « **le droit pour les personnes en situation de handicap d'avoir une**

vie affective, relationnelle, intime, amoureuse et sexuelle au même titre que l'ensemble des citoyens français et des citoyennes françaises ». Ainsi, en France, chacun peut mener la vie intime, affective et sexuelle qu'il souhaite, sous réserve d'un consentement réciproque et du respect de la loi (Mon Parcours Handicap, 2023).

2.4. Des droits qui impliquent des devoirs pour les services de santé mentale et les professionnels

Les droits de personnes concernées impliquent, pour les établissements et les professionnels, des devoirs en matière d'accompagnement des relations intimes. Les professionnels sont encouragés à **identifier les besoins** des personnes concernées et à proposer un **accompagnement** adapté, tout en veillant à **respecter les choix** des individus. Les directions des établissements sont invitées à **promouvoir** et à respecter la place de la vie affective, relationnelle, intime et sexuelle des personnes dans le projet d'établissement ou de service, ainsi que dans le projet personnalisé. Enfin, ne pas tenir compte des désirs intimes des personnes en situation de handicap ou les en priver constitue une forme de violence et de **discrimination** (Rebord, 2023).

3. Synthèse du Chapitre 2

L'approche centrée sur le rétablissement et celle axée sur les droits **reconnaissent pleinement** l'importance des relations intimes et **légitiment** leur prise en compte au sein des services de soins et d'accompagnement en santé mentale. Dans cette perspective, les relations intimes constituent un **domaine d'accompagnement à part entière**, et les besoins et attentes des personnes concernées dans ce domaine doivent être considérés. Cependant, en pratique, ce domaine est souvent négligé, et les accompagnements restent insuffisants, voire inexistants (Forrester-Jones et al., 2023 ; Östman & Björkman, 2013 ; Urry et al., 2022). Le chapitre suivant explore les attentes et les besoins des personnes concernées en matière d'accompagnement et met en lumière les lacunes dans ce domaine.

Chapitre 3 : Diversité des attentes et insuffisance des pratiques

1. Besoins et attentes des personnes concernées relatifs à l'accompagnement des relations intimes

1.1. Attentes des personnes concernées envers les professionnels

Il n'y a **pas de consensus** parmi les personnes concernées quant à leur désir d'être accompagnées dans leurs relations intimes, leurs attentes **variant** considérablement **d'une personne à l'autre** (Brand et al., 2022 ; Forrester-Jones et al., 2023). Alors que certaines souhaitent que les professionnels jouent un rôle dans le soutien de leurs relations, d'autres se montrent réticentes à recevoir un tel accompagnement (Brand et al., 2022 ; Forrester-Jones et al., 2023 ; Östman & Björkman, 2013 ; White et al., 2021). Parmi les personnes hésitantes, certaines expriment des préoccupations quant à la nature de cet accompagnement, doutant de sa capacité à répondre adéquatement à leurs besoins. Par exemple, certaines craignent une approche axée sur la gestion des risques (Brand et al., 2022 ; Forrester-Jones et al., 2023). De plus, certains témoignages révèlent que ces personnes évitent de formuler des demandes par crainte d'embarrasser les professionnels (Forrester-Jones et al., 2023) ou par peur que leurs échanges ne soient dévoilés et utilisés contre elles (White et al., 2021). À l'inverse, d'autres soulignent clairement un besoin d'aborder ce sujet avec des professionnels (Östman & Björkman, 2013). Ces études soulignent la diversité des attitudes concernant le désir d'être accompagné dans ce domaine. Cependant, elles révèlent certaines préférences communes en ce qui concerne les conditions de cet accompagnement.

Les personnes concernées mettent en avant l'importance cruciale de la qualité de la **relation thérapeutique**, qui influence fortement leur volonté d'être accompagné dans ce domaine. Une relation thérapeutique basée sur la confiance, la confidentialité et une approche collaborative est particulièrement appréciée (McCann, 2000 ; White et al., 2021). À l'inverse, un **manque de confiance** envers les professionnels, souvent exacerbé par des expériences

antérieures négatives et des traitements inappropriés, constitue un obstacle majeur au désir d'être accompagné. De plus, les accompagnements favorisant **l'autonomie** et la **prise de décision** sont valorisés (White et al., 2021). À l'inverse, les **approches médicales** centrées sur la réduction des symptômes, qui contrastent avec les approches centrées sur la personne et ses aspirations, sont perçues comme des freins à un soutien adéquat pour les relations intimes. Les préférences exprimées par ces personnes s'alignent ainsi sur les principes de l'approche centrée sur le **rétablissement**, rejetant les méthodes médicales contraignantes axées sur la réduction des risques (White et al., 2021).

1.2. Besoins spécifiques des personnes concernées en termes d'accompagnement

Les recherches sur les besoins spécifiques des personnes concernées en matière d'accompagnement des relations intimes demeurent **limitées**. Cependant, certaines études révèlent des besoins spécifiques, tels que la compréhension de leurs **droits** dans le cadre des relations intimes, l'amélioration des **compétences sociales**, y compris la communication, l'expression émotionnelle et la gestion des conflits. Elles mettent également en lumière l'importance de réduire les **effets secondaires** des traitements pharmacologiques et de fournir un soutien adéquat dans les situations de **relations abusives** (Brand et al., 2022 ; Dubreucq et al., 2023 ; McCann, 2000 ; White et al., 2021).

En conclusion, bien que certaines personnes rejettent l'idée de recevoir un soutien de la part des professionnels dans ce domaine, cela ne signifie pas que ces derniers n'ont aucun rôle à jouer (White et al., 2021). Des **attentes existent** envers les professionnels de santé, ainsi que des **besoins spécifiques** en matière d'accompagnement des relations intimes.

2. Un accompagnement qui demeure insuffisant

De manière générale, les personnes concernées, ainsi que les professionnels eux-mêmes, rapportent un **manque**, voire une **absence**, de **soutien en matière de relations intimes** (Berger-Merom et al., 2021 ; Forrester-Jones, 2023 ; Tennille et al., 2022 ; Urry et al., 2019,

2022). Les discussions sur ce sujet sont **rarement initiées** par les professionnels (Forrester-Jones et al., 2023 ; McCann et al., 2019 ; Urry et al., 2019). En effet, dans une étude menée auprès de 219 professionnels, plus d'un tiers d'entre eux ont indiqué n'aborder les relations intimes que si la personne qu'ils accompagnent initie la conversation (Tennille et al., 2022). Les professionnels admettent largement **éviter ce sujet** dans leur pratique (Berger-Merom et al., 2021 ; Forrester-Jones et al., 2023 ; Tennille et al., 2022). Certaines personnes concernées rapportent avoir tenté de discuter de ces questions avec des professionnels, mais leurs préoccupations ont été ignorées ou évitées (Östman & Björkman, 2013). Ce manque d'attention se manifeste tant pour le développement de nouvelles relations intimes que pour celles existant de longue date (Forrester-Jones, 2023 ; Östman & Björkman, 2013). Bien que les relations intimes soient souvent omises dans leur pratique courante, certains professionnels reconnaissent que les besoins des personnes devraient être mieux pris en compte au sein des services de santé mentale (Forrester-Jones et al., 2023 ; Urry et al., 2019, 2022).

3. Synthèse du Chapitre 3

Les attentes des personnes concernées quant au rôle des professionnels dans l'accompagnement de leurs relations intimes sont variées. Pourtant, les relations intimes demeurent largement ignorées, et leur **accompagnement insuffisant**. Ce constat **contraste** avec les **restrictions majeures** auxquelles les personnes concernées sont confrontées et les besoins qu'elles expriment.

Chapitre 4 : Problématique et cadre du travail doctoral

1. Problématique du travail doctoral

Les relations intimes constituent un **domaine fondamental de la vie et un droit pour tous**. Le développement de relations basées sur la connexion avec un partenaire, l'affection et le soutien réciproque représente une aspiration pour de nombreuses personnes concernées par un trouble psychique (Deegan, 1999 ; White et al., 2021). Ces relations sont souvent décrites par ces dernières comme des facteurs facilitateurs de leur rétablissement personnel (Boucher et al., 2016). Cependant, les données internationales révèlent que les personnes concernées par un trouble psychique, en particulier la schizophrénie, sont moins susceptibles de développer des relations intimes. Cette situation s'accompagne ainsi de **besoins majeurs**, souvent non satisfaits (McCann, 2010 ; Thornicroft et al., 2004). La CIF offre un cadre théorique pertinent pour caractériser cette première problématique : de nombreuses personnes concernées par un trouble psychique sont confrontées à une **restriction de participation majeure** dans le domaine des relations intimes (OMS, 2001).

Les approches centrées sur le **rétablissement** et le **respect des droits** des personnes sont au cœur des **recommandations internationales** actuelles (OMS, 2021). Elles préconisent des pratiques centrées sur la personne, qui soutiennent ses aspirations, valorisent ses choix, et qui promeuvent son droit à la **participation sociale** (Coldefy, 2022). Ces approches reconnaissent ainsi pleinement l'importance des relations intimes et légitiment leur prise en compte au sein des services de santé mentale. Cependant, en pratique, les besoins relatifs aux relations intimes sont souvent négligés, et **l'accompagnement dans ce domaine reste insuffisant**, ce qui constitue la seconde problématique d'intérêt de ce travail doctoral (Berger-Merom et al., 2021 ; Forrester-Jones et al., 2023).

En conclusion, il apparaît essentiel de **promouvoir la participation sociale** des personnes concernées par un trouble psychique dans le domaine des **relations intimes**, en

améliorant l'accompagnement qui leur est proposé. Dans une perspective de **pratique fondée sur les preuves**, l'amélioration des accompagnements doit s'appuyer sur les meilleures données scientifiques disponibles (American Psychological Association, APA, Presidential Task Force on Evidence-Based Practice, 2006). C'est dans cette optique que le programme de recherche INTIMate a été développé.

2. Le programme INTIMate

Le programme de recherche INTIMate, initié en septembre 2021, est coordonné par Meryl Caiada sous la direction d'Antoinette Prouteau. Il est le résultat d'une collaboration entre l'Université de Bordeaux et le Centre Hospitalier de Jonzac. Ce projet bénéficie, depuis mars 2023, d'un financement accordé par la Fondation Internationale de la Recherche sur le Handicap Psychique (FIRAH), qui s'étend jusqu'en janvier 2025.

L'objectif principal d'INTIMate est de **promouvoir les relations intimes** des personnes concernées par un trouble psychique. Plus précisément, il s'attache à i) **approfondir les connaissances** sur les relations intimes des personnes concernées afin de ii) **soutenir l'accompagnement** des professionnels dans ce domaine.

Le programme se déroule en deux phases : une première phase dédiée à la production de connaissances, suivie d'une seconde phase consacrée à l'élaboration de ressources concrètes destinées aux acteurs de terrain. Pour atteindre ces objectifs, le programme INTIMate s'appuie sur les approches scientifiques suivantes :

- **L'évidence based practice** : Le programme intègre les meilleures preuves de recherche disponibles, tout en tenant compte de l'expérience des professionnels et des préférences, ainsi que des valeurs des personnes concernées (APA, 2006).
- **La recherche appliquée** : Les résultats des recherches seront transférés aux acteurs de terrain afin de maximiser leur utilité pratique.

- **La recherche participative** : Les personnes les plus directement concernées par les problématiques étudiées participent activement à la production des connaissances scientifiques et à leur diffusion.

Pour respecter ces principes, le programme a mis en place un **Comité de Pilotage** réunissant les différents acteurs concernés par la problématique. Ce comité inclut des personnes concernées, des professionnels de santé (pair-aidants, psychologues, psychiatres, ergothérapeutes, sexologues), des membres de centres ressources tels que le Centre Ressources Handicaps et Sexualités et le Centre de Santé Sexuelle CACIS, des représentants du Centre Collaborateur de l'Organisation Mondiale de la Santé (CCOMS), ainsi que des enseignants-chercheurs spécialisés en neuropsychologie, psychologie clinique, psychologie sociale et en droit. Présenté en Annexe 3, ce Comité de Pilotage joue un rôle essentiel dans le développement du programme. Il participe activement à l'élaboration des questions de recherche, à la définition des objectifs et à la sélection des méthodologies employées. En outre, il priorise les thématiques de recherche, examine les résultats obtenus et contribue à la transférabilité des données.

Partie 2 : Contributions scientifiques

Les contributions scientifiques du programme INTIMate s'articulent autour de trois axes de recherche : l'accompagnement des relations intimes, les facteurs obstacles et facilitateurs de ces relations, ainsi que la stigmatisation qui les entoure. Ces axes constitueront les trois chapitres suivants :

Chapitre 1. Accompagnement des relations intimes : obstacles et ressources disponibles

- Etude 1 '*INTIMate Review*': Promoting Intimate Relationships in Mental Illness: A Systematic Review of Interventions
- Caiada, M., Felix, S., Guionnet, S., Valery, K.-M., Bonilla-Guerrero, J., Destailats, J.-M., & Prouteau, A. (2024). Promoting Intimate Relationships in Mental Illness: A Systematic Review of Interventions. *Community Mental Health Journal*, 60(3), 536-551. <https://doi.org/10.1007/s10597-023-01204-z>

Chapitre 2. Les facteurs obstacles et facilitateurs des relations intimes

- Etude 2 '*INTIMate Factors*': Obstacles and Facilitators of Intimate Relationships: an Exploratory Study in Schizophrenia and the General Population
- Caiada, M., Guionnet, S., Felix, S., Valery, K.M., Tison, E., Bonilla-Guerrero, J., Destailats, J.M., & Prouteau, A. (2024). *Obstacles and Facilitators of Intimate Relationships: an Exploratory Study in Schizophrenia and the General Population*. *Psychiatric Rehabilitation Journal* [Manuscript submitted for publication]. Psychology Laboratory, University of Bordeaux.

Chapitre 3. Stigmatisation des relations intimes : stigmatisation publique et auto-stigmatisation

- Etude 3 '*INTIMate Stigma*' : Stigmatization of Intimate Relationships in Schizophrenia: a Study Comparing Mental Health Professionals, Health Students and the General Population
- Caiada, M., Valery, K.-M., Felix, S., Guionnet, S., Tison, E., Gonin, M., Bonilla-Guerrero, J., Destailats, J.-M., Pillaud, N., & Prouteau, A. (2024). Stigmatizing intimate relationships in schizophrenia : A study comparing mental health professionals, health students and the general population. *Journal of Mental Health*, 0(0), 1-11. <https://doi.org/10.1080/09638237.2024.2390378>
- Etude 4 : L'auto-stigmatisation dans les relations intimes : développement et validation d'une échelle d'évaluation
- Caiada, M., Prouteau, A., Vigneault, L., Felix, S., Guionnet, S., Lamontagne, J., Tison, E., Valery, K.-M., & Lecomte, T. Développement et validation d'une échelle d'évaluation de l'auto-stigmatisation dans les relations intimes. [Article en préparation]. University of Montréal.

Chapitre 1. Accompagnement des relations intimes : obstacles et ressources disponibles

1. Introduction : les obstacles à l'accompagnement des relations intimes

Comme rappelé dans la partie introductive de ce travail doctoral, les relations intimes sont le plus souvent **ignorées** dans les pratiques courantes des professionnels (Berger-Merom et al., 2021 ; Forrester-Jones et al., 2023). Certains auteurs ont identifié les raisons (considérées comme des **obstacles**) qui conduisent les professionnels à éviter ce sujet. Ces obstacles, présentés dans la section suivante, peuvent être regroupés en quatre grandes catégories.

1.1. Les représentations erronées des professionnels

De nombreuses études soulignent que la majorité des professionnels **reconnaissent l'importance des relations intimes** pour les personnes concernées ainsi que pour leur rétablissement (Dubreucq et al., 2023 ; Forrester-Jones, 2023 ; Quinn & Happell, 2015 ; Tennille et al., 2021 ; Urry et al., 2019 ; White et al., 2020). Par exemple, 82 % des professionnels considèrent qu'il est pertinent de discuter de la sexualité avec les personnes concernées, et 95 % estiment que ces dernières seraient intéressées par une telle discussion (Tennille et al., 2022). Cependant, cette idée ne fait pas encore l'unanimité : certains professionnels pensent qu'en raison de leur trouble psychique, les personnes concernées n'ont **pas d'intérêt** pour les relations intimes (Urry et al., 2019) ou ne sont **pas capables** de développer et de maintenir des relations intimes positives (White et al., 2020). Par ailleurs, l'absence d'intérêt ou, à l'inverse, l'intérêt marqué pour les relations intimes et l'expression de la sexualité sont encore souvent considérés comme des **symptômes** de troubles psychiques graves, tels que la schizophrénie (Deegan, 1999 ; Urry et al., 2019). Ainsi, les relations intimes, en particulier les relations sexuelles, continuent d'être envisagées sous l'angle de la psychopathologie, plutôt qu'à travers une approche positive et respectueuse de la sexualité telle que promue par l'OMS (Deegan, 1999 ; OMS, 2006 ; Van Sant et al., 2012). De plus, il existe une **disparité significative** entre les **besoins exprimés** par les personnes concernées et la

perception de ces besoins par les **professionnels** (McCann, 2010). Alors que 83 % des personnes concernées par la schizophrénie expriment des besoins en matière de relations intimes et 90 % en termes d'expression sexuelle, seulement 43 % et 10 % des professionnels, respectivement, perçoivent ces besoins (McCann, 2010). Ces **représentations erronées** et infondées chez les professionnels de santé contribuent ainsi au silence persistant autour de la question des relations intimes (Urry et al., 2019).

1.2. Le manque de clarté dans le rôle des professionnels

La littérature met en évidence un **manque de clarté** quant aux missions des professionnels et un flou institutionnel concernant les conduites à tenir. Par exemple, bien que cette perception ne fasse pas consensus, certains considèrent que l'accompagnement des relations intimes ne fait **pas partie de leur rôle ou de leur mission** (Tennille et al., 2022 ; Urry et al., 2019). D'autres estiment que les relations intimes ne constituent **ni une priorité ni un objectif thérapeutique** approprié (Berger-Merom et al., 2021). Le rétablissement étant encore largement compris dans un sens médical (i.e. rétablissement clinique), la stabilisation ou la rémission symptomatique demeure souvent reléguée au rang d'objectif prioritaire (Forrester-Jones et al., 2023 ; Urry et al., 2019). Les professionnels invitent ainsi les structures institutionnelles à définir clairement leurs missions et à intégrer explicitement le soutien aux relations intimes comme une composante essentielle du service (Tennille et al., 2022). Ainsi, ce manque de clarté pousse les professionnels à **déprioriser l'accompagnement** des relations intimes au profit d'autres éléments qu'ils considèrent, avec le soutien des structures institutionnelles, comme plus importants (Berger-Merom et al., 2021 ; White et al., 2020, 2021).

1.3. La focalisation sur les risques

Les relations intimes étant fréquemment perçues comme **un risque** pour la santé mentale des personnes concernées, elles sont souvent abordées par le prisme de la **réduction des risques** (Forrester-Jones et al., 2023 ; Quinn & Happelle, 2015 ; White et al., 2020). Elles

sont considérées comme une menace pour la rémission symptomatique et comme un risque émotionnel, notamment en cas de rupture (Forrester-Jones et al., 2023 ; White et al., 2020). Ainsi, dans le cadre d'une approche biomédicale et centrée sur la sécurité des personnes avant tout, ces perceptions conduisent les professionnels à **éviter le sujet** afin de minimiser ces risques (Forrester-Jones et al., 2023 ; White et al., 2020). Ce contexte limite la prise de décision partagée et favorise des **pratiques paternalistes** et **contraignantes**, en décalage avec les attentes des personnes concernées (Berger-Merom et al., 2021 ; Deegan, 1999 ; Urry et al., 2022). Cette situation est également exacerbée par les politiques institutionnelles qui placent la réduction des risques comme une priorité (Berger-Merom et al., 2021 ; Urry et al., 2022 ; White et al., 2020).

1.4. L'inconfort associé au sujet des relations intimes

Le caractère **embarrassant**, **sensible** et **délicat** du sujet des relations intimes constitue un obstacle fréquemment cité par les professionnels, soulignant ainsi le **tabou** qui entoure ces questions (Urry et al., 2019 ; Berger-Merom et al., 2021). De plus, certains professionnels craignent que l'abord de ce sujet puisse nuire à la relation thérapeutique (Urry et al., 2019). Pour éviter ce malaise ou préserver la relation thérapeutique, ils préfèrent souvent éluder ce sujet (Urry et al., 2019).

1.5. Le manque de ressource mise à disposition des professionnels

Les professionnels décrivent un **manque de formation** sur les relations intimes, ainsi que l'inadéquation de celles qui sont proposées (Berger-Merom et al., 2021 ; Urry et al., 2022). En effet, selon eux, les formations existantes se concentrent principalement sur la santé sexuelle, les aspects biomédicaux de la sexualité ou les effets secondaires des traitements, négligeant ainsi d'autres dimensions essentielles des relations intimes (Urry et al., 2022). Les professionnels soulignent également un **manque d'outils** spécifiques pour accompagner les personnes dans leurs relations intimes (Berger-Merom et al., 2021 ; Urry et al., 2022). Les outils

dont ils disposent ne leur permettent pas, dans leur pratique courante, d'aborder, de soutenir ou d'évaluer adéquatement les préoccupations des personnes concernées en lien avec leur relations intimes (Urry et al., 2022)

Les professionnels estiment que ce **manque de ressources** reflète un manque de soutien institutionnel concernant les questions liées aux relations intimes. Ils considèrent que les structures devraient leur offrir davantage d'opportunités de **formation**, des **outils adaptés** ainsi que des lignes directrices précises sur la manière d'aborder et d'accompagner ces questions dans leur pratique (Tennille et al., 2022 ; Urry et al., 2022). Le manque de ressources apparaît comme un **obstacle majeur**, car il est étroitement **lié aux obstacles** précédemment évoqués. L'absence de formation adéquate accentue chez les professionnels un sentiment d'incompétence et d'inconfort (Berger-Merom et al., 2021), contribue à la propagation de représentations erronées concernant les relations intimes des personnes concernées (Urry et al., 2022). Enfin, le manque d'outils est perçu par les professionnels comme un signe que les relations intimes ne sont pas une partie intégrante de leur pratique courante, et que leur accompagnement n'a pas sa place dans les structures de santé mentale (Urry et al., 2022).

1.6. Synthèse et objectif de l'étude

En conclusion, le manque de ressources liées aux relations intimes empêche les professionnels de les intégrer pleinement dans leurs pratiques (Berger-Merom et al., 2021 ; Urry et al., 2022 ; Tennille et al., 2022). Certains auteurs appellent au développement de nouvelles ressources, afin de surmonter les obstacles décrits par les professionnels (Berger-Merom et al., 2021 ; McCann et al., 2019). Cependant, avant de développer de nouvelles ressources, il est nécessaire d'identifier celles qui sont déjà disponibles dans la littérature scientifique. C'est dans ce contexte qu'a été développée la première étude, intitulée INTIMate Review, dont **l'objectif était d'identifier les interventions visant à promouvoir les relations intimes des personnes concernées par un trouble psychique sévère**. Les interventions, souvent désignées dans la

littérature sous le terme d'interventions psychosociales (i.e., non pharmacologiques), sont des outils qui englobent un ensemble de techniques (e.g., thérapies cognitivo-comportementales, psychoéducation) visant à **répondre aux besoins exprimés** par les personnes concernées (Lecomte et al., 2014).

2. Etude 1. Promoting Intimate Relationships in Mental Illness: A Systematic Review of Interventions

Cette étude a fait l'objet d'une **plaquette d'information** (Annexe 4) et d'un **article publié** : Caiada, M., Felix, S., Guionnet, S., Valery, K.-M., Bonilla-Guerrero, J., Destailats, J.-M., & Prouteau, A. (2024). Promoting Intimate Relationships in Mental Illness : A Systematic Review of Interventions. *Community Mental Health Journal*, 60(3), 536-551. <https://doi.org/10.1007/s10597-023-01204-z>

Promoting Intimate Relationships in Mental Illness: A Systematic Review of Interventions

Meryl Caiada¹, Simon Felix^{1,2}, Sarah Guionnet¹, Kevin-Marc Valery¹,
Julien Bonilla-Guerrero², Jean-Marc Destailats², Antoinette Prouteau^{1,2}

¹Laboratory of Psychology, LabPsy, UR 4139, University of Bordeaux,
33000 Bordeaux, France

²Department of Adult Psychiatry, Jonzac Hospital, Jonzac, France

Community Mental Health Journal
<https://doi.org/10.1007/s10597-023-01204-z>

ORIGINAL PAPER



Promoting Intimate Relationships in Mental Illness: A Systematic Review of Interventions

Meryl Caiada¹ · Simon Felix^{1,2} · Sarah Guionnet¹ · Kevin-Marc Valery¹ · Julien Bonilla-Guerrero² ·
Jean-Marc Destailats² · Antoinette Prouteau^{1,2}

Received: 1 June 2023 / Accepted: 30 October 2023

© The Author(s), under exclusive licence to Springer Science+Business Media, LLC, part of Springer Nature 2023

Abstract

Although persons with Serious Mental Illness (SMI) express a need for intimate relations with others, they still suffer from a severe lack of social participation in this domain. However, these unmet needs have received little attention until recently. This study reviews interventions that aim to facilitate the development and the maintenance of intimate relationships (IR) of persons with schizophrenia, bipolar disorder and major depression. A systematic review following PRISMA guidelines was conducted. Studies published in Scopus, PubMed, EBSCO (Psych INFO, Psych ARTICLES, Psychology and Behavioral Sciences Collection) from January 1, 2000, to December, 2021, were screened. The search using terms referring to “schizophrenia”, “bipolar disorder”, “major depression”, “IR” and “interventions” revealed 11 studies. Among them, 10 reported interventions for persons with depression, including 9 for couple therapy. Most interventions targeted satisfaction with couple relationships as the main therapeutic objective. Heterogeneity in study design precludes any firm conclusions about their efficacy. Interestingly, only one intervention focused on single persons interested in developing IR. The results highlight the lack of interventions: (i) aimed at promoting IR, (ii) designed for single persons, and (iii) targeting persons with psychotic disorders. This result may reflect the persisting stigmatization of persons with psychotic disorders, and the taboo associated with the IR and sexuality of persons with mental illness. Further studies are needed to develop inclusive interventions promoting the development of IR in persons with mental illness.

Keywords: Schizophrenia ; Bipolar disorder ; Major depression ; Intimate relationships ; Interventions ; Systematic review

Promoting Intimate Relationships in Mental Illness: A Systematic Review of Interventions

Intimate relationships (IR) are a core aspect of human life and are known to be an essential component of well-being (e.g., Braithwaite & Holt-Lunstad, 2017). According to the International Classification of Functioning (World Health Organization, 2001), social participation in the domain of IR is defined as “creating and maintaining close or romantic relationships between individuals, such as husband and wife, lovers or sexual partners” (World Health Organization, 2001, p. 169). IR have received growing interest in the international psychiatric literature and have recently been the subject of specific studies conducted with persons with Serious Mental Illness (SMI, Cloutier et al., 2020; White et al., 2021). SMI, “is a mental, behavioral or emotional disorder (excluding developmental and substance use disorders) resulting in serious functional impairment, which substantially interferes with or limits one or more major life activities. Examples of serious mental illness include major depressive disorder, schizophrenia and bipolar disorder” (Njoku, 2022). These 3 mental conditions figure in the top 10 causes of disability in the world (World Health Organization, 2001). A recent review synthesized the literature on the association between IR and wellbeing in persons with psychosis (White et al., 2021). Results suggested that being involved in IR is associated with higher levels of satisfaction with life and subjective wellbeing, along with symptom reduction. In a study conducted in persons with SMI, 71% of participants considered IR to be a facilitator and an indicator of recovery. However, only 15% were involved in IR (Boucher et al., 2016). The World Health Organization (WHO) considers efforts are still required to eliminate discrimination against persons with disabilities in all matters relating to marriage, family, parenthood and relationships (The Convention on the Rights of Persons with Disabilities, 2006). Indeed, persons with SMI are less engaged in IR than the general population. In a review of 19 786 participants with psychosis, only 24.77% were engaged in a

stable intimate relationship (White et al., 2021). In a European study of 404 persons with schizophrenia, 65% of participants were single and only 17% were married, versus 34% in the general population (Thornicroft et al., 2004). Recent data on 1239 French participants with schizophrenia showed that 90% of them were single, while 70% of adults in the French general population were involved in a relationship (Dubreucq et al., 2021; Bodier et al., 2015).

This limited access to IR also generates dissatisfaction and needs. Dissatisfaction with social relationships is common in persons with schizophrenia (Prouteau et al., 2009) and improving social relationships is one of the most frequent rehabilitation goals mentioned by persons with SMI (Lecomte et al., 2005). Werner (2012) reported that the areas with the highest percentage of unmet needs were IR and sexual expression. In a study conducted in persons with schizophrenia, 83% identified some need related to IR (McCann, 2010). Furthermore, persons with schizophrenia are less satisfied with their sexuality than healthy population (Vucic Peitl et al., 2009). Studies are thus needed to provide solutions to address these issues and the unmet needs of persons with SMI.

Some studies have already investigated interventions targeting IR. Previous reviews mostly focused on sexual health promotion interventions rather than the development and maintenance of IR. Interventions that aim to improve the sexual health of persons with SMI provided mixed results. Effect sizes were variable across studies (Cohen's d from $d = 0.05$ to $d = 2.35$) and the effects diminished over time (Kaltenthaler et al., 2014; Walsh et al., 2014). However, sexual health research is necessary but not sufficient to promote satisfying and healthy relationships in persons with SMI. According to the WHO, IR are not limited to sexual relationships (World Health Organization, 2001). Moreover, persons with psychosis clearly report that “sex isn't everything”, and that satisfaction with a relationship does not depend only on sexuality but also on other dimensions, like connection between partners (White et al., 2021). One review aimed to identify psychosocial interventions designed to address sexual health and

IR concerns in patients with SMI (Helu-Brown & Aranda, 2016). Interventions aimed exclusively at human immunodeficiency virus risk reduction/prevention and pharmacological interventions were excluded. However, among the four studies reviewed (Cyranowski et al., 2004; Talbot et al., 2005; Talbot et al., 2011; Howden et al., 1994), three did not provide results regarding the enhancement of IR but focused rather on sexual trauma, mental health and social functioning. The fourth study only provided qualitative results (i.e., feelings about experiences, success of group members in meeting their individual goals). The review also had some methodological limitations (e.g., search terms did not include “IR”, search was limited to USA samples) and did not scope interventions promoting IR, as defined by the WHO (2001).

This study aims to systematically review available interventions that target the development and maintenance of IR of persons with schizophrenia, bipolar disorder and major depression.

Methods

Search Strategy

This systematic review adhered to the Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA) guidelines (Moher et al., 2009; Page et al., 2021). The databases used to identify the studies were: Scopus, PubMed, EBSCO (Psych INFO, Psych ARTICLES, Psychology and Behavioral Sciences Collection).

The search was conducted using the following terms in the title: (“intimate relationship*” OR “romantic relationship*” OR “sexual relationship*” OR “close relationship*” OR spouse* OR couple* OR partner* OR marital OR dating OR sexuality OR sexual* OR “significant other”) AND (“mental disorder” OR schizophrenia OR “mental illness” OR depression OR psychosis OR “psychiatric disease” OR “psychiatric illness” OR “severe mental illness” OR “serious mental illness” OR “chronic mental illness” OR “psychiatric patients” OR “mood disorder” OR “affective disorder” OR “psychotic disorder”

OR “personality disorder” OR “depressive disorder” OR “bipolar disorder”) AND (intervent* or program* or promot* or therap* or psychotherap* or treat* or group* or approach*). These terms were selected on a basis of previous systematic reviews conducted on the similar subject (e.g., Cloutier et al., 2021). Of note, “intimate relationships” or “romantic relationships” were not included in Medical Subject Headings (MeSH, National Library of Medicine). However, the MeSH database was consulted to identify appropriate terms. As interest in the subject of IR of people with a mental disorder is recent (Cloutier et al., 2020), searches were limited to articles published between January 2000 and October 2022.

Eligibility Criteria

Studies met the inclusion criteria if they included: (a) participants with a diagnosis of schizophrenia spectrum disorders, bipolar disorders or major depressive disorder; (b) adults between 18 and 65; and (c) at least one measure of IR (i.e. a measure that provides quantitative information about marital relationships and/or sexual relationships and/ or romantic relationships); (d) a description of the intervention that targets development and/or maintenance of IR; if they were: (f) original research; (g) published in English; (h) in peer-reviewed journals. Studies were eliminated if they only described: (a) pharmacologic or (b) sexual health interventions.

Selection Process

Eligibility assessment was performed independently by four reviewers (SG, KMV, SF, MC). They first discussed the eligibility criteria and defined the following major concepts: “schizophrenia”, “bipolar disorder”, “major depression” and “intimate relationships” (see above in Eligibility Criteria section). Then, all reviewers independently screened titles and abstracts. Finally, they selected articles by a full-text reading. The selections of each reviewer were compared and the articles creating disagreement were read in full a second time by the four reviewers together. Disagreements were resolved through discussion.

Data Collection Process and Items

The following data were extracted from each study: (a) sample characteristics (sample size, mean age, sex, diagnoses, data on IR); (b) inclusion and exclusion criteria; (c) aim of the study; (d) description of the intervention (e.g., approach, settings); (e) measure of IR; (f) study design and control group; (g) key findings; (h) associated factor(s). Data collection was performed by one reviewer (MC).

Risk of Bias Assessment

According to the PRISMA recommendations (Moher et al., 2009), risk of bias in the selected studies was assessed using the Cochrane Collaboration's tool for assessing risk of bias in randomized trials (ROB-2, Sterne et al., 2019). To assess risk of bias in a single-case study, the Single Case Design Risk Of Bias tool was used (SCD RoB; Reichow et al., 2018). The risk of bias for RCT and SCED studies was classified as "low risk", "some concerns" or "high risk". The National Institutes of Health (NIH) quality assessment tool for before-after studies without control was used for nonrandomized studies (NHLBI, NIH, 2021). The overall quality of non-randomized studies was rated as "good", "fair" or "poor". One author assessed the risk of bias for each study (MC). However, the assessment process and criteria were first discussed and analyzed by five authors (AP, SG, KMV, SF, MC).

Results

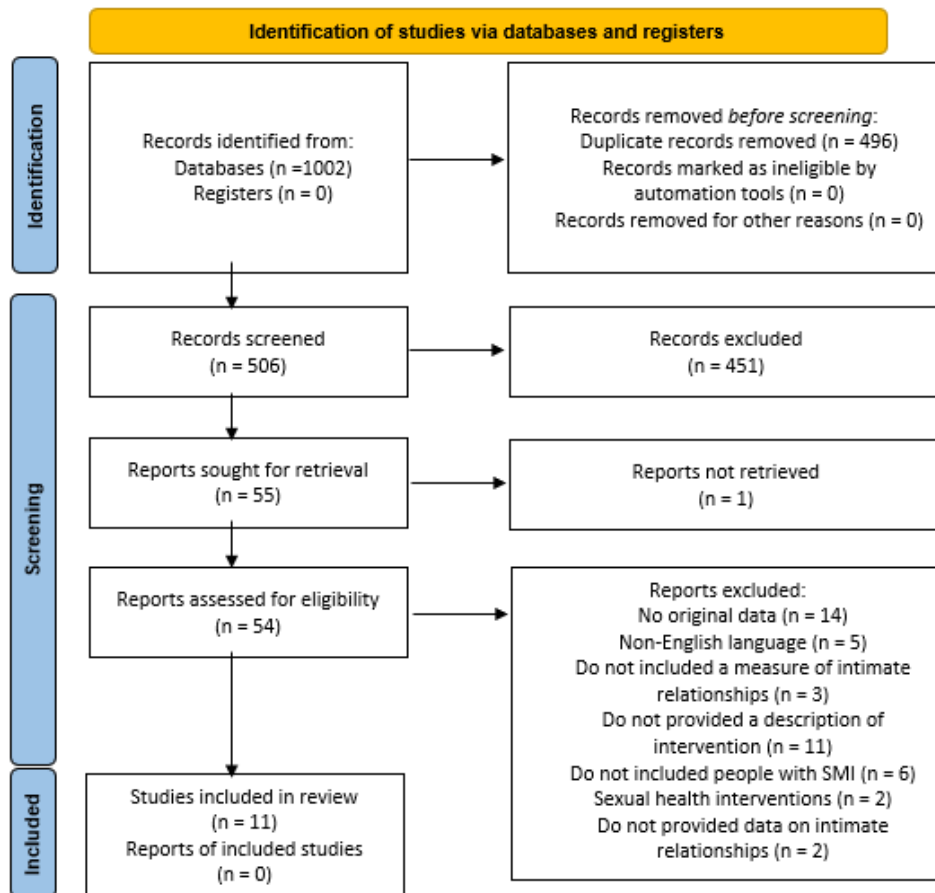
Study Selection

After removing duplicates, 491 studies were identified in the data base, and 13 articles remained after applying inclusion and exclusion criteria. Two other studies were eliminated because data on IR were not provided (Dessaulles et al., 2003; Leff et al., 2000). Overall, 11 studies were deemed eligible. Figure 1 presents a flow chart of the PRISMA study selection process. Of note, among the remaining 11 studies, two were based on the same sample of participants (Cohen et al., 2010, 2014; Kuhlman et al., 2013; Seikkula et al., 2013).

Figure 1

PRISMA Flow Diagram for Systematic Research and Identification of Studies Meeting

Inclusion Criteria



Study Characteristics

Table 1 summarizes the characteristics of the 11 studies. Sample sizes ranged from seven to 79 participants and from 24 to 538 couples. Most studies involved participants with depression (n = 10). Only one study included participants with early psychosis. Among the 11 studies, 9 targeted couple therapy. The other two targeted group or individual cognitive behavioral interventions.

Table 1

Characteristics of included studies

Study and Country	Sample Size, Participants, Demographics	Inclusion and Exclusion Criteria	Objective(s)	Study Design (Control Group)	Intervention	Measure of Intimate Relationships	Key Findings	Associated Factors
(Atkins et al., 2011) Germany and Austria	n = 538 couples (baseline) n = 204 couples (follow-up) 88% were married 76% of participants reported relationship distress at baseline (<i>Marital Satisfaction Inventory</i> , (Snyder, 1979)) 59% of couples in which at least one partner was depressed Age (women) = 37.7 (9.2) Age (men) = 40.2 (10.4) All participants were white	No inclusion or exclusion criteria	To study the association between relationship discord and depression during couple therapy	Retrospective Uncontrolled pre-post study	<u>Approach</u> Couple therapy <u>Settings</u> No criteria about type or duration of marital therapy (mean = 13.2, sd = 10.5) <u>Time measurement</u> Pre-treatment, post-treatment, 6- and 12-month follow-up	Marital Satisfaction Inventory, Global Distress Subscale (Snyder, 1979)	Participants improved in relationship satisfaction during marital therapy Participants clinically depressed improved less in therapy than did couples involving both or one partner not clinically depressed	
(Baucom et al., 2018) England	n = 63 couples (full sample) n = 31 couples (subsample: couples in which both partners experienced clinical levels of individual distress) 85% of patients reported relationship distress on Couples Satisfaction Index (Funk & Rogge, 2007)	Inclusion criteria: One partner ≥ 10 on Patient Health Questionnaire-9 (Spitzer et al., 2006)	To assess the effectiveness of behavioral couple therapy for depression (BCT-D)	Uncontrolled pre-post study	<u>Approach</u> Behavioral Couple Therapy for Depression (BCT-D) <u>Settings</u> No criteria about type or duration of marital therapy (mean = 10.85, sd = 6.07)	Couple Satisfaction Index (Funk & Rogge, 2007)	Relationship satisfaction increased in participants with depression (d=0.43 [.06, .76]), but not for partner Relationship satisfaction does not improve when both partners have depression	Depression of partner

Study and Country	Sample Size, Participants, Demographics	Inclusion and Exclusion Criteria	Objective(s)	Study Design (Control Group)	Intervention	Measure of Intimate Relationships	Key Findings	Associated Factors
	Patient's gender: 56% of women Partner's gender: 42% of women				<u>Time measurement</u> Pre-treatment, post-treatment		No differences observed according to relationship distress at baseline	
(Bodenmann et al., 2008) Swiss	n = 60 couples Relationship quality at baseline (coping-oriented couples therapy group): Patient: low (mean=50.08; sd =17.69) Partner: low (mean = 49.86; sd = 13.07) Patients' gender (coping-oriented couples therapy group): 50% women Patient age (coping-oriented couples therapy group): 44.35 (11.35)	Inclusion criteria for patients: Major depressive disorder or dysthymia (DSM-IV ⁴ ; American Psychiatric Association, 1994) and ≥ 18 on BDI In close and stable relationship for at least 1 year Exclusion criteria for patients: Bipolar disorder, psychotic or manic symptoms or secondary depression or if they were highly suicidal	To evaluate effectiveness of treating depression with coping-oriented couples therapy (COCT) as compared with cognitive-behavioral therapy (CBT) and interpersonal psychotherapy (IPT).	Randomized Controlled Trial (Cognitive Behavioral Therapy – Interpersonal Psychotherapy)	<u>Approach</u> Coping-oriented couple therapy <u>Settings</u> 10 sessions Therapist training Therapy manualized <u>Time measurement</u> pretest, post-test, follow-up: 6-month, 1 year, and 1.5 year	Partnership Questionnaire (Hahlweg, 1996) Dyadic coping inventory (Bodenmann et al., 2008)	No significant differences between three treatment conditions on overall measure of relationship quality or in dyadic coping According to authors, relationship quality had increased with the three interventions (quantitative data not provided in article)	
(Cohen et al., 2010) USA	n = 35 heterosexual couples (baseline) n = 27 heterosexual couples (follow-up) 94.3% of participants were married	Inclusion criteria: Couples: married or living together for at least 1 years Not already receiving couple therapy Woman: major depressive	To evaluate a brief couple therapy for depression targeted for mildly discordant or non-discordant couples.	Randomized Controlled Trial (Waitlist)	<u>Approach</u> Behavioral Couple Therapy <u>Settings</u> 5 sessions Therapy manualized	Dyadic Adjustment Scale (Spanier, 1976)	Couple therapy group showed significantly greater improvements in relationship satisfaction than control group. The behavioral couple therapy improved couple	Positive change in women's depression related behaviors and attitudes (IRBAS d=.86 at follow-up) and perceptions of increased positivity and

⁴ Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (American Psychiatric Association, 1994)

Study and Country	Sample Size, Participants, Demographics	Inclusion and Exclusion Criteria	Objective(s)	Study Design (Control Group)	Intervention	Measure of Intimate Relationships	Key Findings	Associated Factors
(Cohen et al., 2010) USA	Age in treatment group (women): 42.72 (11.60) Age in treatment group (men): 44.75 (9.17) 88,2% were white	disorder/dysthymia and ≥ 21 on BDI ⁵ -II (Beck et al., 1961). Men (partner): Not meeting criteria for depressive disorder. Not being in individual psychotherapy or antidepressant medication. Exclusion criteria: Severely discordant couples. If one or both partners disclosed an act of infidelity in the preceding 6 months or more than two acts of physical aggression in the preceding year, couple was excluded	To evaluate three potential variables (negative behaviors and attitudes towards depression, empathic communication, and support) that were hypothesized to mediate effect of the Brief Problem-Focused Couple Therapy for depression		<u>Time measurement</u> pretest, post-treatment, follow up (3months)	Dyadic Adjustment Scale (Spanier, 1976) Illness-Related Behaviors and Attitudes Scale (Beardslee et al., 1993) Perceived Negative Spouse Behaviors Scale (Manne et al., 1997) Self Esteem Support Scale (Katz et al., 1996)	satisfaction for both partners (d=0.43) Improvements in women's relationship satisfaction were completely mediated by positive change in their depression-related behaviors and attitudes (IRBAS) and by perception of increased positivity and support from their partner (SESS)	support from their husbands (d=4,21 at follow up)
(Denton et al., 2012) USA	n = 24 heterosexual couples (baseline) n = 11 (follow-up) 66.7% of couples were married (group therapy)	Inclusion criteria: Women (aged 18-70). Major depressive disorder (DSM-IV) and scored > 24 on the IDS-C ⁶ (Rush et al., 1996)	To evaluate emotionally focused therapy for couples (EFT) adding to antidepressant medication in the treatment of women	Randomized Controlled Trial (Medication Management)	<u>Approach</u> Emotionally Focused Therapy for couple <u>Settings</u>	Quality of Marriage Index (Norton, 1983) Commitment Inventory (Stanley & Markman, 1992)	Women receiving medication management and emotionally focused therapy reported significantly more improvement in relationship quality	

⁵ Beck Depression Inventory (Beck et al., 1961)

⁶ Depressive Symptomatology-Clinician (Rush et al., 1996)

Study and Country	Sample Size, Participants, Demographics	Inclusion and Exclusion Criteria	Objective(s)	Study Design (Control Group)	Intervention	Measure of Intimate Relationships	Key Findings	Associated Factors
	<p>Mean age (group with therapy): 31.7 (8.7)</p> <p>88.3% were white (group with therapy)</p>	<p>Discordant couple: <29 on Quality of Marriage Index (Norton, 1983)</p> <p>Married and living with spouse or in committed relationship and cohabiting for at least 1 year</p> <p>Spoke and read English</p> <p>Agreed to taper ineffective antidepressant medication (if on any) and begin pharmacotherapy protocol</p> <p>Exclusion criteria:</p> <p>In a same-sex relationship</p> <p>Intimate partner violence: >3 on any items of Partner Abuse Interview (Pan et al., 1997)</p> <p>Either partner involved in an extra-marital/relationship affair</p> <p>Substance use disorder</p> <p>Diagnostic of bipolar disorder, schizophrenia, or schizoaffective</p>	with major depressive disorder		<p>15 sessions over 6 months</p> <p>Therapy manualized</p> <p>Training therapist</p> <p><u>Time measurement</u></p> <p>pre-treatment, each month (for 6 months), at 3 and 6 months post treatment</p>		over time than those on medication management only	

Study and Country	Sample Size, Participants, Demographics	Inclusion and Exclusion Criteria	Objective(s)	Study Design (Control Group)	Intervention	Measure of Intimate Relationships	Key Findings	Associated Factors
		disorder, suicidal ideation Previous failure with two or more of the four study medications Pregnant or planning to become pregnant in next 12 months One or both partners decided to separate within the next 12 months Presence of a concurrent medical condition that could cause depression						
(Hache-Labelle et al., 2021) Canada	n = 7 men Early psychosis Mean age: 24.3 71.4% Caucasian	Inclusion criteria: Receiving services from a participating FEP (First Episode of Psychosis) clinic Heterosexual single man Aged between 18 and 30 Interested in developing a romantic relationship. Exclusion criterion: being unable to communicate in French	To assess the feasibility, acceptability and potential impact of a cognitive behavioral group intervention covering 12 sessions and focusing on romantic relationships for single men with early psychosis.	Single Case Experimental Design (A-B-A)	<u>Approach</u> Cognitive Behavioral Therapy <u>Settings</u> Group intervention 12 sessions Therapy manualized Therapist training <u>Time measurement</u> 6 monthly assessment time-points: two assessments	Romantic Relationship Functioning Scale (Bonfils et al., 2016) Self-Esteem Rating Scale-Short Form (Lecomte et al., 2006) Internalized Stigma of Mental Illness Scale (Boyd Ritsher et al., 2003)	The intervention is feasible and acceptable. Descriptive statistics showed that participants tended to have higher romantic relationship functioning on the behaviors subscale, but not on beliefs subscale Descriptive statistics showed that participants had better mentalizing after intervention.	Theory of mind

Study and Country	Sample Size, Participants, Demographics	Inclusion and Exclusion Criteria	Objective(s)	Study Design (Control Group)	Intervention	Measure of Intimate Relationships	Key Findings	Associated Factors
					before the therapy, two during and two after (4 weeks follow-up)	<p>Stories Test (Achim et al., 2011)</p> <p>Feasibility: the possibility to recruit the required number of participants wanting to receive help with romantic relationships.</p> <p>Acceptability: the proportion of completed sessions and satisfaction questionnaire.</p>	Participants reported satisfaction with this intervention	
(Khoshbooi et al., 2021)	n = 72 (baseline) n = 64 (for analysis)	Inclusion criteria: Women with depression (BDI-II score of 21–46) aged between 40 and 55 in menopausal transition and a minimum qualification of primary school education.	To examine the effect of group and individual culturally adapted Cognitive Behavioral Therapy (CA-CBT) on depression and sexual satisfaction in perimenopausal women.	Randomized Controlled Trial (Waitlist)	<p><u>Approach</u> Cognitive Behavioral Approach with cultural adaptation Individual intervention or group intervention</p> <p><u>Settings</u> 16 sessions</p> <p><u>Time measurement</u> Pretest, Post-test, Follow up (6 month)</p>	Subscale of sexual satisfaction from interpersonal areas of The ENRICH Couple Inventory-Version, 2000 (Olson & Olson, 2000)	Sexual satisfaction had increased over time, with the two interventions (f=2.9 for group intervention and f=2.1 for individual intervention).	Women receiving CBT reported more improvement in sexual satisfaction over time in comparison with waitlist (difference between group intervention and waitlist: d=2.71;

Study and Country	Sample Size, Participants, Demographics	Inclusion and Exclusion Criteria	Objective(s)	Study Design (Control Group)	Intervention	Measure of Intimate Relationships	Key Findings	Associated Factors
(Seikkula et al., 2013) Finland	n = 66 couples (baseline) n = 51 (follow-up) Mean age (group with therapy): 42.2 (11.0) Gender: n = 24 women 100% Caucasian	severe suicidal thoughts or psychotic depression and having a severe illness Having moderate or major depression (DSM-IV), with a minimum of 14 points on Hamilton Depression Rating Scale (Hamilton, 1960)	To assess effectiveness of couple therapy (CT) on depression	Randomized Controlled Trial (treatment as usual = individual treatment with possible individual or group psychotherapy)	<u>Approach</u> Systemic couple therapy <u>Settings</u> No criteria about duration of couple therapy Training therapist <u>Time measurement</u> Baseline, Post-baseline assessment (6,12,18, and 24 month)	Dyadic Adjustment Scale (Spanier, 1976)	difference between individual intervention and waitlist d=2.55) No differences between groups in changes relating to relationship satisfaction. In CT group, relationship satisfaction increased over time for patient (d=0.2) and for spouse (d=0.13). Patient change in relationship quality: In the CT group, a greater change in relationship quality was related to lower marital satisfaction among patients at baseline. In the CT group, a smaller change in relationship quality was related to spouse's high depressive symptoms at baseline In the CT group, a smaller change in	Patient change in relationship quality: Relationship satisfaction of patient at start of intervention Depressive symptoms of partner Age for spouse Spouse change in relationship quality: Number of therapy sessions Relationship satisfaction (of partner and
(Kuhlman et al., 2013) Finland			To examine factors related to change in treatments for depression in couple therapy and treatment as usual To determine in CT group which specific characteristics of patient, spouse, or treatment were related to change					

Study and Country	Sample Size, Participants, Demographics	Inclusion and Exclusion Criteria	Objective(s)	Study Design (Control Group)	Intervention	Measure of Intimate Relationships	Key Findings	Associated Factors
(Wittenborn et al., 2019) USA	n = 28 couples (baseline) n = 16 couples (follow-up) 66.7% of couples were married Length of marriage or committed	Inclusion criteria: At least one partner mildly or moderately depressed (BDI-II scores between 14 and 24)	To evaluate effectiveness of Emotionally Focused Therapy (EFT) for depression and relationship satisfaction versus usual care and	Randomized controlled trial (Treatment as usual = couple therapy)	<u>Approach</u> Emotionally Focused Couple Therapy (Johnson, 2004) <u>Settings</u> 15 sessions	Dyadic Satisfaction Subscale (Spanier, 1976)	relationship quality was related to a higher age for spouse Spouse change in relationship quality: In the CT group, a greater change in marital satisfaction was related to lower marital satisfaction among both patients and spouses at baseline In the CT group, a smaller change in relationship quality was related to spouse's high depressive symptoms at baseline In a CT group, a greater change in marital satisfaction was related to low number of therapy sessions	patient) at start of intervention Depressive symptoms of partner Both men and women reported significantly more improvement in satisfaction with relation, compared with usual care.

Study and Country	Sample Size, Participants, Demographics	Inclusion and Exclusion Criteria	Objective(s)	Study Design (Control Group)	Intervention	Measure of Intimate Relationships	Key Findings	Associated Factors
	partnership ranged from 2 to 27 years (M=9.57; SD = 9.00) All couples were heterosexual Mean age: 38 (men SD = 11,96; women SD=9,00) 86.7% were White	Discordant couples: <95 on the Dyadic Adjustment Scale (Spanier, 1976) Married or cohabiting for at least 1 year Not involved in ongoing extramarital relationship or experiencing active violence in their intimate relationship Fluent in English.	explore mechanisms of change		Manualized therapy <u>Time measurement</u> After each weekly therapy session		Results support the effectiveness of EFT for couples with relationship dissatisfaction when one or both partners are depressed	

Risk of Bias

As can be seen in Fig. 2, among RCTs, no study was found to be free of bias so all were judged rather at high risk of it. It should be noted that double blinding is not feasible in psychotherapy, and the measure of IR was self-assessed in all included studies. That leads to a high-risk judgement for two biases: “bias due to deviations from intended intervention” and “bias in measurement of the outcome”. These two risks of bias are also similar to those encountered in the SCED study (see Fig. 3). Moreover, problems regarding missing outcome data management were noted in all RCT studies. Furthermore, the quality of evidence was judged as poor for the study that was not controlled (Baucom et al., 2018). The remaining study (Atkins et al., 2011) was derived from two parent studies, so the risks of bias were not investigated due to missing information.

Figure 2

Risk of Bias Summary: Judgments About Risk of Bias for Each Included RCT Study.

		Risk of Bias Domains					
		D1	D2	D3	D4	D5	Overall
Study	Bodenmann et al., 2008	-	X	X	X	-	X
	Cohen et al., 2010	-	X	X	X	+	X
	Denton et al., 2012	+	X	X	X	+	X
	Khoshbooi et al., 2021	+	X	X	X	+	X
	Seikkula et al., 2013	-	X	X	X	+	X
	Wittenborn et al., 2019	X	X	X	X	+	X

Domains:

- D1: Bias Arising From the Randomization Process
- D2: Bias due to Deviations From Intended Intervention
- D3: Bias due to Missing Outcome Data
- D4: Bias in measurement of the Outcome
- D5: Bias in Selection of the Reported Result

Judgement

- X High
- Some Concerns
- + Low
- NA Non Applicable

Figure 3

Risk of Bias Summary: Judgments About Risk of Bias for Included SCED Study

		Risk of Bias Domains							
		D1	D2	D3	D4	D5	D6	D7	D8
Study	Hache-Labelle et al., 2021	NA	+	X	+	X	+	NA	-

Domains:

D1: Sequence Generation (Selection Bias)

D2: Participant Selection (Selection Bias)

D3: Blinding of Participants and personnel (Performance Bias)

D4: Procedural Fidelity (Performance Bias)

D5: Blinding of Outcome Assessment (Detection Bias)

D6: Selective Outcome Reporting (Detection Bias)

D7: Dependent Variable Reliability (Detection Bias)

D8: Data Sampling (Detection Bias)

Judgement

X High

- Some Concerns

+ Low

NA Non Applicable

Results of Individual Studies

Inclusion and Exclusion Criteria. Most of the studies (n = 9) included participants who had received a diagnosis of depression according to the DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994), or who met the criteria for depression according to scores on self-rating scales. Only one study included participants with early psychosis (Hache-Labelle et al., 2021). Some studies (n = 5) included participants who were married or had been involved in a stable relationship for at least one year (Bodenmann et al., 2008; Cohen et al., 2010, 2014; Denton et al., 2012; Wittenborn et al., 2019). Two of these studies included discordant couples—i.e., in which one or both partners report conflicts in the relationship (Denton et al., 2012; Wittenborn et al., 2019). Some studies (n = 3) explicitly reported having excluded participants with bipolar disorder or schizophrenia (Bodenmann et al., 2008; Denton et al., 2012; Khoshbooi et al., 2021), and two other studies excluded severely discordant couples (Cohen et al., 2010, 2014). Four studies excluded couples in which one or both partners disclosed an act of infidelity and couples which reported intimate partner violence (Cohen et al., 2010, 2014; Denton et al., 2012; Wittenborn et al., 2019).

Sexual Orientation. Among the studies, only five included heterosexual participants (Cohen et al., 2010, 2014; Denton et al., 2012; HacheLabelle et al., 2021; Wittenborn et al., 2019). The other studies (n = 6) did not provide specific information related to the sexual orientation of participants (Atkins et al., 2011; Baucom et al., 2018; Bodenmann et al., 2008; Khoshbooi et al., 2021; Kuhlman et al., 2013; Seikkula et al., 2013).

Objectives of Studies. Most of the studies (n = 8) evaluated the effectiveness of an intervention on both depression and IR (Baucom et al., 2018; Bodenmann et al., 2008; Cohen et al., 2010, 2014; Denton et al., 2012; Khoshbooi et al., 2021; Kuhlman et al., 2013; Seikkula et al., 2013; Wittenborn et al., 2019). Only one study specifically evaluated an intervention on IR (HacheLabelle et al., 2021). Factors associated with changes in IR (see “factors associated with change” below for further details) were examined in two studies (Cohen et al., 2014; Wittenborn et al., 2019). One study examined the association between relationship discord and depression during the intervention (Atkins et al., 2011).

Study Settings. Among the RCT studies, control groups were: waiting list condition in three studies (Cohen et al., 2010, 2014; Khoshbooi et al., 2021), medication management in one study (Denton et al., 2012), psychotherapies in one study (Bodenmann et al., 2008) and treatment as usual in three studies (Kuhlman et al., 2013; Seikkula et al., 2013; Wittenborn et al., 2019). Two studies did not include any control group (Atkins et al., 2011; Baucom et al., 2018). In all studies, assessments were conducted before and at the end of the treatment. Most of the studies (n = 9) also carried out follow-up ranging from four weeks (Hache-Labelle et al., 2021) to two years (Seikkula et al., 2013).

Interventional Approaches. The interventions identified in the review tested Behavioral Couple Therapy (n = 3; Baucom et al., 2018; Cohen et al., 2010, 2014), Coping-oriented Couples therapy (n = 1; Baucom et al., 2018), Emotionally-Focused Therapy plus medication management (n = 1; Denton et al., 2012), Emotionally-Focused Therapy (n = 1;

Wittenborn et al., 2019), Systemic Couple Therapy (n = 2; Kuhlman et al., 2013; Seikkula et al., 2013), and Cognitive Behavioral Therapy (n = 2; Hache-Labelle et al., 2021; Khoshbooi et al., 2021).

Measures of IR

All included studies used self-report measures. Five of the nine studies targeting couple interventions for depression assessed satisfaction with relationship with the Dyadic Adjustment Scale (Spanier, 1976). The other studies used the Partnership Questionnaire (Hahlweg, 1996), the Marital Satisfaction Inventory (Snyder, 1979), the Couple Satisfaction Index (Funk & Rogge, 2007), or the Quality of Marriage Index (Norton, 1983). The ENRICH Couple Inventory (Olson & Olson, 2000) was used to assess sexual satisfaction. Only one study assessed romantic relationship functioning with the Romantic Relationship Functioning Scale (Bonfils et al., 2016).

Effects of Interventions

Behavioral Couple Therapy was more effective than no treatment in improving the relationship quality of mildly or nondiscordant couples (Cohen et al., 2010). Behavioral Couple Therapy significantly improved couple satisfaction for both women with depression and their partner. Compared with no treatment, Cognitive Behavioral Therapy was significantly more effective in improving sexual satisfaction for women with depression, both for group intervention and for individual intervention (Khoshbooi et al., 2021).

There was no evidence that systemic couple therapy (Seikkula et al., 2013) or Coping-Oriented Couples Therapy (Bodenmann et al., 2008) further improved relationship satisfaction in participants with depression compared to (a) individual treatments (Bodenmann et al., 2008; Seikkula et al., 2013) or (b) Cognitive Behavioral Therapy (Bodenmann et al., 2008). Compared with other couple therapy, Emotionally-Focused Couple Therapy was more effective in

improving relationship quality in discordant couples for both participants with depression and their partners (Wittenborn et al., 2019).

Emotionally Focused Therapy plus medication management appeared more effective in improving the relationship quality of women with major depressive disorder, compared to medication management only (Denton et al., 2012).

The remaining studies had methodological and statistical limitations that limited the possibility to conclude regarding the causality of the effects of interventions (Atkins et al., 2011; Baucom et al., 2018; Hache-Labelle et al., 2021). However, the SCED study targeting Cognitive Behavioral Therapy for persons with early psychosis provided descriptive results that suggest an improvement in romantic relationship functioning. The intervention was also described as acceptable and feasible (Hache-Labelle et al., 2021). Moreover, the two other uncontrolled studies reported that relationship satisfaction improved during couple therapy for depression (Atkins et al., 2011; Baucom et al., 2018).

Factors Associated with Change

Some studies also assessed factors associated with changes in IR during the intervention (Atkins et al., 2011; Baucom et al., 2018; Cohen et al., 2010; Hache-Labelle et al., 2021; Kuhlman et al., 2013; Wittenborn et al., 2019). Depressive symptoms of partners were negatively associated with improvement in satisfaction with relationship in three studies (Atkins et al., 2011; Baucom et al., 2018; Wittenborn et al., 2019). A study also reported that improvement in relationship satisfaction was greater when the participant's relationship satisfaction was low at baseline (Wittenborn et al., 2019). Another study reported that women's relationship satisfaction was positively associated with: (a) a positive change in their depression (i.e., related behaviors and attitudes); and (b) the perception of increased positivity and support from their partner in one study (Cohen et al., 2014). Finally, a smaller change in relationship quality was related to a greater age of spouse in one study (Kuhlman et al., 2013). Of note,

theory of mind, defined as the ability to impute mental states to oneself and others (Etchepare & Prouteau, 2018), was greater after the intervention in the SCED study (Hache-Labelle et al., 2021).

Discussion

General Interpretation of the Results

This study systematically reviewed the existing literature on interventions that promote IR in persons with schizophrenia, bipolar disorder and major depression. The review included 11 studies (8 RCTs, 2 pre-post designs, one single case experimental design) and led to three main conclusions.

Conclusion 1: Interventions are Mainly Intended for Depression. Interventions aimed at promoting IR are mostly focused on couple therapy for depression. Indeed, 10 of the 11 studies included were focused on depression, with nine exploring couple therapy and one exploring both individual and group interventions. These studies mostly used RCT designs (thus providing the highest level of evidence) with significant results suggesting a positive effect of interventions on IR (when given, effect sizes ranged from $d = 0.2$ to $f = 2.9$). All studies reported significant improvements in satisfaction with couple and sexual relationships during interventions (Atkins et al., 2011; Baucom et al., 2018; Bodenmann et al., 2008; Cohen et al., 2010; Denton et al., 2012; Khoshbooi et al., 2021; Seikkula et al., 2013; Wittenborn et al., 2019). However, the heterogeneity in the methods used (e.g., control groups, measurement tools) limits the ability to draw firm conclusions about the general efficacy of such interventions. Results suggest that Cognitive Behavior Therapy performs better than no treatment (waiting list condition) on satisfaction with (a) couple relationships (Cohen et al., 2010) and (b) sexual relationships (Khoshbooi et al., 2021). Results also indicate that: (a) Emotionally Focused Therapy (plus medication management) performs better than medication management only (Denton et al., 2012) or treatment as usual (Wittenborn et al., 2019); (b)

Systemic couple therapy performs similarly to individual treatment (Seikkula et al., 2013); and (c) Coping-oriented couple therapy performs similarly to individual treatment (Bodenmann et al., 2008). Some studies suggest that interventions are more effective for discordant couples (Denton et al., 2012; Kuhlman et al., 2013; Wittenborn et al., 2019). These results are globally in accordance with the findings of Barbato and D'Avanzo (2020), who conducted a specific meta-analysis on couple therapy for depression. However, they warn about the low quality of available evidence and the need for further good quality studies. In the present review, one additional recent study (Wittenborn et al., 2019) provides consistent results with previous conclusions.

Conclusion 2: A Great lack of Interventions Intended for Psychosis. One of the major findings of the present review is that only one study was designed for persons with psychosis (Hache-Labelle et al., 2021). Moreover, no RCT was conducted in this clinical population. Rather, the available single case experimental design provided descriptive data that offers hope for the relevance of such interventions. This lack is even more surprising given the well-known unmet needs of persons with psychosis in this domain (for a recent review, see Cloutier et al., 2021). It should also be underscored that no study has been conducted in persons with bipolar disorder (for a recent review, see Wittenborn et al., 2022).

Conclusion 3: A Great Lack of Interventions Intended for Single Persons Interested in Developing IR. Finally, this review shows a major lack of interventions aimed at promoting the development of IR in persons with SMI. Indeed, among the studies reviewed, only one intervention was intended for single persons interested in developing IR (Hache-Labelle et al., 2021). The others rather targeted the maintenance of already existing IR and were thus designed for couples. This was previously underscored in a review conducted in 2016 (Helu-Brown & Aranda, 2016). However, the needs expressed by persons with SMI concern

rather the development of IR than the maintenance of existing relationships (McCann, 2010; Werner, 2012).

Stigma as a Barrier?

One could hypothesize that the latter two conclusions reflect the persisting stigmatization of persons with SMI. For example, schizophrenia is one of the most stigmatized mental illnesses, even in mental health professionals (for a review, see Valery & Prouteau, 2020). Moreover, persons with schizophrenia are the most likely to be rejected as potential short-term and long-term partners (Boysen et al., 2019). In a large study conducted in persons with schizophrenia (n = 728) from 27 countries, 27% of the participants reported that they had experienced discrimination in their IR (Thornicroft et al., 2009). In this domain, persons with SMI also reported greater structural discrimination (stigma from institutional practices and policies) than persons with non-serious mental illness (Wainberg et al., 2016). There is thus a large discrepancy between the actual needs of persons with SMI and the perceptions that mental health providers have of them. Whereas 83% of users indicated that they had needs related to IR, only 43% of mental health providers recognized IR as a real need (McCann, 2010). These findings reflect the stigma that mental health professionals may have (for a review, see Valery & Prouteau, 2020). Moreover, researchers tend to neglect or ignore the domain of IR in studies exploring the needs of persons with SMI (Simons & Petch 2002, as cited in McCann, 2010). Of note, the scientific data related to this field are mostly recent (see Cloutier et al., 2021).

Limitations of the Evidence

The results of this review should be interpreted in the context of several limitations. Firstly, the quality of evidence in most of the studies is rather poor (Figs. 2 and 3): blinding was not possible for psychosocial interventions, IR were self-assessed, and studies did not account for attrition. Secondly, the studies included were focused on heterosexual relationships. For example, five of the 11 studies included only heterosexual couples (Cohen et al., 2010, 2014;

Denton et al., 2012; Hache-Labelle et al., 2021; Wittenborn et al., 2019). Studies did not include people who identified as LGBTQ +, hence highlighting a significant lack in the literature. Regarding gender, the only study focusing on persons with schizophrenia included men only. Interventions should be more inclusive regarding sexual and gender minorities (White et al., 2021).

Limitations of the Review Process

The present systematic review has some methodological limitations. First, the search was conducted using the terms in the title only and additional terms could have been added to the initial article search (e.g., husband* or marriage* or “romance” or wife*). This may have led to the misidentification of other studies. Moreover, like Helu-Brown and Aranda (2015) in their search strategy, methods may be combined in future studies by using MeSH terms and other specific terms identified in the recent literature (e.g., “intimate relationship”). Another limitation concerns the inclusion criterion related to the diagnosis. Some studies used the DSM-IV criteria for a psychiatric diagnosis (American Psychiatric Association, 1994), whereas others used only self-rating scales, which is not equivalent to a medical diagnosis. Moreover, it is worth noting that several reviewed studies (Bodenmann et al., 2008; Cohen et al., 2010; Seikkula et al., 2013) encompassed individuals diagnosed with dysthymia and moderate depression, conditions distinct from the classification of 'major depression' as a SMI (Njoku, 2022). Nevertheless, because these studies also encompassed individuals with major depression, they were deemed eligible for inclusion in the present review.

Conclusion

Given the difficulties that they experienced, persons with SMI reported significant dissatisfaction and unmet needs regarding IR (McCann, 2010; Werner, 2012). Paradoxically, the present review highlights the lack of existing interventions that aim to facilitate IR. This is especially the case for persons with psychotic disorders and for those interested in developing

IR. Future studies should aim to develop interventions that promote IR, encompassing all diagnoses, sexual orientations and genders, to better support and address the needs of persons with mental illness in developing and maintaining IR. Mental health professionals must overcome the taboo and stigma associated with the IR of persons with mental illness, so that appropriate interventions can be set up and used effectively in routine practice.

Acknowledgements

The authors wish to thank Pr. Ray Cooke for copyediting the manuscript

Declarations

The authors have no relevant financial or nonfinancial interests to disclose.

References

- Achim, A. M., Ouellet, R., Roy, M.-A., & Jackson, P. L. (2011). Assessment of empathy in first-episode psychosis and meta-analytic comparison with previous studies in schizophrenia. *Psychiatry Research, 190*(1), 3-8. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2010.10.030>
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: Vol. 4th ed.* (American Psychiatric Association).
<https://dsm.psychiatryonline.org/doi/book/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Atkins, D. C., Bortnik, K. E., Hahlweg, K., & Klann, N. (2011). The association between marital discord and depression in a community-based sample of couples seeking treatment. *Journal of Couple and Relationship Therapy, 10*(1), 20-33. Scopus.
<https://doi.org/10.1080/15332691.2011.539172>
- Barbato, A., & D'Avanzo, B. (2020). The Findings of a Cochrane Meta-Analysis of Couple Therapy in Adult Depression : Implications for Research and Clinical Practice. *Family Process, 59*(2), 361-375. <https://doi.org/10.1111/famp.12540>
- Baucom, D. H., Fischer, M. S., Worrell, M., Corrie, S., Belus, J. M., Molyva, E., & Boeding, S. E. (2018). Couple-based Intervention for Depression : An Effectiveness Study in the National Health Service in England. *Family Process, 57*(2), 275-292.
<https://doi.org/10.1111/famp.12332>
- Beardslee, W. R., Salt, P., Porterfield, K., Rothberg, P. C., Van de velde, P., Swatling, S., Hoke, L., Moilanen, D. L., & Wheelock, I. (1993). Comparison of Preventive Interventions for Families with Parental Affective Disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 32*(2), 254-263. <https://doi.org/10.1097/00004583-199303000-00004>
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An Inventory for Measuring Depression. *Archives of General Psychiatry, 4*(6), 561-571.
<https://doi.org/10.1001/archpsyc.1961.01710120031004>

- Bodenmann, G., Plancherel, B., Beach, S. R. H., Widmer, K., Gabriel, B., Meuwly, N., Charvoz, L., Hautzinger, M., & Schramm, E. (2008). Effects of Coping-Oriented Couples Therapy on Depression : A Randomized Clinical Trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(6), 944-954. <https://doi.org/10.1037/a0013467>
- Bodier, M., Buisson, G., Lapinte, A., & Robert-Bobée, I. (2015). *Couples et familles*. Institut national de la statistique et des études économiques. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2017528>
- Bonfils, K., Rand, K., Luther, L., Firmin, R., & Salyers, M. (2016). The Romantic Relationship Functioning Scale : Development and Preliminary Validation in Two Samples. *Journal of Behavioral and Social Sciences*, 3(3), 117-130.
- Boucher, M.-E., Groleau, D., & Whitley, R. (2016). Recovery and severe mental illness : The role of romantic relationships, intimacy, and sexuality. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 39(2), 180-182. <https://doi.org/10.1037/prj0000193>
- Boyd, J., Otilingam, P., & Grajales, M. (2003). Internalized stigma of mental illness : Psychometric properties of a new measure. *Psychiatry research*, 121, 31-49. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2003.08.008>
- Boysen, G. A., Morton, J., & Nieves, T. (2019). Mental illness as a relationship dealbreaker. *Stigma and Health*, 4(4), 421-428. <https://doi.org/10.1037/sah0000157>
- Braithwaite, S., & Holt-Lunstad, J. (2017). Romantic relationships and mental health. *Current Opinion in Psychology*, 13, 120-125. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2016.04.001>
- Cloutier, B., Francoeur, A., Samson, C., Ghostine, A., & Lecomte, T. (2020). Romantic relationships, sexuality, and psychotic disorders : A systematic review of recent findings. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 41(1), 22. <https://doi.org/10.1037/prj0000409>

- Cohen, S., Daniel O'Leary, K., Foran, H. M., & Kliem, S. (2014). Mechanisms of change in brief couple therapy for depression. *Behavior Therapy*, 45(3), 402-417.
<https://doi.org/10.1016/j.beth.2014.01.003>
- Cohen, S., O'Leary, K. D., & Foran, H. (2010). A randomized clinical trial of a brief, problem-focused couple therapy for depression. *Behavior Therapy*, 41(4), 433-446.
<https://doi.org/10.1016/j.beth.2009.11.004>
- Cyranowski, J. M., Frank, E., Cherry, C., Houck, P., & Kupfer, D. J. (2004). Prospective assessment of sexual function in women treated for recurrent major depression. *Journal of Psychiatric Research*, 38(3), 267-273. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2003.08.003>
- Denton, W. H., Wittenborn, A. K., & Golden, R. N. (2012). Augmenting antidepressant medication treatment of depressed women with emotionally focused therapy for couples : A randomized pilot study. *Journal of Marital and Family Therapy*, 38 Suppl 1, 23-38.
<https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.2012.00291.x>
- Dessaulles, A., Johnson, S. M., & Denton, W. H. (2003). Emotion-focused therapy for couples in the treatment of depression : A pilot study. *American Journal of Family Therapy*, 31(5), 345-353. <https://doi.org/10.1080/01926180390232266>
- Dubreucq, M., Plasse, J., Gabayet, F., Blanc, O., Chereau, I., Cervello, S., Couhet, G., Demily, C., Guillard-Bouhet, N., Gouache, B., Jaafari, N., Legrand, G., Legros-Lafarge, E., Mora, G., Pommier, R., Quilès, C., Verdoux, H., Vignaga, F., Massoubre, C., ... REHABase Network. (2021). Sex Differences in Recovery-Related Outcomes and Needs for Psychiatric Rehabilitation in People With Schizophrenia Spectrum Disorder. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 82(4), 20m13732. <https://doi.org/10.4088/JCP.20m13732>
- Funk, J. L., & Rogge, R. D. (2007). Testing the ruler with item response theory : Increasing precision of measurement for relationship satisfaction with the Couples Satisfaction Index. *Journal of Family Psychology*, 21(4), 572-583. <https://doi.org/10.1037/0893-3200.21.4.572>

- Hache-Labelle, C., Abdel-Baki, A., Lepage, M., Laurin, A.-S., Guillou, A., Francoeur, A., Bergeron, S., & Lecomte, T. (2021). Romantic relationship group intervention for men with early psychosis : A feasibility, acceptability and potential impact pilot study. *Early Intervention in Psychiatry*, 15(4), 753-761. <https://doi.org/10.1111/eip.13012>
- Hahlweg, K. (1996). *Fragebogen zur Partnerschaftsdiagnostik (FDP) [Partnership Questionnaire (PFB)]*. (Hogrefe). Hogrefe.
- Helu-Brown, P., & Aranda, M. (2016). Psychosocial Approaches for Sexual Health and Intimate Relationships Among Patients With Serious Mental Illness. *Sexual Medicine Reviews*, 4(1), 26-35. Scopus. <https://doi.org/10.1016/j.sxmr.2015.10.010>
- Howden, M., Zipple, A. M., & Tyrrell, W. F. (1994). Dating skills for residential consumers. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 18(2), 67-74. <https://doi.org/10.1037/h0095515>
- Kaltenthaler, E., Pandor, A., & Wong, R. (2014). The effectiveness of sexual health interventions for people with severe mental illness : A systematic review. *Health Technology Assessment*, 18(1), 1-73. <https://doi.org/10.3310/hta18010>
- Katz, J., Beach, S. R. H., & Anderson, P. (1996). Self-enhancement versus self-verification : Does spousal support always help? *Cognitive Therapy and Research*, 20(4), 345-360. <https://doi.org/10.1007/BF02228038>
- Khoshbooi, R., Hassan, S. A., Deylami, N., Muhamad, R., Kamarudin, E. M. E., & Alareqe, N. A. (2021). Effects of group and individual culturally adapted cognitive behavioral therapy on depression and sexual satisfaction among perimenopausal women. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(14). Scopus. <https://doi.org/10.3390/ijerph18147711>
- Kuhlman, I., Tolvanen, A., & Seikkula, J. (2013). Couple Therapy for Depression Within a Naturalistic Setting in Finland : Factors Related to Change of the Patient and the Spouse. *Contemporary Family Therapy*, 35(4), 656-672. <https://doi.org/10.1007/s10591-013-9246-6>

- Lecomte, T., Corbière, M., & Laisné, F. (2006). Investigating self-esteem in individuals with schizophrenia : Relevance of the Self-Esteem Rating Scale-Short Form. *Psychiatry Research*, *143*(1), 99-108. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2005.08.019>
- Lecomte, T., Wallace, C. J., Perreault, M., & Caron, J. (2005). Consumers' goals in psychiatric rehabilitation and their concordance with existing services. *Psychiatric Services (Washington, D.C.)*, *56*(2), 209-211. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.56.2.209>
- Leff, J., Vearnals, S., Brewin, C. R., Wolff, G., Alexander, B., Asen, E., Dayson, D., Jones, E., Chisholm, D., & Everitt, B. (2000). The London Depression Intervention Trial. Randomised controlled trial of antidepressants v. Couple therapy in the treatment and maintenance of people with depression living with a partner : Clinical outcome and costs. *British Journal of Psychiatry*, *177*, 95-100. Psychology and Behavioral Sciences Collection.
- Manne, S. L., Taylor, K. L., Dougherty, J., & Kemeny, N. (1997). Supportive and Negative Responses in the Partner Relationship : Their Association with Psychological Adjustment Among Individuals with Cancer. *Journal of Behavioral Medicine*, *20*(2), 101-125. <https://doi.org/10.1023/A:1025574626454>
- McCann, E. (2010). The sexual and relationship needs of people who experience psychosis : Quantitative findings of a UK study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, *17*(4), 295-303. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2009.01522.x>
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D. G., & PRISMA Group. (2009). Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses : The PRISMA statement. *PLoS Medicine*, *6*(7), e1000097. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000097>
- National Heart, Lung, and Blood Institute. (2021). *Study Quality Assessment Tools*. National Heart, Lung, and Blood Institute. <https://www.nhlbi.nih.gov/health-topics/study-quality-assessment-tools>

- Njoku, I. (2022). *What is Mental Illness?* American Psychiatric Association.
<https://www.psychiatry.org:443/patients-families/what-is-mental-illness>
- Norton, R. (1983). Measuring marital quality : A critical look at the dependent variable. *Journal of Marriage and the Family*, 45, 141-151.
- Olson, D. H., & Olson, A. K. (2000). Empowering couples : PREPARE/ENRICH Program.
Marriage & Family: A Christian Journal, 3(1), 69-81.
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., ... Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement : An updated guideline for reporting systematic reviews. *International Journal of Surgery*, 372.
<https://doi.org/10.1016/j.ijisu.2021.105906>
- Prouteau, A., Grondin, O., & Swendsen, J. (2009). Qualité de vie des personnes souffrant de schizophrénie : Une étude en vie quotidienne. *Revue française des affaires sociales*, 1-2, 137-155. <https://doi.org/10.3917/rfas.091.0137>
- Reichow, B., Barton, E. E., & Maggin, D. M. (2018). Development and applications of the single-case design risk of bias tool for evaluating single-case design research study reports. *Research in Developmental Disabilities*, 79, 53-64. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2018.05.008>
- Rush, A. J., Gullion, C. M., Basco, M. R., Jarrett, R. B., & Trivedi, M. H. (1996). The Inventory of Depressive Symptomatology (IDS) : Psychometric properties. *Psychological Medicine*, 26(3), 477-486. <https://doi.org/10.1017/s0033291700035558>
- Seikkula, J., Aaltonen, J., Kalla, O., Saarinen, P., & Tolvanen, A. (2013). Couple therapy for depression in a naturalistic setting in Finland : A 2-year randomized trial: Couple therapy for depression. *Journal of Family Therapy*, 35(3), 281-302. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6427.2012.00592.x>

- Simons, L., & Petch, A. (2002). Needs assessment and discharge : A Scottish perspective. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 9(4), 435-445. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2850.2002.00506.x>
- Snyder, D. K. (1979). Multidimensional Assessment of Marital Satisfaction. *Journal of Marriage and Family*, 41(4), 813-823. <https://doi.org/10.2307/351481>
- Spanier, G. B. (1976). Measuring dyadic adjustment : New scales for assessing the quality of marriage and similar dyads. *Journal of Marriage and the Family*, 38(1), 15-28. <https://doi.org/10.2307/350547>
- Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B. W., & Löwe, B. (2006). A brief measure for assessing generalized anxiety disorder : The GAD-7. *Archives of Internal Medicine*, 166(10), 1092-1097. <https://doi.org/10.1001/archinte.166.10.1092>
- Stanley, S. M., & Markman, H. J. (1992). Assessing Commitment in Personal Relationships. *Journal of Marriage and Family*, 54(3), 595-608.
- Sterne, J. A. C., Savović, J., Page, M. J., Elbers, R. G., Blencowe, N. S., Boutron, I., Cates, C. J., Cheng, H.-Y., Corbett, M. S., Eldridge, S. M., Emberson, J. R., Hernán, M. A., Hopewell, S., Hróbjartsson, A., Junqueira, D. R., Jüni, P., Kirkham, J. J., Lasserson, T., Li, T., ... Higgins, J. P. T. (2019). RoB 2 : A revised tool for assessing risk of bias in randomised trials. *BMJ*, 366, 14898. <https://doi.org/10.1136/bmj.14898>
- Talbot, N. L., Chaudron, L. H., Ward, E. A., Duberstein, P. R., Conwell, Y., O'Hara, M. W., Tu, X., Lu, N., He, H., & Stuart, S. (2011). A Randomized Effectiveness Trial of Interpersonal Psychotherapy for Depressed Women With Sexual Abuse Histories. *Psychiatric services (Washington, D.C.)*, 62(4), 374-380. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.62.4.374>
- Talbot, N. L., Conwell, Y., O'Hara, M. W., Stuart, S., Ward, E. A., Gamble, S. A., Watts, A., & Tu, X. (2005). Interpersonal psychotherapy for depressed women with sexual abuse histories :

- A pilot study in a community mental health center. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 193(12), 847-850. <https://doi.org/10.1097/01.nmd.0000188987.07734.22>
- Thornicroft, G., Brohan, E., Rose, D., Sartorius, N., & Leese, M. (2009). Global pattern of experienced and anticipated discrimination against people with schizophrenia : A cross-sectional survey. *The Lancet*, 373(9661), 408-415. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)61817-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)61817-6)
- Thornicroft, G., Tansella, M., Becker, T., Knapp, M., Leese, M., Schene, A., & Vazquez-Barquero, J. L. (2004). The personal impact of schizophrenia in Europe. *Schizophrenia Research*, 69(2), 125-132. [https://doi.org/10.1016/S0920-9964\(03\)00191-9](https://doi.org/10.1016/S0920-9964(03)00191-9)
- United Nations. (2006). *Convention on the Rights of Persons with Disabilities*.
- 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>
- Vucic Peitl, M., Rubesa, G., Peitl, V., Ljubicic, D., & Pavlovic, E. (2009). Aspects of sexual self-perception in schizophrenic patients. *The European Journal of Psychiatry*, 23(1), 37-46.
- Wainberg, M. L., Cournos, F., Wall, M. M., Norcini Pala, A., Mann, C. G., Pinto, D., Pinho, V., & McKinnon, K. (2016). Mental illness sexual stigma : Implications for health and recovery. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 39(2), 90-96. <https://doi.org/10.1037/prj0000168>
- Walsh, C., Mccann, E., Gilbody, S., & Hughes, E. (2014). Promoting HIV and sexual safety behaviour in people with severe mental illness : A systematic review of behavioural interventions. *International Journal of Mental Health Nursing*, 23(4), 344-354. <https://doi.org/10.1111/inm.12065>
- Werner, S. (2012). Needs assessment of individuals with serious mental illness : Can it help in promoting recovery? *Community Mental Health Journal*, 48(5), 568-573. <https://doi.org/10.1007/s10597-011-9478-6>

- White, R., Haddock, G., Campodonico, C., Haarmans, M., & Varese, F. (2021). The influence of romantic relationships on mental wellbeing for people who experience psychosis : A systematic review. *Clinical Psychology Review*, 86, 102022.
<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2021.102022>
- White, R., Haddock, G., Varese, F., & Haarmans, M. (2021). “Sex isn’t everything” : Views of people with experience of psychosis on intimate relationships and implications for mental health services. *BMC Psychiatry*, 21(1), 307. <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03262-7>
- Wittenborn, A. K., Liu, T., Ridenour, T. A., Lachmar, E. M., Mitchell, E. A., & Seedall, R. B. (2019). Randomized controlled trial of emotionally focused couple therapy compared to treatment as usual for depression : Outcomes and mechanisms of change. *Journal of Marital and Family Therapy*, 45(3), 395-409. <https://doi.org/10.1111/jmft.12350>
- Wittenborn, A. K., Woods, S. B., Priest, J. B., Morgan, P. C., Tseng, C.-F., Huerta, P., & Edwards, C. (2022). Couple and family interventions for depressive and bipolar disorders : Evidence base update (2010–2019). *Journal of Marital and Family Therapy*, 48(1), 129-153.
<https://doi.org/10.1111/jmft.12569>
- World Health Organization. (2001). *International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)*. <https://www.who.int/standards/classifications/international-classification-of-functioning-disability-and-health>

3. Synthèse et ouverture

3.1. Résultats principaux

L'objectif de cette étude était **d'identifier les interventions, disponibles dans la littérature scientifique, promouvant les relations intimes des personnes concernées par un trouble psychique sévère** (i.e., trouble bipolaire, trouble du spectre de la schizophrénie, dépression). Une revue de littérature systématique a été menée suivant les recommandations PRISMA (Moher et al., 2009 ; Page et al., 2021). Au total, seules **11 études** ont répondu aux critères d'inclusion. Deux constats majeurs peuvent être tirés. Premièrement, parmi les neuf interventions identifiées, **une seule** est spécifiquement destinée aux **personnes célibataires** ayant pour projet de développer des relations intimes ('À deux, c'est mieux', Hache-Label et al., 2021). De plus, bien que les besoins relatifs aux relations intimes soient principalement exprimés par les personnes concernées par un trouble psychotique, cette intervention est la seule qui leur soit destinée (de Jager et al., 2021 ; McCann, 2010). Les autres interventions concernent des **thérapies de couples**, destinées à des personnes concernées par un **trouble dépressif**. Deuxièmement, cette étude met en avant le besoin de fournir davantage de preuves quant à **l'efficacité de ces interventions**. En effet, pour qu'elles soient validées et qualifiées « d'interventions basées sur des résultats probants » et ainsi garantir un accompagnement de qualité aux personnes concernées, des études supplémentaires sont nécessaires (Barbato & D'Avanzo, 2020 ; Lecomte & Leclerc, 2012 ; Lecomte et al., 2014). La validation des interventions existantes, en tant que gage de qualité, est cruciale pour leur intégration dans les services de santé mentale et leur disponibilité pour les personnes concernées (Damschroder et al., 2009 ; Lecomte & Leclerc, 2012).

3.2. Mise à jour

Depuis la publication de la revue, trois nouvelles études qui traitent des interventions ciblant les relations intimes ont été publiées. L'intervention 'A deux, c'est mieux', a fait l'objet

d'une **étude d'efficacité** utilisant un plan expérimental a cas unique répété (Cloutier et al., 2023). Les résultats indiquent, entre autres, des **améliorations significatives** en ce qui concerne le fonctionnement romantique ($d = 0.65$) et les comportements intimes ($d = 0.51$). D'autres études seront menées pour répliquer ces résultats auprès d'un échantillon plus large et plus inclusif (Cloutier et al., 2023).

Deux nouvelles interventions ciblant les relations intimes ont été identifiées dans la littérature (Dubreucq et al., 2023 ; Kageyama et al., 2023). L'une des interventions, intitulée '**AIRIKI**', a été cocréée avec des usagers de services de soins (Kageyama et al., 2023). Délivrée par des pairs, cette intervention comprend quatre modules axés sur la formation et le maintien des relations intimes. Les données qualitatives recueillies après l'intervention suggèrent que certains participants ont développé des attitudes plus positives à l'égard des relations intimes et ont pris davantage d'initiatives pour se rapprocher de leurs partenaires. Initialement destinée aux personnes mariées, célibataires et divorcées, l'intervention a été ajustée pour inclure uniquement des participants célibataires (Kageyama et al., 2023). La seconde intervention se concentre sur la **prise de décision** concernant le développement d'une relation intime (Dubreucq et al., 2023). Elle est destinée aux personnes concernées par un trouble psychique sévère et a été développée selon les principes de la Metacognitive Reflection and Insight Therapy et de la psychoéducation. À notre connaissance, cette intervention n'a pas encore fait l'objet d'étude spécifique. Ces études témoignent de la **volonté** de la **communauté scientifique** de mettre à disposition des professionnels des outils leur permettant d'accompagner au mieux les personnes concernées dans la réalisation de leurs besoins. Cependant, des **études supplémentaires** sont nécessaires pour évaluer **l'efficacité de ces interventions**.

3.3. Implications de l'étude

Implication clinique. La présente revue de littérature éclaire les professionnels sur les **interventions disponibles** dans la littérature scientifique pour accompagner les personnes dans

leurs relations intimes. Elle leur fournit également des informations sur la **qualité de ces interventions**, favorisant ainsi une **pratique fondée sur les preuves** (APA, 2006). Afin de diffuser ces résultats et de faciliter leur appropriation par l'ensemble des acteurs de terrain, une **plaquette d'information** a été élaborée (Annexe 4).

Implication pour le programme INTIMate. Pour rappel, les objectifs du programme INTIMate sont de (1) fournir des données empiriques relatives aux relations intimes des personnes concernées par un trouble psychique, afin de (2) améliorer leur accompagnement dans ce domaine. Les résultats de cette étude, combinés à la littérature décrite dans la partie introductive de ce chapitre, soulignent la nécessité de mettre à disposition des professionnels des **ressources supplémentaires**, pour **mieux soutenir** les personnes confrontées à des restrictions de participation dans les relations intimes. Toutefois, il est primordial de comprendre en profondeur ce phénomène, afin d'**identifier les leviers** potentiels du soutien dans ce domaine. Pour répondre à cet enjeu, une étude basée sur le modèle de la CIF a été conduite , présentée dans le chapitre suivant.

Chapitre 2 : Les facteurs obstacles et facilitateurs des relations intimes

Pour être en mesure de développer de nouvelles ressources à destination des professionnels et améliorer l'accompagnement des relations intimes, il est essentiel de commencer par identifier les **facteurs qui influencent la participation sociale** dans ce domaine. En effet, selon la CIF (OMS, 2001), les facteurs **obstacles** et **facilitateurs** de la participation sociale constituent des cibles (facteurs obstacles) et des leviers (facteurs facilitateurs) de l'accompagnement. Leur identification est donc cruciale pour le développement de ressources à mettre à disposition des professionnels.

1. Introduction : Les facteurs associés aux relations intimes selon la littérature existante : focus sur les obstacles personnels

1.1. État des lieux de la littérature

Pour comprendre le phénomène de restriction de participation, des chercheurs ont exploré les facteurs associés aux relations intimes des personnes concernées par un trouble psychique sévère, notamment la schizophrénie. Plusieurs revues de la littérature ont été réalisées dans ce domaine (Cloutier et al., 2020 ; de Jager & McCann, 2017 ; Hortal-Mas et al., 2022 ; McCann, 2003 ; McCann et al., 2019). Parmi elles, la revue systématique menée par Cloutier et al. (2020) est la seule de nature quantitative, synthétisant les données de 43 études sur les relations amoureuses et la sexualité des personnes concernées par un trouble psychotique.

Les **dysfonctionnements sexuels**, les **symptômes** liés au trouble, les **expériences traumatiques**, les **difficultés d'attachement**, le **concept de soi négatif**, l'**auto-stigmatisation** ainsi que les **difficultés en compétences sociales** ont été identifiés comme des obstacles personnels aux relations intimes. Des facteurs environnementaux, tels que la **stigmatisation publique**, le **soutien social**, le **lieu de vie** et les **ressources financières** limitées, ont également été identifiés comme influençant les relations intimes des personnes concernées par un trouble

psychique (Cloutier et al., 2020 ; de Jager & McCann, 2017 ; Hortal-Mas et al., 2022 ; McCann, 2003 ; McCann et al., 2019). Ces facteurs feront l'objet d'une description plus détaillée dans l'article associé à ce chapitre.

1.2. Apports et limites des études existantes

En identifiant ces facteurs obstacles, ces études jouent un rôle crucial dans la **compréhension des difficultés** auxquelles sont confrontées les personnes concernées dans leurs relations intimes et permettent d'éclairer la situation de restriction de participation mise en évidence dans l'introduction de ce travail doctoral. Cependant, les auteurs des revues soulignent certaines **limites** dans la littérature portant sur les facteurs associés aux relations intimes (Cloutier et al., 2020 ; de Jager & McCann, 2017 ; McCann et al., 2019). Premièrement, la majorité des travaux se concentrent principalement sur les obstacles, négligeant les **facteurs facilitateurs** (Cloutier et al., 2020). Deuxièmement, une grande partie de la littérature internationale se focalise sur la santé sexuelle et les aspects biologiques de la sexualité, tels que les effets secondaires des traitements et les risques sexuels (par exemple, le VIH). Enfin, les **facteurs environnementaux** sont largement négligés (de Jager & McCann, 2017 ; McCann et al., 2019).

Ces limites réduisent la possibilité de saisir pleinement le phénomène de restriction de participation. L'un des apports majeurs de la CIF réside dans la reconnaissance de l'environnement comme un déterminant essentiel de la situation de handicap, et donc de la restriction de participation (OMS, 2001). Tout comme les facteurs personnels, les facteurs environnementaux peuvent soit faciliter, soit entraver la participation sociale d'une personne (OMS, 2001). Pour appréhender la restriction de participation dans toute sa complexité, il est donc impératif d'identifier ces facteurs contextuels, qu'ils soient personnels ou environnementaux (Prouteau et al., 2016).

1.3. Contexte et objectif de l'étude

En conclusion, pour améliorer l'accompagnement des relations intimes, il est essentiel d'**enrichir la littérature existante** sur les facteurs influençant la participation sociale dans ce domaine. Étant donné que les personnes concernées par la **schizophrénie** sont particulièrement affectées par les **restrictions de participation** (Prouteau et al., 2012 ; Thornicroft et al., 2004), notamment dans les relations intimes (Thornicroft et al., 2004), il apparaît indispensable de mener des études spécifiques auprès de cette population. Par ailleurs, des **études comparatives** avec la population générale permettraient de distinguer les facteurs spécifiques aux personnes concernées par une schizophrénie des facteurs communs à tous. La CIF, en tant que modèle universel du fonctionnement humain, constitue une référence incontournable pour ces études comparatives (Chapireau, 2001). C'est dans ce cadre que la seconde étude, intitulée '*INTIMate Factors*', a été développée, avec pour **objectif d'identifier les facteurs obstacles et facilitateurs des relations intimes chez les personnes concernées par un trouble du spectre de la schizophrénie, ainsi que dans la population générale.**

2. Etude 2. INTIMate Factors. Obstacles and Facilitators of Intimate Relationships: an Exploratory Study in Schizophrenia and the General Population⁷

Cette étude a fait l'objet d'un **article soumis** :

Caiada, M., Guionnet, S., Felix, S., Valery, K.M., Tison, E., Bonilla-Guerrero, J., Destailats, J.M., & Prouteau, A. (2024). *Obstacles and Facilitators of Intimate Relationships: an Exploratory Study in Schizophrenia and the General Population*. *Psychiatric Rehabilitation Journal* [Manuscript submitted for publication]. Psychology Laboratory, University of Bordeaux.

⁷ Le protocole, diffusé en ligne, de l'étude 2 '*INTIMate Factors*' est présenté en Annexe 5

**Obstacles and Facilitators of Intimate Relationships: an Exploratory Study in
Schizophrenia and the General Population**

Meryl Caiada¹, Sarah Guionnet², Simon Felix^{1,2}, Kevin-Marc Valery¹, Emma Tison^{1,3}, Julien
Bonilla-Guerrero², Jean-Marc Destailats², and Antoinette Prouteau^{1,2}

¹Laboratory of Psychology, LabPsy, UR 4139, F-33000 Bordeaux, France, University of
Bordeaux

²Department of Adult Psychiatry, Jonzac Hospital, Jonzac, France

³Project-Team Bivwac, Inria Center of Bordeaux University, 33400 Talence, France

Author Note

We have no know conflict of interest to disclose.

Correspondence concerning this article should be addressed to Meryl Caiada. Email:

meryl.caiada@u-bordeaux.fr

Abstract

Objective: Persons with lived experience of schizophrenia (PWLES) frequently report difficulties in their intimate relationships compared to the general population. Literature regarding the factors influencing these relationships remains scarce, especially concerning their relative importance and the role of environmental factors. This study aimed to characterize the relevance and impact of environmental, personal and impairment-related factors on intimate relationships in PWLES and the general population. Methods: On the basis of the International Classification of Functioning, an online questionnaire was developed to explore the relevance (whether the factor is relevant for the participant) and the impact (obstacle, facilitator, or having no influence) of 17 factors. Descriptive analyses were performed on responses from 65 PWLES and 444 participants from the general population. Results: The great majority of barriers and facilitators of intimate relationships are shared by both groups. However, because they are reported far more frequently by PWLES, some obstacles appear more specific to this group (traumatic experiences, discrimination, cognitive difficulties, pharmacological treatment). Conversely, some facilitators are more frequently reported by the general population (housing intimacy, social support, sexual self-esteem). Conclusions and Implications for Practice: The findings highlight the significant impact of personal, environmental, and impairment-related factors on intimate relationships of both PWLES and the general population. This study provides insights into understanding the disparities in social participation between these groups, and underscores the potential of health professionals to provide valuable support in this domain, by identifying barriers and facilitators that PWLES may face in daily life.

Keywords: Intimate relationships; Schizophrenia; General population; Obstacles and Facilitators

Impact and Implications

This study describes the relevance and impact of 17 factors on intimate relationships of both persons with lived experience of schizophrenia and the general population. These factors encompass personal factors (self-concept, traumatic experiences), environmental factors (social support, pharmacological treatments, discrimination, housing intimacy), and impairment-related factors (socio-cognitive difficulties, neuro-cognitive difficulties, sexual functioning). By identifying these obstacles and facilitators, this research provides data to assist practitioners in supporting persons with lived experience of schizophrenia in their intimate relationships.

Obstacles and Facilitators of Intimate Relationships: an Exploratory Study in Schizophrenia and the General Population

Schizophrenia and Participation Restriction in Intimate Relationships

The International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF, World Health Organization, 2001) provides a comprehensive framework for social participation restrictions (i.e., difficulties an individual may experience in involvement in life situations) in mental health conditions. It defines social participation as a result of dynamic interactions between health conditions (including impairments such as cognitive or sexual dysfunction) and contextual factors. The contextual factors can either facilitate or hinder social participation. They include the “*environmental factors*” (i.e., “the physical, social and attitudinal environment in which people live”), and “*personal factors*” (i.e., “the particular background of an individual’s life”, ICF, 2001).

Participation restrictions are widely encountered by persons with lived experience of schizophrenia (PWLES). These restrictions affect various domains, such as employment, civic life, and interpersonal relationships, including intimate relationships (e.g., Harnois & Gabriel, 2000; Prouteau et al., 2012; Thornicroft et al., 2004; Wigand et al., 2021). A recent review highlighted a low prevalence of intimate relationships in persons with psychosis: only 15.12% are married and 79.3% are single (White et al., 2021). Additionally, 83% of PLWES identify needs related to intimate relationships (McCann, 2010). Despite these significant unmet needs, few strategies have been developed to address them in practice (for a review, see Caiada et al., 2024). To date, only one intervention has been designed to support the development of intimate relationships among single PWLES, and it has been empirically studied (Cloutier et al., 2023; Hache-Labelle et al., 2021). Yet, intimacy, emotional life, and sexuality are fundamental freedoms for all, and the right to marry and start a family is recognized by international

frameworks (e.g., Convention on the Rights of Persons with Disabilities, 2007; European Court of Human Rights, 2013).

Factors Influencing Intimate Relationships

International literature has primarily focused on identifying factors associated with the intimate relationships of PWLES (for systematic reviews, see Cloutier et al., 2020; McCann et al., 2019). Within the ICF framework, those factors can be categorized into three dimensions: “personal factors”, “environmental factors”, and “impairments”.

Among personal factors, exposure to traumatic events, attachment difficulties (i.e., avoidance of intimacy and attachment anxiety), low self-esteem, negative sexual self-concept (e.g., sexual anxiety), limited social worth (i.e., the extent to which participants experience themselves as valuable to others and society), social alienation (i.e., the extent to which participants experience themselves as having intimate connections to others within their families or communities), and self-stigma have previously been identified as barriers to intimate relationships of persons with psychotic disorders (Cloutier et al., 2020). Moreover, a negative body-image has also been described as an obstacle by PWLE (McCann, 2003).

Among environmental factors, pharmacological treatments (through their side effects on sexual functioning) have been widely identified as a barrier to intimate relationships of PWLES (Korchia et al., 2023; Montejo et al., 2018). Additionally, PWLES have reported that social support (e.g., Dubreucq et al., 2023; Hortal-Mas et al., 2022; White et al., 2021), clinical settings (e.g., McCann, 2010, McCann et al., 2019), and stigma (e.g., Wainberg et al., 2016; Wright et al., 2007) may influence their intimate relationships.

Among impairments, sexual dysfunctions appear as a major barrier to intimate relationships of PWLES (e.g., Cloutier et al., 2020). Finally, while studies exploring the role of cognitive difficulties remain scarce, results suggest that difficulties in social cognition (e.g.,

theory of mind) may be associated with difficulties in developing and maintaining intimate relationships (Cloutier et al., 2023; de Jager et al., 2017, 2018).

Need for a comprehensive investigation of intimate relationships' factors

While intimate relationships are widely acknowledged as a central aspect for individuals' well-being (Braithwaite & Holt-Lunstad, 2017), research within the specific population of PWLES has only recently gained attention in the international literature (Cloutier et al., 2020). To date, little is known about the relative importance of previously identified or suggested associated factors. Moreover, quantitative studies exploring environmental influences are lacking (Cloutier et al., 2020), reflecting the predominant focus on biological aspects of sexuality and intimacy in existing research (de Jager & McCann, 2017). A more comprehensive investigation into the factors that may influence intimate relationships of PWLES remains necessary for developing effective strategies to address PWLES' unmet needs, including interventions and practice recommendations (Cloutier et al., 2020; de Jager & McCann, 2017; McCann et al., 2019).

Objectives

The aim of this study was to characterize the relevance and the impact (obstacle or facilitator) of personal, environmental and impairment-related factors on intimate relationships in PWLES and the general population.

Method

Procedure and participants

The study was approved by the French national ethics committee (Comité de Protection des Personnes Île-de-France I, n°2022-A00348-35) on March 10, 2023, in accordance with French laws governing non-interventional studies. Data were gathered from March 2023 through December 2023. The survey was developed using LimeSurvey[®] software and was pilot tested among ten participants to ensure comprehensibility. Certain parameters were blocked to

guarantee participants' anonymity, including IP address. Participants were recruited online through social networks.

Two versions of the survey were designed: one for the general population and another for PWLES. The aim of this design was to describe factors associated with intimate relationships that are common between the two groups, and those that are specific to each group. This approach is based on the principles of the continuum model of mental illness, which proposes understanding mental difficulties as existing on a spectrum rather than in discrete categories (Linscott & Van Os, 2010), with psychological processes that are commonly shared among both the general population and persons with a mental illness (e.g., Johns & Van Os, 2001). For the PWLES version, participants had to meet two inclusion criteria: i) be aged between 18 and 65, and ii) self-report a diagnosis of schizophrenia. The only exclusion criterion was being under a judicial protection measure. For the general population version, the inclusion criterion was being aged between 18 and 65. The exclusion criterion was self-reporting any form of disability (i.e., physical, sensorial, neurological, psychological, developmental).

Measures

A questionnaire was specifically developed to explore the relevance and impact of the factors potentially associated with intimate relationships. Following the ICF (2001) framework, the survey included three categories of factors: personal factors, environmental factors, and impairments. Factors were assessed with one to six items. Appendix 1 displays the 17 factors considered in the questionnaire.

Each item was evaluated across two questions: i) its relevance to the participant, and ii) its perceived impact on the participants' intimate relationships. The relevance of the item was rated on a 5-point Likert-type agreement scale, ranging from 1 "*strongly disagree*" to 5 "*strongly agree*". Ratings "*agree*" and "*strongly agree*" indicated that the item was relevant for the participant. To maximize the construct validity, the questions about relevance were drawn

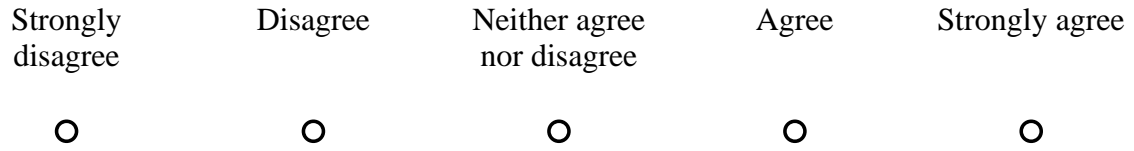
from or adapted on the basis of previously validated instruments. The selection of items was guided by their psychometric qualities, such as factor loadings, and their suitability for a rating on a Likert-type scale. Appendix 1 lists the relevance questions used for each item, along with their sources.

The item impact (i.e., whether the participant perceives the item as an obstacle, a facilitator, or having no influence on their intimate relationships), was rated on a 7-point Osgood scale (Osgood et al., 1957). It ranging from -3 "*hinders a lot*" to 3 "*facilitates a lot*", with an option for "*no influence*" in between. The impact question was presented exclusively to participants who had previously rated the item as relevant (i.e., answered "*agree*" or "*strongly agree*" on the relevance dimension). Ratings "*facilitates a lot*", "*facilitates*", and "*facilitates a little*" were pooled to indicate a positive influence of the item on intimate relationships (facilitator), while the ratings "*hinders a little*", "*hinders*", and "*hinders a lot*" were grouped to indicate a negative influence (obstacle). As an example, Figure 1 displays the relevance and impact questions for the item "Alexithymia - emotions identification". Of note, the version designed for PWLES also included one item related to the relevance and impact of self-stigma.

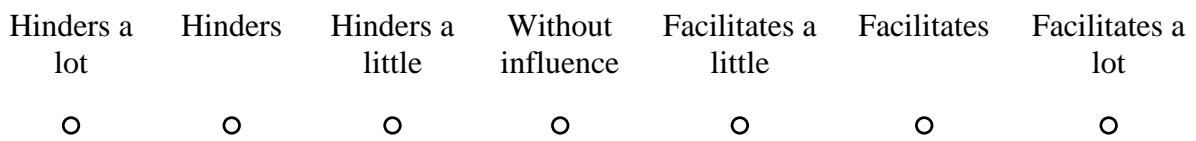
Figure 1.

Relevance and Impact Questions for the Item 'Alexithymia – Emotion Identification'

“I have difficulty identifying my feeling”



⁸ This factor hinders, facilitates, or has no impact on my intimate relationships (romantic, sexual, marital):



Data analysis

Descriptive statistical analyses were performed using RStudio software [®] (Version v. 4.1.3, R Core Team, 2021). Frequencies were computed independently in the PWLES sample and the general population sample.

Results

Samples description

The total sample comprised 65 PWLES and 444 participants from the general population (see Table 1).

⁸ The impact question was presented exclusively to participants who had answered “agree” or “strongly agree” on the relevance question

Table 1*Description of the samples*

Variables	General Population	PWLES ⁹
Sample sizes <i>N</i>	444	65
Mean age	28.85	34.42
Gender		
women <i>n</i> (%)	341 (76.8 %)	34 (52.30%)
men <i>n</i> (%)	99 (22.3 %)	28 (43.07%)
other <i>n</i> (%)	4 (0.9%)	3 (4.61%)
Level of education (in years)	15.42	13.46
Participants having intimate relationships: <i>n</i> (%)	345 (77.7%)	32 (49.23%)
Relationship status: <i>n</i> (%)		
Official Couple ¹⁰	84 (18.91%)	8 (12.31%)
Couple	189 (42.56%)	17 (26.15%)
Open Relationship ¹¹	14 (3.15%)	6 (9.23%)
Sexual partners ¹²	74 (16.67%)	5 (7.69%)
Affectionate relationship without sexual relationships ¹³	9 (2.02%)	4 (6.15%)
Participants without intimate relationship <i>n</i> (%)	99 (22.3%)	33 (50.77%)
Participation restriction ¹⁴	91 (20.50)	24 (36.92%)

Intimate Relationships Factors

Tables 2, 3, and 4 present the results related to impairment-related factors, environmental factors and personal factors, respectively. These tables describe the relevance of the factors and their perceived impact, both in the general population and in PWLES.

⁹ PWLE = Persons with lived experience of schizophrenia

¹⁰ A couple that has formalized or legalized their relationship through marriage or a legal partnership

¹¹ Relationship in which both partners or individuals involved are allowed to have romantic or sexual relationships with others outside the primary partnership

¹² Engaging in sexual relationships with one or more partners without being in a committed or exclusive relationship

¹³ A type of intimate relationship that may not necessarily involve sexual relationships.

¹⁴ Individuals who are not currently engaged in intimate relationships but have expressed a desire to be in one.

Table 2*Relevance and Impact of Impairments on Intimate Relationships*

Groups	PWLES ¹⁵				General population			
	Relevance ¹⁶	Facilitator ¹⁷	Without influence ¹⁸	Obstacle ¹⁹	Relevance	Facilitator	Without influence	Obstacle
1. Socio-cognitive difficulties								
Alexithymia (difficulties describing emotions)	53,85	5,71	17,14	77,14²⁰	<i>44,14</i>	0,67	6,04	93,29
Alexithymia (difficulties identifying emotions)	<i>47,69</i>	0	25,81	74,19	<i>33,36</i>	0	11,22	88,78
Difficulties with ToM ²¹ (difficulties seeing things from others' perspectives)	<i>40</i>	0	30,77	69,22	<i>11,71</i>	1,92	23,08	75
Difficulties with ToM (difficulties understanding subtle jokes, sarcasm and insults in conversation)	<i>40</i>	0	42,31	57,69	<i>10,81</i>	4,17	37,50	58,33
Difficulties with ToM (difficulties understanding subtle social cues, hints and indirect requests)	<i>40</i>	3,85	30,77	65,39	<i>11,04</i>	0	20,41	79,59
Difficulties recognizing other people's emotions	<i>35,38</i>	8,70	17,39	73,91	<i>11,94</i>	13,21	3,77	83,02
2. Neuro-cognitive difficulties								
Difficulties with verbal memory (difficulties remembering the content of a conversation)	<i>55,39</i>	2,78	33,33	63,89	<i>31,53</i>	2,14	37,14	60,71
Difficulties with verbal memory (difficulties following a conversation)	<i>50,77</i>	0	42,42	57	<i>15,99</i>	0	33,80	66,2

¹⁵ PWLES = Persons with lived experience of schizophrenia

¹⁶ Percentage of participants who answered "agree" or "strongly agree" on the relevance question

¹⁷ Percentage of participants who answered "facilitate a lot," "facilitate," or "facilitate a little" on the impact question

¹⁸ Percentage of participants who answered "without influence" on the impact question

¹⁹ Percentage of participants who answered "hinders a lot," "hinders," or "hinders a little" on the impact question

²⁰ The bold font highlights the most frequent response to the impact question; italic text is employed to emphasize data of the relevance question.

²¹ ToM = Theory of mind

3. Sexual functioning

Low drive	23,08	0	6,67	93,33	15,77	0	7,14	92,86
Arousal	46,15	43,33	33,33	23,33	63,96	64,08	17,96	17,96
Vaginal lubrication / penile erection	58,46	44,74	50,00	5,26	68,69	79,02	19,34	1,64
Orgasm	38,46	40	44,00	16	46,85	64,42	22,60	12,98
Satisfaction with orgasm	41,54	59,25	40,74	0	67,79	73,42	24,25	2,33

Table 3*Relevance and Impact of Environmental Factors on Intimate Relationships*

Groups	PWLES				General Population			
	Relevance	Facilitator	Without influence	Obstacle	Relevance	Facilitator	Without influence	Obstacle
1. Pharmacological treatments	66,15	0	9,30	90,7	10,81	25,00	22,92	67,86
2. Discrimination (feeling unfairly treated by others)	52,31	5,88	26,47	67,65	12,61	10,71	21,43	67,86
3. Housing intimacy	46,15	60	30,00	10,00	68,02	73,84	21,19	4,97
4. Social support from relatives								
Availability of social support	32,31	61,91	33,33	4,76	67,57	70,33	29,33	0,33
Satisfaction with the social support	44,62	34,48	65,52	0	61,94	64,73	35,27	0
5. Social support from professionals								
Availability of social support	24,62	56,25	37,50	6,25	46,85	63,94	34,62	1,44
Satisfaction with the social support	29,23	52,64	47,37	0	39,64	65,91	34,09	0

Table 4*Relevance and Impact of Personal Factors on Intimate Relationships*

Groups	PWLES				General population			
	Relevance	Facilitator	Without influence	Obstacle	Relevance	Facilitator	Without influence	Obstacle
1. Experience of traumatic events	93,85	4,92	18,03	77,05	60,81	1,48	24,44	74,07
2. Self-esteem								
Thinking being not good at all	63,08	2,44	24,39	73,17	53,6	2,10	15,55	80,18
Being satisfied with oneself	38,46	56	32,00	12,00	48,87	80,18	14,29	5,53
3. Attachment anxiety								
Worry about being abandoned	67,069	4,55	31,82	63,64	66,67	7,09	15,88	77,03
Worry about ending up alone	63,07	9,76	34,15	56,1	52,7	11,11	24,36	64,53
4. Attachment avoidance								
Not feeling comfortable to open up to others	58,46	5,26	18,42	76,32	36,71	0,61	15,95	82,21
Difficulties to rely on others	64,62	4,76	33,33	61,91	51,8	3,91	34,78	61,3
5. Negative appearance evaluation								
To consider oneself as physically unattractive	41,54	0	14,81	85,18	15,32	1,47	16,18	82,35
Dislike oneself physical appearance	41,54	0	14,81	85,18	32,66	1,48	18,62	79,31
6. Social connection (feeling close to others)	72,31	55,32	36,17	8,51	90,09	57,75	38,00	4,25
7. Social worth (feeling to have value for others and society)	66,15	53,49	39,54	6,98	89,86	51,63	44,11	4,26
8. Sexual self-esteem (thinking of oneself as a very good partner)	36,92	70,83	24,39	2,44	50,9	90,27	9,29	0,44
9. Self-stigma	40	3,85	7,69	88,46				

Discussion

The aim of the study was to characterize the relevance and the impact of personal, environmental and impairment-related factors associated with intimate relationships in PWLES and the general population.

Participation and Participation Restriction in intimate relationships

Among the PWLES sample, 38.46% reported being in a couple, compared to 61.47% in the general population sample. These results are consistent with data from the National Institute of Statistics and Economic Studies (INSEE), indicating that 66% of the French population is in a couple (Bodier et al., 2015). Additionally, only 12.31% of PWLES reported being involved in an official relationship (e.g., being married), which aligns with data from an international systematic review, indicating a low marriage rate of 15.12 % among persons with psychosis (White et al. 2021). Moreover, the rate of singles among PWLES at the time of the study stands at 64.61%, higher than the 41% observed in the general population sample. Although somewhat lower, this rate is approaching the 79.3% reported in a previous study (White et al., 2021). Over a third of PWLES reported a situation of participation restriction (i.e., individuals who are not currently engaged in intimate relationships but have expressed a desire to be in one). This phenomenon could be compared to that of an unmet need, with rates varying from 35.9% to 83% according to international studies (McCann, 2010, Werner, 2012). Overall, these findings are consistent with previous studies and highlight significant disparities in social participation in intimate relationships between PWLES and the general population.

Obstacles to intimate relationships

The participants reported obstacles from the three included categories: personal, environmental and impairments-related factors. Among the personal factors, the *experience of traumatic events* emerged as the most frequent obstacle for PWLES: 94% reported having experienced traumatic events, which is 1.5 times more than participants from the general

population. This disparity has also been highlighted in previous studies: PWLES are more likely to have been exposed to childhood adversity, and women with serious mental illness are more likely to have experienced intimate partner violence (Mizock et al., 2019; Varese et al., 2012). In the present study, 77% of PWLES who reported having experienced traumatic events also reported that it hinders their intimate relationships. This result aligns with previous studies, identifying trauma as a significant barrier (de Jager et al., 2017; de Jager & McCann, 2017; McCann et al., 2019; Mizock et al., 2019). For instance, childhood trauma is associated with higher intimacy needs in PWLES (de Jager et al., 2021). These findings support the importance of trauma-informed approaches, particularly in addressing issues related to intimate partner violence and sexual trauma (McCann et al., 2019; White et al., 2021).

The fear of being abandoned and the difficulty in relying on others are respectively the second and the third most frequent personal obstacles, both among PWLES (67% and 65% respectively) and participants from the general population (67% and 52% respectively). These obstacles may be linked to *attachment difficulties* that have been previously considered as a relevant area to explore when addressing intimate relationships needs (White et al., 2023). Indeed, attachment issues can lead to the fear of rejection, which is a significant concern among PWLES (Elkington et al., 2013; Mizock et al., 2019; Wright et al., 2007).

Fear of being abandoned or rejected, and difficulty relying on others, may also result from an environmental factor, *stigmatization*. Recent studies showed that intimate relationships of PWLES are targeted by public stigma (Boysen, 2022; Boysen et al., 2019), leading to both experienced (as reported by one-third of PWLES) and anticipated discrimination (as reported by 60% of PWLES, Thornicroft et al., 2009). Accordingly, our results showed that half of PWLES reported feeling treated unfairly by others (vs. 12.61% of participants from the general population), with 68% identifying this as an obstacle to their intimate relationships. Moreover, self-stigma, occurring when a person with a mental health condition applies stigmatizing beliefs

to him or herself (Watson et al., 2007), was reported by 40 % of PWLES participants. However, when reported, this factor is clearly identified as a barrier, with 88% of PWLES facing this phenomenon reporting this hindering their intimate relationships. This result adds evidence to previous data. According to qualitative studies, PWLES frequently feel devalued, undesirable, or believe themselves to be bad partners. They believe they don't deserve intimate relationships because of their mental illness, leading them to anticipate rejection (Elkington et al., 2013; Wright et al., 2007). Therefore, PWLES who have faced discrimination in their intimate relationship, and / or internalized such stigmatized beliefs may develop strategies to avoid the anticipated rejection, such as avoiding social relationships and intimacy, or choosing not to disclose their illness to their partner (Elkington et al., 2013; Mizock et al., 2019; Wright et al., 2007). Furthermore, it is well-documented that self-stigma leads to decreases in *self-esteem* (Corrigan et al., 2011; Sarraf et al., 2022). In our study, 63% of PWLES reported thinking sometimes they are “no good at all” (vs. 54% of participants from the general population) with 73% perceived this to hinder their relationships. Such negative self-evaluation may discourage PWLES and further enhance the difficulties encountered in developing intimate relationships (Wright et al., 2007).

As another component of self-concept, 42% of PWLES reported viewing themselves as unattractive or expressed dissatisfaction with their *physical appearance* (vs. 15 and 33% of the participants from the general population), with 85% of them identifying it as a barrier to their intimate relationships. This is an important finding, given that quantitative data regarding the impact of body image on intimate relationships are still scarce (Gillen & Markey, 2019). Yet, qualitative studies reported that some PWLES perceive themselves as unattractive or undesirable due to weight gain that can be induced by medications (Hortal-Mas et al., 2022; Usher et al., 2013; Volman & Landeen, 2007). A negative physical appearance evaluation may affect sexual and romantic relationships through its influence on sexual dysfunctions such as

reduced libido, on self-care practices and on self-confidence (Evans et al., 2020; Volman & Landeen, 2007).

Among environmental factors, *pharmacological treatments* constitute a significant obstacle to intimate relationships among PWLES: 66% of PWLES reported experiencing issues with medications (vs. 11% of participants from the general population), with 90% identifying these issues as hindering their intimate relationships (vs. 68% of participants from the general population). This finding is globally consistent with existing literature documenting the adverse effects of pharmacological treatments, particularly antipsychotics, on sexual functions (e.g., Montejo et al., 2018). Of note, despite their high prevalence, sexual dysfunctions are often underestimated and rarely evaluated in clinical practice (Montejo et al., 2021; Monteleone et al., 2019). Other side effects, such as sweating or trembling, may also increase the fear of being judged by a potential partner and lead to intimacy avoidance (de Jager et al., 2017).

Finally, among impairment-related factors, some *cognitive difficulties* were reported as hindering intimate relationships by participants. Socio-cognitive difficulties, including emotions recognition and theory of mind, were reported by 35 to 40% of PWLES and perceived as obstacles by at least half of them. These difficulties can impede social skills and challenge social interactions with a potential partner (de Jager et al., 2017). For instance, in a qualitative study conducted among twenty-eight persons with a psychotic disorder, 77% reported not knowing how to make contact in order to initiate a sexual relationship (de Jager et al., 2018). Consistently, in our study, difficulties in theory of mind were reported 3.7 times more frequently by PWLES than by the general population participants. By contrast, alexithymia as a barrier of intimate relationships may not be specific to PWLES. Indeed, difficulties in describing and identifying emotions (two dimensions of alexithymia) were reported by at least one-third of the participants, with a similar frequency among PWLES and general population samples. They were perceived as obstacles to intimate relationships by more than 74% of them.

This aligns with previous studies conducted among the general population, indicating that alexithymia is associated with interpersonal issues such as reduced perceived social support by an intimate partner (Wells et al., 2016). Additionally, memory difficulties were identified as hindering intimate relationships by at least 50% of PWLES. To our knowledge, no study had specifically examined the relationship between neurocognitive functions and intimate relationships. It is worth noting that the items used for the present study investigated difficulties within the context of conversations. These difficulties may impede social interactions with a (potential) partner, and thereby contribute to social skills challenges (e.g., Prouteau et al., 2005). Altogether, these original results underscore that, for some PWLES, cognitive difficulties clearly impede intimate relationships' participation.

Facilitators to intimate relationships

The participants reported facilitators from the three included categories: impairments-related, personal and environmental factors. Among impairments, results regarding the impact of a good *sexual functioning* are mixed. Specifically, participants from the general population viewed all dimensions of sexual functioning as facilitators, whereas PWLES only identified sexual arousal (43%) and satisfaction with orgasms (59%) as facilitators. Notably, PWLES reported experiencing good sexual functioning less frequently than participants from the general population. Addressing sexual functioning remains essential in clinical routines (Montejo et al., 2021). However, supporting intimate relationships among PWLES requires a broader focus. Indeed, according to PWLES, intimacy is not limited to sexual relationships, but encompasses affection, love, and support (e.g., de Jager et al., 2017; White et al., 2021). Yet, existing literature on this topic remains focused on sexual dysfunction (de Jager & McCann, 2017), with interventions mainly targeting sexual health rather than the broader aspects of intimate relationships (Caiada et al., 2024; Helu-Brown & Aranda, 2016). The present study

highlights other factors that may facilitate intimate relationships in PWLES, particularly those linked to self-representation (personal factors) and social context (environmental factors).

Several personal factors have been identified as facilitators of intimate relationships. While only 37% of PWLES participants considered themselves as a very good sexual partner (vs. to 51% of participants from the general population), a positive *sexual self-esteem* was widely perceived as a facilitator to intimate relationships (by 71% of PWLES participants vs. 90% of participants from the general population). The discrepancy between PWLES and the general population may reflect the impact of mental illness on sexual self-concept (Potki et al., 2017; Wright et al., 2007). In a qualitative study, PWLES reported that while sexuality was a core aspect of their identity, barriers such as medication side effects, stigma, and the age of illness onset hindered the development of a positive sexual self-concept (Volman & Landeen, 2007). To face these barriers, PWLES identified strategies such as enhancing empowerment and gaining control over their lives. Additionally, they indicated that both positive and negative experiences contributed to improving their sexual self-concept by integrating these experiences into their self-identity (Volman & Landeen, 2007). The present study provides original data regarding sexual self-concept as a major facilitator of intimate relationships of both PWLES and persons from the general population.

Other aspects of self-concept were also identified as facilitators. When participants declared being globally satisfied with themselves (i.e., one item of *self-esteem*, reported by 38% of PWLES vs. 49% of participants from the general population), they perceived it as a facilitator of intimate relationships (56% of PWLES vs. 80% of participants from the general population). Moreover, perceived *social connection* and *social worth* (feeling close to others and having value for others and the society) were reported by 72% and 66% of PWLES vs. 90% of participants from the general population, and were mainly considered as a facilitator. This result aligns with previous data, showing that a higher social worth was associated with higher levels

of socio-sexual function in PWLES (Stewart et al., 2013). Moreover, these positive perceptions of the self, at an individual or a social level, may be interconnected. Indeed, a good self-esteem and a good sense of social worthiness may together contribute to individuals seeing themselves as suitable partners.

Additionally, several environmental factors were also described as facilitators of such relationships. The survey allowed us to describe the perceived impact of *social support* - considering both availability and satisfaction dimensions - on intimate relationships. This support was evaluated as provided by relatives (e.g., family, friends) and health professionals. The relatives are reported by participants from the general population as twice as often more available to give support within their intimate relationships (68% vs. 32% for PWLES participants). Interestingly, among PWLES who reported that their relatives are available, 62% perceived this support as a facilitator (vs. 70% in the general population). This finding suggests that relatives may constitute a potential source of support, but do not systematically facilitate intimate relationships. It has been previously noted that certain relationships, such as those marked by overprotectiveness, are viewed as barriers for intimate relationships by PWLES (Hortal-Mas et al., 2022).

Of note, only 25% of PWLES reported that health professionals are available to support them in their intimate relationships (vs. 47% of participants from the general population). This result is not surprising, as mental health professionals often refrain from discussing intimate relationships, partly because of a lack of knowledge or training (e.g., Tennille et al., 2022). Interestingly, among PWLES who reported receiving mental health support, only half perceived it as a facilitator of their intimate relationships. This finding aligns with a previous qualitative study, in which PWLES reported that professional support for intimate relationships may not always be relevant (White et al., 2021). Indeed, PWLES identified necessary conditions for

effective support, such as a good therapeutic relationship or professional practices that support empowerment (McCann, 2000; White et al., 2021).

Finally, our study highlights the importance of addressing *housing* issues as relevant targets for promoting intimate relationships among PWLES. Specifically, 60% of PWLES reported that a housing with a satisfying level of intimacy facilitates their intimate relationships. However, only 46% expressed satisfaction with their housing intimacy (vs. 68% of participants from the general population). It is all the more important that PWLES may face discrimination in access to independent housing (Thorncroft et al., 2009), thereby limiting the opportunities for intimacy with a partner (Ecker et al., 2018).

Limitations

This study has several limitations. First, given the lack of validated scales to measure the factors associated with intimate relationships, a questionnaire was developed, on the basis of items drawn from previously validated scales. Though enhancing the feasibility of the study, this approach may compromise both the external and internal validity of the questionnaire. Second, the sample size of PWLES was limited (N = 65), which limits the generalizability of the results to the entire population of persons living with a psychiatric condition. Finally, other factors potentially associated with intimate relationships were not included in the present study, such as symptoms, financial considerations, and the “double stigma” of mental illness associated with obesity or sexual orientation, as identified in previous studies (e.g., Cloutier et al., 2020; de Jager et al., 2017; Hortal-Mas et al., 2022, Volman & Landeed, 2007).

Conclusion and Implications

The findings highlight the importance of personal factors related to self-concept and identity for the development and maintenance of intimate relationships, both for PWLES and individuals from the general population. These factors encompass self-esteem, sexual self-concept, social worth and connection, appearance evaluation, attachment difficulties, and, for

PWLES specifically, self-stigma. A positive self-concept is perceived as facilitating intimate relationships, whereas a negative self-concept is viewed as a barrier. It is widely acknowledged that stigmatization of mental illness can profoundly reorganize identity (e.g., Corrigan & Watson, 2002). Our results reveal that stigma is identified as a frequent and impactful barrier to intimacy of PWLES, which is consistent with some previous qualitative findings (e.g., Elkington et al., 2013; Wright et al., 2007). Additionally, the present study emphasizes the perceived impact of i) environmental factors such as social support, housing, and ii) impairments-related factors, such as cognitive difficulties, on intimate relationships. To date, these aspects have received little consideration in previous literature (Cloutier et al., 2020; de Jager & McCann, 2017).

One originality of this study lies in the comparison between PWLES and the general population. The results underscore that, in accordance with the continuum model of mental illness (Linscott & Van Os, 2010), the great majority of barriers and facilitators of intimate relationships are shared by both groups. However, because they are reported far more frequently by PWLES, some obstacles appear more specific to this group (i.e., traumatic experiences, discrimination, difficulties in social cognition, pharmacological treatment). Conversely, some facilitators are more frequently reported by the general population (i.e., housing intimacy, social support, sexual self-esteem). These findings provide insights in how to fight disparities in social participation between the two groups in the domain of intimate relationships.

Despite the exploratory nature of this study, giving strong support for previous qualitative data, the results may have implications in practice. Supporting the development and preservation of a positive identity, and consequently addressing self-stigma, emerges as crucial in the domain of intimate relationships. This aligns with recovery-oriented practices, as encouraged by patients' rights advocates (Deegan, 1999). Moreover, emphasizing the individual's strengths and enhancing self-esteem has been described as a way to support a

positive identity that transcends the label of “a patient” (Le Boutillier et al., 2011). Therefore, in line with international guidelines, the adoption of recovery-oriented practices appears as the most suitable approach for addressing PWLES intimate relationships needs (Australian Health Ministers’ Advisory Council, 2013; Mental Health Commission of Canada, 2015; World Health Organization, 2019). However, despite the shift towards recovery-oriented care in services, intimate relationships often remain overlooked or inadequately addressed in practice (Deegan, 1999; Urry et al., 2019). To bridge this gap, health professionals must challenge their stereotypes and break the taboo associated with this topic. Along with prior research (e.g., Forrester-Jones et al., 2023), our results underscore the potential of health professionals to provide valuable support in this domain. This support implies to identify barriers and facilitators that PWLES may face, including impairments, but also a large range of personal and environmental factors, which currently receive little consideration in clinical routine.

Reference

- Australian Health Ministers'. (2013). *A national framework for recovery-oriented mental health services : Guide for practitioners and providers*. Australian Government Department of Health and Aged Care. <https://www.health.gov.au/resources/publications/a-national-framework-for-recovery-oriented-mental-health-services-guide-for-practitioners-and-providers?language=en>
- Bodier, M., Buisson, G., Lapinte, A., & Robert-Bobée, I. (2015). *Couples et familles*. Institut national de la statistique et des études économiques. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2017528>
- Boysen, G. A. (2022). Mental illness and mate value : Evidence for reduced mate value among romantic partners perceived as having mental illness. *Evolutionary Behavioral Sciences*, 16(3), 261-275. <https://doi.org/10.1037/ebs0000255>
- Boysen, G. A., Morton, J., & Nieves, T. (2019). Mental illness as a relationship dealbreaker. *Stigma and Health*, 4(4), 421-428. <https://doi.org/10.1037/sah0000157>
- Brennan, K. A., Clark, C. L., & Shaver, P. R. (1998). *Experiences in Close Relationships Inventory* [Jeu de données]. <https://doi.org/10.1037/t23266-000>
- Caiada, M., Felix, S., Guionnet, S., Valery, K.-M., Bonilla-Guerrero, J., Destailats, J.-M., & Prouteau, A. (2024). Promoting Intimate Relationships in Mental Illness : A Systematic Review of Interventions. *Community Mental Health Journal*, 60(3), 536-551. <https://doi.org/10.1007/s10597-023-01204-z>
- Cash, T. F. (1990). Multidimensional Body–Self Relations Questionnaire (MBSRQ). *Encyclopedia of Feeding and Eating Disorders*, 551-555. https://doi.org/10.1007/978-981-287-104-6_3
- Cloutier, B., Francoeur, A., Samson, C., Ghostine, A., & Lecomte, T. (2020). Romantic relationships, sexuality, and psychotic disorders : A systematic review of recent findings. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 41(1), 22. <https://doi.org/10.1037/prj0000409>

- Commission de la santé mentale du Canada. (2015). *Guide de référence pour des pratiques axées sur le rétablissement*.
- Concil of Europe. (2013). *European Convention on Human Rights*.
<https://edoc.coe.int/en/european-convention-on-human-rights/5579-european-convention-on-human-rights.html>
- Corrigan, P. W., Rafacz, J., & Rüsch, N. (2011). Examining a Progressive Model of Self-Stigma and its Impact on People with Serious Mental Illness. *Psychiatry research*, 189(3), 339-343.
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2011.05.024>
- Corrigan, P., & Watson, A. C. (2002). Understanding the impact of stigma on people with mental illness. *World Psychiatry*, 1(1), 16-20.
- Deegan, P. E. (1999). Human Sexuality and Mental Illness : Consumer Viewpoints and Recovery Principles. In *Sexuality and Serious Mental Illness*. Routledge.
- de Jager, J., Cirakoglu, B., Nugter, A., & Van Os, J. (2017). Intimacy and its barriers : A qualitative exploration of intimacy and related struggles among people diagnosed with psychosis. *Psychosis*, 9(4), 301-309. <https://doi.org/10.1080/17522439.2017.1330895>
- de Jager, J., & McCann, E. (2017). Psychosis as a Barrier to the Expression of Sexuality and Intimacy : An Environmental Risk? *Schizophrenia Bulletin*, 43(2), 236-239.
<https://doi.org/10.1093/schbul/sbw172>
- de Jager, J., van Greevenbroek, R., Nugter, A., & van Os, J. (2018). Sexual Expression and It's Determinants, in People Diagnosed with Psychotic Disorders. *Community Mental Health Journal*, 54(7), 1082-1088. <https://doi.org/10.1007/s10597-018-0285-1>
- Dubreucq, M., Lysaker, P. H., & Dubreucq, J. (2023). A qualitative exploration of stakeholders' perspectives on the experiences, challenges, and needs of persons with serious mental illness as they consider finding a partner or becoming parent. *Frontiers in Psychiatry*, 13.
<https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsy.2022.1066309>

- Ecker, J., Cherner, R., Rae, J., & Czechowski, K. (2018). Sexual Intimacy, Mental Illness, and Homelessness. *American Journal of Community Psychology*, *61*(1-2), 131-140.
<https://doi.org/10.1002/ajcp.12213>
- Elkington, K. S., Hackler, D., Walsh, T. A., Latack, J. A., McKinnon, K., Borges, C., Wright, E. R., & Wainberg, M. L. (2013). Perceived mental illness stigma, intimate relationships and sexual risk behavior in youth with mental illness. *Journal of adolescent research*, *28*(3), 378-404. <https://doi.org/10.1177/0743558412467686>
- Evans, A. M., Quinn, C., & McKenna, B. (2020). The governance of sexuality in a Recovery-oriented mental health service : Psychosis, consumers and clinical approaches. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, *27*(2), 194-202. <https://doi.org/10.1111/jpm.12569>
- Forrester-Jones, R., Dixon, J., & Jaynes, B. (2023). Exploring romantic need as part of mental health social care practice. *Disability & Society*, *0*(0), 1-23.
<https://doi.org/10.1080/09687599.2023.2222900>
- Gillen, M. M., & Markey, C. H. (2019). A review of research linking body image and sexual well-being. *Body Image*, *31*, 294-301. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2018.12.004>
- Hache-Labelle, C., Abdel-Baki, A., Lepage, M., Laurin, A.-S., Guillou, A., Francoeur, A., Bergeron, S., & Lecomte, T. (2021). Romantic relationship group intervention for men with early psychosis : A feasibility, acceptability and potential impact pilot study. *Early Intervention in Psychiatry*, *15*(4), 753-761. <https://doi.org/10.1111/eip.13012>
- Harnois, G., & Gabriel, P. (2000). *Mental Health and Work : Impact, Issues and Good Practices*.
<https://hdl.handle.net/1813/76479>
- Healey, K. M., Combs, D. R., Gibson, C. M., Keefe, R. S. E., Roberts, D. L., & Penn, D. L. (2015). Observable Social Cognition – A Rating Scale : An interview-based assessment for schizophrenia. *Cognitive Neuropsychiatry*, *20*(3), 198-221.
<https://doi.org/10.1080/13546805.2014.999915>

- Helu-Brown, P., & Aranda, M. (2016). Psychosocial Approaches for Sexual Health and Intimate Relationships Among Patients With Serious Mental Illness. *Sexual Medicine Reviews*, 4(1), 26-35. Scopus. <https://doi.org/10.1016/j.sxmr.2015.10.010>
- Hortal-Mas, R., Moreno-Poyato, A. R., Granel-Giménez, N., Roviralta-Vilella, M., Watson-Badia, C., Gómez-Ibáñez, R., Aguayo-González, M. P., Giménez-Díez, D., Bernabeu-Tamayo, M. D., & Leyva-Moral, J. M. (2022). Sexuality in people living with a serious mental illness : A meta-synthesis of qualitative evidence. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 29(1), 130-146. <https://doi.org/10.1111/jpm.12700>
- Johns, L. C., & van Os, J. (2001). The continuity of psychotic experiences in the general population. *Clinical Psychology Review*, 21(8), 1125-1141. [https://doi.org/10.1016/S0272-7358\(01\)00103-9](https://doi.org/10.1016/S0272-7358(01)00103-9)
- Korchia, T., Achour, V., Faugere, M., Albeash, A., Yon, D. K., Boyer, L., & Fond, G. (2023). Sexual Dysfunction in Schizophrenia : A Systematic Review and Meta-Analysis. *JAMA Psychiatry*, 80(11), 1110-1120. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2023.2696>
- 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>
- Linscott, R. J., & Os, J. van. (2010). Systematic Reviews of Categorical Versus Continuum Models in Psychosis : Evidence for Discontinuous Subpopulations Underlying a Psychometric Continuum. Implications for DSM-V, DSM-VI, and DSM-VII. *Annual Review of Clinical Psychology*, 6(Volume 6, 2010), 391-419. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.032408.153506>
- Loas, G., Fremaux, D., & Marchand, M. P. (1995). Étude de la structure factorielle et de la cohérence interne de la version française de l'échelle d'alexithymie de Toronto à 20 items

- (TAS-20) chez un groupe de 183 sujets sains. *L'Encéphale: Revue de psychiatrie clinique biologique et thérapeutique*, 21(2), 117-122.
- McCann, E. (2000). The expression of sexuality in people with psychosis : Breaking the taboos. *Journal of Advanced Nursing*, 32(1), 132-138. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2000.01452.x>
- McCann, E. (2003). Exploring sexual and relationship possibilities for people with psychosis – a review of the literature. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 10(6), 640-649. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2850.2003.00635.x>
- McCann, E. (2010). The sexual and relationship needs of people who experience psychosis : Quantitative findings of a UK study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 17(4), 295-303. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2009.01522.x>
- McCann, E., Donohue, G., de Jager, J., Nugter, A., Stewart, J., & Eustace-Cook, J. (2019). Sexuality and intimacy among people with serious mental illness : A qualitative systematic review. *JBIS Evidence Synthesis*, 17(1), 74. <https://doi.org/10.11124/JBISRIR-2017-003824>
- McGahuey, A. J., Gelenberg, C. A., Laukes, F. A., Moreno, P. L., Delgado, K. M., & McKnight, R. M. (2000). The Arizona Sexual Experience Scale (ASEX) : Reliability and Validity. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 26(1), 25-40. <https://doi.org/10.1080/009262300278623>
- Mizock, L., La Mar, K., DeMartini, L., & Stringer, J. (2019). Relational Resilience : Intimate and Romantic Relationship Experiences of Women with Serious Mental Illness. *Journal of Relationships Research*, 10, 5. <https://doi.org/10.1017/jrr.2019.2>
- Montejo, A. L., de Alarcón, R., Prieto, N., Acosta, J. M., Buch, B., & Montejo, L. (2021). Management Strategies for Antipsychotic-Related Sexual Dysfunction : A Clinical Approach. *Journal of Clinical Medicine*, 10(2), 308. <https://doi.org/10.3390/jcm10020308>

- Montejo, A. L., Montejo, L., & Baldwin, D. S. (2018). The impact of severe mental disorders and psychotropic medications on sexual health and its implications for clinical management. *World Psychiatry, 17*(1), 3-11. <https://doi.org/10.1002/wps.20509>
- Monteleone, P., Amore, M., Cabassi, A., Clerici, M., Fagiolini, A., Girardi, P., Jannini, E. A., Maina, G., Rossi, A., Vita, A., & Siracusano, A. (2019). Attitudes of Italian Psychiatrists Toward the Evaluation of Physical Comorbidities and Sexual Dysfunction in Patients With Schizophrenia. Implications for Clinical Practice. *Frontiers in Psychiatry, 10*. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00842>
- Oliver, J. P. J., Huxley, P. J., Priebe, S., & Kaiser, W. (1997). Measuring the quality of life of severely mentally ill people using the Lancashire Quality of Life Profile. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 32*(2), 76-83. <https://doi.org/10.1007/BF00788924>
- Osgood, C. E., Suci, G. J., & Tannenbaum, P. H. (1957). *The Measurement of Meaning* (University of Illinois Press).
- Potki, R., Ziaei, T., Faramarzi, M., Moosazadeh, M., & Shahhosseini, Z. (2017). Bio-psycho-social factors affecting sexual self-concept : A systematic review. *Electronic Physician, 9*(9), 5172-5178. <https://doi.org/10.19082/5172>
- 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., Verdoux, H., Briand, C., Lesage, A., Lalonde, P., Nicole, L., Reinhartz, D., & Stip, E. (2005). Cognitive predictors of psychosocial functioning outcome in schizophrenia : A follow-up study of subjects participating in a rehabilitation program. *Schizophrenia Research, 77*(2), 343-353. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2005.03.001>

- Rosenberg, M. (1965). Rosenberg Self-Esteem Scale. *Journal of Religion and Health*.
<https://doi.org/10.1037/t01038-000>
- Sarraf, L., Lepage, M., & Sauvé, G. (2022). The clinical and psychosocial correlates of self-stigma among people with schizophrenia spectrum disorders across cultures : A systematic review and meta-analysis. *Schizophrenia Research*, 248, 64-78.
<https://doi.org/10.1016/j.schres.2022.08.001>
- Snell, W. E., & Papini, D. R. (1989). The Sexuality Scale : An instrument to measure sexual-esteem, sexual-depression, and sexual-preoccupation. *Journal of Sex Research*, 26(2), 256-263. <https://doi.org/10.1080/00224498909551510>
- Stewart, C. J., Lysaker, P. H., & Davis, L. W. (2013). Relationships of Social-Sexual Function with Stigma and Narrative Quality Among Persons with Schizophrenia Spectrum Disorders Over One Year. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 16(3), 198-212.
<https://doi.org/10.1080/15487768.2013.813873>
- Tennille, J., Bohrman, C., Barrenger, S., Compton, E., Meduna, E., & Klein, L. (2022). Behavioral Health Provider Attitudes and Beliefs about Sexuality and Intimacy : Findings from a Mixed Method Design. *Community Mental Health Journal*, 58(3), 444-453.
<https://doi.org/10.1007/s10597-021-00838-1>
- Thornicroft, G., Brohan, E., Rose, D., Sartorius, N., & Leese, M. (2009). Global pattern of experienced and anticipated discrimination against people with schizophrenia : A cross-sectional survey. *The Lancet*, 373(9661), 408-415. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)61817-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)61817-6)
- Thornicroft, G., Tansella, M., Becker, T., Knapp, M., Leese, M., Schene, A., & Vazquez-Barquero, J. L. (2004). The personal impact of schizophrenia in Europe. *Schizophrenia Research*, 69(2), 125-132. [https://doi.org/10.1016/S0920-9964\(03\)00191-9](https://doi.org/10.1016/S0920-9964(03)00191-9)
- United Nations. (2006). *Convention on the Rights of Persons with Disabilities*.

- Urry, K., Chur-Hansen, A., & Khaw, C. (2019). 'It's just a peripheral issue' : A qualitative analysis of mental health clinicians' accounts of (not) addressing sexuality in their work. *International Journal of Mental Health Nursing*, 28(6), 1278-1287. <https://doi.org/10.1111/inm.12633>
- Usher, K., Park, T., & Foster, K. (2013). The experience of weight gain as a result of taking second-generation antipsychotic medications : The mental health consumer perspective. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 20(9), 801-806. <https://doi.org/10.1111/jpm.12019>
- Varese, F., Smeets, F., Drukker, M., Lieverse, R., Lataster, T., Viechtbauer, W., Read, J., van Os, J., & Bentall, R. P. (2012). Childhood Adversities Increase the Risk of Psychosis : A Meta-analysis of Patient-Control, Prospective- and Cross-sectional Cohort Studies. *Schizophrenia Bulletin*, 38(4), 661-671. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbs050>
- Volman, L., & Landeen, J. (2007). Uncovering the sexual self in people with schizophrenia. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 14(4), 411-417. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2007.01099.x>
- Wainberg, M. L., Cournos, F., Wall, M. M., Norcini Pala, A., Mann, C. G., Pinto, D., Pinho, V., & McKinnon, K. (2016). Mental illness sexual stigma : Implications for health and recovery. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 39(2), 90-96. <https://doi.org/10.1037/prj0000168>
- Watson, A. C., Corrigan, P., Larson, J. E., & Sells, M. (2007). Self-Stigma in People With Mental Illness. *Schizophrenia Bulletin*, 33(6), 1312-1318. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbl076>
- Wells, R., Rehman, U. S., & Sutherland, S. (2016). Alexithymia and social support in romantic relationships. *Personality and Individual Differences*, 90, 371-376. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2015.11.029>
- Werner, S. (2012). Needs assessment of individuals with serious mental illness : Can it help in promoting recovery? *Community Mental Health Journal*, 48(5), 568-573. <https://doi.org/10.1007/s10597-011-9478-6>

- White, R., Haddock, G., Campodonico, C., Haarmans, M., & Varese, F. (2021). The influence of romantic relationships on mental wellbeing for people who experience psychosis : A systematic review. *Clinical Psychology Review, 86*, 102022.
<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2021.102022>
- White, R., Haddock, G., Haarmans, M., & Varese, F. (2023). Being more satisfied with romantic relationship status is associated with increased mental wellbeing in people with experience of psychosis. *Frontiers in Psychiatry, 14*, 1232973. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2023.1232973>
- White, R., Haddock, G., Varese, F., & Haarmans, M. (2021). “Sex isn’t everything” : Views of people with experience of psychosis on intimate relationships and implications for mental health services. *BMC Psychiatry, 21*(1), 307. <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03262-7>
- Wigand, M. E., Orzechowski, M., Nowak, M., Becker, T., & Steger, F. (2021). Schizophrenia, human rights and access to health care : A systematic search and review of judgements by the European Court of Human Rights. *International Journal of Social Psychiatry, 67*(2), 168-174.
<https://doi.org/10.1177/0020764020942797>
- World Health Organization. (2001). *International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)*. <https://www.who.int/standards/classifications/international-classification-of-functioning-disability-and-health>
- World Health Organization. (2019). *Recovery and the right to health : WHO QualityRights core training: mental health and social services: course guide*. World Health Organization.
<https://iris.who.int/handle/10665/329577>
- Wright, E. R., Wright, D. E., Perry, B. L., & Foote-Ardah, C. E. (2007). Stigma and the Sexual Isolation of People with Serious Mental Illness. *Social Problems, 54*(1), 78-98.
<https://doi.org/10.1525/sp.2007.54.1.78>

Appendix 1.

Factors Included in the Questionnaire and the Relevance Questions Associated

Factors	Relevance questions	Sources
<i>Impairments</i>		
1. Socio-cognitive difficulties		
Alexithymia - emotions identification	"I have difficulty identifying my feelings / emotions"	Toronto Alexithymia Scale (Loas et al., 1995)
Alexithymia - emotions description	"I have difficulties to find the right words for my feelings / emotions"	
Difficulties with theory of mind	"I have difficulty seeing things from other people's perspectives (putting myself in other people's shoes): For example, I cannot understand why someone feels upset or angry in a particular situation"	Observable Social Cognition: A Rating Scale (Healey et al., 2015)
	I have difficulty understanding subtle jokes, sarcasm, and insults in conversation: For example, someone states during a meal that it is the best food he has ever had in a sarcastic tone, and I do not realize it is an insult and/or sarcasm.	
Difficulties with emotion recognition	I have difficulty understanding subtle social cues, allusions, or indirect requests: For example, someone tries to read a book or watch TV and I continue to talk to that person, even though he is subtly signalling that he is not interested in talking to me at that moment. "I have difficulty recognizing other people's emotions through facial expressions, body language, or vocal tone and rate"	
2. Neuro-cognitive difficulties		
Difficulties with verbal memory	"I have difficulty remembering the content of a conversation that took place a few days ago"	Self-Assessment Memory Questionnaire (Van der Linden, 1989)
	"I have difficulty following a conversation because I forget what has just been said to me"	
3. Sexual functioning		
Low drive	"During my sexual relations, I have little desire"	Arizona Sexual Experience Scale (McGahuey et al., 2000)
Arousal	"I am easily sexually aroused"	
Vaginal lubrication / penile erection	"I can easily get and keep an erection / My vagina easily become moist or wet during sex"	

Factors	Relevance questions	Sources
<i>Impairments</i>		
Orgasm	"I can easily reach an orgasm"	
Satisfaction with orgasms	"I am satisfied with my orgasms"	
<i>Environmental factors</i>		
1. Pharmacological treatments	"The medications I take cause me issues"	Lancashire Quality of Life Profile (Oliver et al., 1997)
2. Discrimination	"I feel treated unfairly from others because of certain attributes (skin color, religion, illness, sexual orientation)"	Discrimination and Stigma Scale (Thornicroft et al., 2009)
3. Housing intimacy	"Regarding my housing, I am satisfied with my privacy"	Lancashire Quality of Life Profile (Oliver et al., 1997)
4. Social support from relatives		
Availability of social support	"I have people around me who are available to support me and provide assistance in the realm of intimate relationships (excluding healthcare professionals)"	
Satisfaction with social support	"I am satisfied with the support provided by my relatives (they adequately meet my needs)"	
5. Social support from professionals		
Availability of social support	Professionals (doctors, gynaecologists, nurses, psychologists, etc.), are available to support me and provide assistance in the realm of intimate relationships	
Satisfaction with social support	"I am satisfied with the support provided by the professionals (they adequately meet my needs)"	Activity and Participation Rating Scale (Prouteau et al., 2012)
<i>Personal factors</i>		
1. Traumatic events	"I have experienced events that I consider traumatic (such as psychological, physical, or sexual violence, accidents, injuries, deaths)"	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (The American Psychiatric Association, 2013)
2. Self-esteem	"At times I think I am no good at all" "On the whole, I am satisfied with myself"	Rosenberg Self-Esteem Scale (Rosenberg, 1965)
3. Attachment anxiety	"I worry about being abandoned"	

Factors	Relevance questions	Sources
<i>Impairments</i>		
4. Attachment avoidance	"I worry about ending up alone"	Experiences in Close Relationships Inventory (Brennan et al., 1998)
	"I don't feel comfortable opening up to others"	
	"I find it difficult to allow myself to rely on others"	
5. Body image - appearance evaluation	"I dislike my physique"	Multidimensional Body–Self Relations Questionnaire (Cash, 1990)
	"I am physically unattractive"	
6. Social connection	"I feel close to others. For example, I feel close to at least one person"	Scale to Assess Narrative Development (Lysaker et al., 2006)
7. Social worth	"I have value in the eyes of others and society. For instance, I am important/precious to at least one person"	
8. Sexual self-esteem	"I think of myself as a very good sexual partner"	Sexuality Scale (Snell & Papini, 1989)
9. Self-stigma	"Nobody would be interested in having an intimate relationship with me because I have a mental illness"	Internalized Stigma of Mental Illness (Ritsher et al., 2003)

3. Synthèse et ouverture

3.1. Résultats principaux

L'objectif de cette étude était de caractériser la **pertinence** et l'**impact** des **facteurs personnels**, des **facteurs environnementaux** et des facteurs relatifs aux **déficiences**, sur les relations intimes des personnes concernées par une schizophrénie et des personnes issues de la population générale. Certains **obstacles** apparaissent comme spécifiques à la **schizophrénie**, étant plus fréquemment rapportés dans ce groupe. C'est notamment le cas des **expériences traumatiques**, de la **discrimination**, des **difficultés cognitives** et du **traitement pharmacologique**. L'**auto-stigmatisation** constitue également un obstacle spécifique à la schizophrénie. En revanche, certains facteurs **facilitateurs** sont plus fréquemment rapportés par les personnes issues de la **population générale**, comme la satisfaction quant à l'**intimité du logement** et le **soutien social**. Elles se considèrent aussi davantage comme de **bons partenaires sexuels** et rapportent plus fréquemment un **fonctionnement sexuel de qualité**.

3.2. Implications de l'étude

Implications cliniques. Cette étude comporte plusieurs implications cliniques importantes. En décrivant les facteurs obstacles et facilitateurs auxquels les personnes concernées par une schizophrénie sont susceptibles d'être confrontées, elle permet d'orienter les professionnels quant aux éléments essentiels à évaluer dans le cadre d'un accompagnement des relations intimes. En effet, l'**évaluation** est une étape fondamentale pour comprendre la situation de handicap d'une personne (ici, la restriction dans le domaine des relations intimes) et proposer un accompagnement adéquat (Prouteau et al., 2016). Cette étude présente également des implications pour l'**accompagnement** des relations intimes, les facteurs décrits constituant des **cibles** et des **leviers** à modifier, supprimer ou renforcer dans le cadre d'un accompagnement, afin de favoriser la participation sociale dans ce domaine (OMS, 2001). Elle

offre ainsi aux professionnels des pistes concrètes pour mieux accompagner les personnes concernées par un trouble psychique dans leurs relations intimes.

Implications pour le programme INTIMate. Les objectifs du programme INTIMate sont de (1) fournir des données empiriques relatives aux relations intimes des personnes concernées par un trouble psychique, afin de (2) améliorer leur accompagnement dans ce domaine. Cette étude présente ainsi des implications importantes pour ce programme. En caractérisant les facteurs obstacles et facilitateurs des relations intimes, elle permet de **mieux comprendre les restrictions de participation** auxquelles sont confrontées les personnes concernées par un trouble du spectre de la schizophrénie. De plus, cette étude tente de **répondre aux limites** de la littérature existante en intégrant l'étude des facteurs facilitateurs et des facteurs environnementaux (Cloutier et al., 2020 ; de Jager & McCann, 2017 ; McCann et al., 2019). Enfin, elle a également permis de mieux **saisir les disparités de participation sociale** entre les personnes concernées par la schizophrénie et celles issues de la population générale.

Dans cette étude, la **stigmatisation** est identifiée comme une barrière fréquente et significative aux relations intimes des personnes concernées par une schizophrénie. Elle se manifeste à la fois comme un facteur personnel (auto-stigmatisation) et un facteur environnemental (stigmatisation publique). Ces constats sont cohérents avec les nombreux témoignages recueillis dans des études qualitatives antérieures (de Jager et al., 2017, 2018; Dubreucq et al., 2023; Elkington et al., 2013; Forrester-Jones et al., 2023; McCann, 2010; Redmond et al., 2010; Volman & Landeen, 2007; White et al., 2021; Wright et al., 2007). Ainsi, sous l'impulsion des résultats de cette étude, de la littérature existante et du **Comité de Pilotage**, le programme de recherche INTIMate s'est orienté vers l'étude de la stigmatisation publique et de l'auto-stigmatisation dans le contexte des relations intimes. C'est l'objet du Chapitre 3 : Stigmatisation des relations intimes : stigmatisation publique et auto-stigmatisation.

Chapitre 3 : Stigmatisation des relations intimes : stigmatisation publique et auto-stigmatisation

Les personnes concernées par un trouble psychique sont confrontées à une **stigmatisation universelle** et **profondément enracinée**, qui compromet leurs droits humains fondamentaux et entravent leur rétablissement (OMS, 2022b, Thornicroft et al., 2022). Les conséquences qui en découlent sont particulièrement délétères pour les personnes, et engendrent leur **marginalisation** et leur **exclusion sociale** (Thornicroft et al., 2022). Face à cette réalité, la réduction de la stigmatisation et des discriminations s'impose comme un objectif central du Plan d'Action Global pour la Santé Mentale 2013-2030, approuvé par les 194 États Membres de l'OMS :

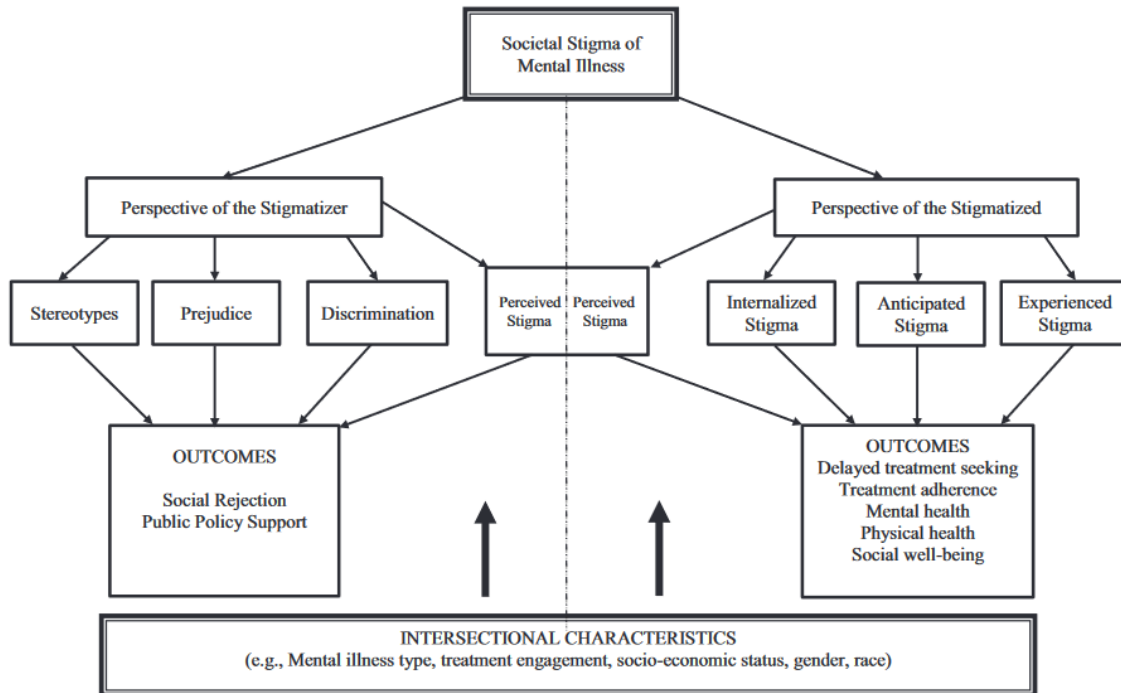
“The vision of the action plan is a world in which mental health is valued, promoted and protected, mental health conditions are prevented and persons affected by these conditions are able to exercise the full range of human rights and to access high quality, culturally-appropriate health care and social care in a timely way to promote recovery, in order to attain the highest possible level of health and participate fully in society and at work, free from stigmatization and discrimination.” (OMS, 2022a, p. 5)

Depuis les travaux pionniers de Goffman, dans lesquels le « stigma » est défini comme un « attribut profondément discréditant qui réduit celui qui le porte d'une personne entière et normale à une personne entachée et dévalorisée » (Goffman, 1963, p. 3), les recherches sur ce phénomène ont connu une accélération significative (Fox et al., 2017). Les manifestations individuelles de la stigmatisation peuvent être appréhendées selon deux perspectives : celle des individus qui la perpétuent, correspondant ainsi à la **stigmatisation publique** (à l'étude dans la première partie de ce Chapitre), et celle des personnes qui en sont l'objet, incluant l'**auto-stigmatisation** (à l'étude dans la seconde partie de ce Chapitre, Fox et al., 2017). La figure 1

illustre le modèle conceptuel de la stigmatisation individuelle des troubles psychiques (Fox et al., 2017).

Figure 1.

“The mental illness stigma framework” (Fox et al., 2017)



1. Introduction : stigmatisation des troubles psychiques

1.1. La stigmatisation publique : l'apport de la psychologie sociale

1.1.1. Définitions de la stigmatisation publique.

La **stigmatisation publique** se réfère aux réactions des membres du public envers un groupe social stigmatisé (Corrigan et al., 2005 ; Corrigan & Watson, 2002). Selon Link et Phelan (2001) elle résulte de la cooccurrence de cinq composantes. Premièrement, les membres du public identifient et **étiquettent** les différences entre les personnes (1). Ensuite, ils attribuent des **stéréotypes** négatifs aux personnes étiquetées (2), les plaçant ainsi dans des catégories distinctes qui impliquent un degré de **séparation entre « nous » et « eux »** (3). Les personnes étiquetées subissent alors une perte de statut et font face des **discriminations** (4). Enfin, la stigmatisation se produit uniquement dans une situation dans laquelle il existe une **différence**

de pouvoir (social, économique et politique) entre les personnes étiquetées et les membres du public (5). Link et Phelan proposent ainsi la définition suivante : *“Thus, stigma exists when elements of labeling, stereotyping, separation, status loss, and discrimination occur together in a power situation that allows them”* (Link & Phelan, 2001, p. 377)”.

1.1.2. *Modèle sociocognitif de la stigmatisation : stéréotypes, préjugés et discriminations*

Les recherches menées en psychologie sociale ont permis d'identifier trois processus principaux de la stigmatisation : les **stéréotypes**, **préjugés** et la **discrimination** (Fiske, 1998). Ils constituent des biais le traitement des informations sociales, et correspondent aux réponses **cognitives**, **affectives**, et **comportementales** envers une personne en dehors du groupe d'appartenance (Fiske, 1998 ; Fox et al., 2017). Ainsi, dans ce modèle ‘sociocognitif’ de la stigmatisation, les stéréotypes influencent les préjugés, qui à leur tour guident les comportements discriminatoires (Yzerbyt & Demoulin, 2019).

Stéréotypes. Les stéréotypes renvoient à un ensemble de croyances concernant les attributs d'un groupe (Ashmore et Del Boca, 1981, p. 16), constituant ainsi la dimension cognitive de la stigmatisation (Fiske; 1998). Ces croyances, socialement partagées, constituent des **généralisations** à propos d'un groupe (Nelson & Olson, 2023). Les stéréotypes découlent de la **catégorisation sociale**, un processus psychologique par lequel des individus sont regroupés dans une même catégorie en fonction de caractéristiques similaires, qu'elles soient observables ou non (Girandola et al., 2019). Ce processus conduit ainsi à attribuer à une personne les caractéristiques de son groupe d'appartenance (Link & Phelan, 2001). Les stéréotypes simplifient le traitement de l'information, renforcent l'identité sociale et justifie les rapports entre les groupes. Enfin, leur activation est automatique et indépendante du degré d'adhésion (Girandola et al., 2019).

Préjugés. Les préjugés désignent une évaluation biaisée d'un groupe, basée sur des caractéristiques réelles ou imaginées de ses membres (Nelson & Olson, 2023). Ces jugements

sont marqués par une dimension **évaluative** et **affective** (Fiske, 1998 ; Nelson & Olson, 2023). Les préjugés font fréquemment référence à toute attitude négative, défavorable, envers une personne. Ils sont fortement associés aux stéréotypes, qui représente la dimension cognitive du préjugé (Fox et al., 2017).

Discrimination. La discrimination se définit comme un **comportement négatif** dirigé contre une personne en raison de son appartenance à un groupe social (Nelson & Olson, 2023). Il s'agit de la dimension comportementale de la stigmatisation (Fiske, 1998). Ces comportements ont pour effet de provoquer un traitement défavorisé des personnes stigmatisées (Fox et al., 2017).

Après avoir identifié les processus à l'œuvre dans la stigmatisation, les auteurs en psychologie sociale se sont ensuite attachés à décrire le contenu des croyances stéréotypées.

1.1.3. Modèle du Contenu des Stéréotypes et modèle BIAS

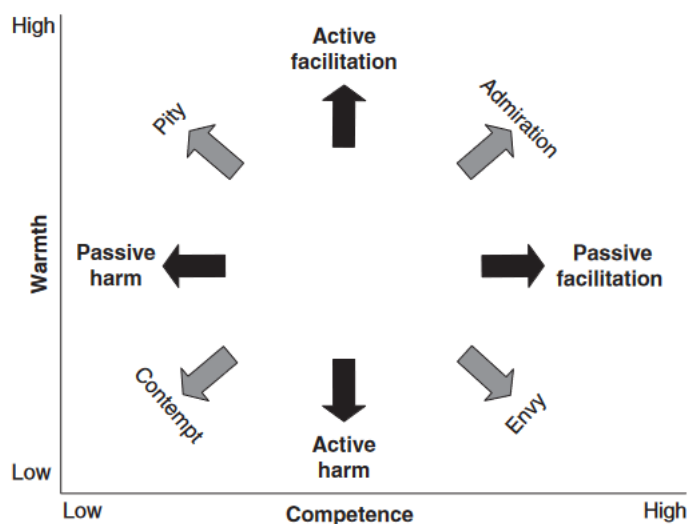
Les recherches sur le contenu des stéréotypes appliqués aux différents groupes sociaux ont mené au développement de deux modèles fondamentaux : le **Modèle du Contenu des Stéréotypes** (Stereotype Content Model, SCM, Fiske et al., 2002) et le **Modèle BIAS map** (Behavior from InterGroup Affect and Stereotypes, Cuddy et al., 2007, 2008). Ces modèles reposent sur deux principes clés : d'une part, « les trois composantes psychologiques des biais, les cognitions (stéréotypes), l'affect (préjugés émotionnels) et le comportement (discrimination), interagissent de manière synchronisée » ; d'autre part, « les émotions médiatisent les effets des cognitions sur la discrimination » (Cuddy et al., 2008, p. 27). Selon le **SCM**, les stéréotypes des groupes s'organisent autour de deux dimensions : la **chaleur** et la **compétence** (Fiske et al., 2002). La chaleur (i.e., digne de confiance, amical) se réfère à la perception des intentions d'un groupe. La compétence (i.e., capable, confiant) renvoie à la perception de la capacité du groupe à réaliser ces intentions. Ainsi, le contenu des stéréotypes émerge de l'interaction entre la perception de chaleur et de compétence. Les stéréotypes

peuvent être classés en quatre catégories : (1) faible en chaleur et en compétence, (2) élevé en chaleur et en compétence, (3) faible en chaleur mais élevé en compétence, et (4) élevé en chaleur mais faible en compétence (Fiske et al., 2018). Le SCM propose que ces quatre combinaisons de jugements de chaleur et de compétence suscitent quatre réponses émotionnelles, respectivement, le mépris, l'admiration, l'envie et la pitié (Cuddy et al., 2008 ; Fiske et al., 2002).

Le modèle **BIAS map**, une extension du SCM, inclut les **comportements** résultant des évaluations de chaleur et de compétence dans les interactions sociales (Cuddy et al., 2007, 2008). Selon ce modèle, les quatre combinaisons engendrent également quatre types de comportements : des comportements antisociaux ‘actifs’ (e.g., harceler), des comportements prosociaux ‘actifs’ (e.g., aider), des comportements prosociaux ‘passifs’ (e.g., coopérer de manière opportuniste) et des comportements antisociaux ‘passifs’ (e.g., négliger) (Cuddy et al., 2007, 2008 ; Fiske, 2018). La figure 3 illustre les prédictions émotionnelles et comportementales en fonction des perceptions de chaleur et de compétence selon les modèles SCM et BIAS map (Cuddy et al., 2007)

Figure 2

Prédictions émotionnelles et comportementales en fonction des perceptions de chaleur et de compétence selon les modèles SCM et BIAS map (Cuddy et al., 2007)



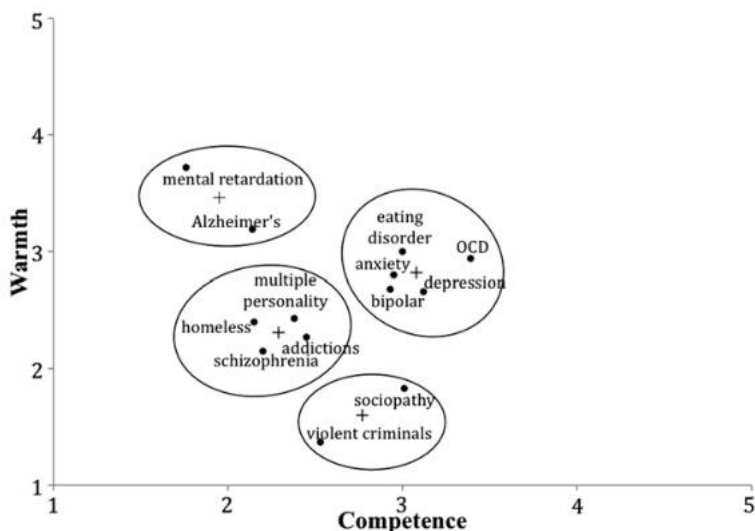
1.2. Stigmatisation des troubles psychique : focus sur la schizophrénie

1.2.1. Stéréotypes, attitudes et discriminations

Les recherches portant sur le SCM suggèrent que les stéréotypes associés aux personnes en situation de handicap sont **ambivalents**, c'est à dire qu'elles sont perçues comme **chaleureuses mais peu compétentes** (Fiske et al., 2002). Cependant, des études subséquentes nuancent cette vision et montrent que ces perceptions varient selon plusieurs critères. Premièrement, les stéréotypes dépendent de la **nature du handicap** (e.g., psychique vs. physique) ainsi que de certaines caractéristiques du handicap (visible vs. invisible, Granjon et al., 2023 ; Rohmer & Louvet, 2011). En effet, les personnes en situation de handicap invisible sont perçues comme moins chaleureuses mais plus compétentes que celles en situation de handicap visible, et les personnes en situation de handicap psychique sont perçues comme à la fois **incompétentes et peu chaleureuses** (Granjon et al., 2023). Deuxièmement, les stéréotypes associés aux personnes concernées par un trouble psychique diffèrent en **fonction du diagnostic**, les troubles psychotiques, dont la **schizophrénie**, étant particulièrement associés à des stéréotypes **d'incompétence et d'hostilité** (Canton et al., 2023 ; Sadler et al., 2012, Figure 3).

Figure 3

Le SCM appliqué aux troubles psychiques (Sadler et al., 2012)



Les personnes concernées par une schizophrénie sont ainsi perçues comme **dangereuses, imprévisibles, incompétentes et responsables de leur condition** (i.e., blâme). Elles doivent également faire face à la croyance qu'elles ne peuvent pas se rétablir (i.e., **pessimisme** quant au pronostic, Angermeyer & Matschinger, 2004 ; Angermeyer & Dietrich, 2006 ; Yvon & Prouteau, 2017). Ces stéréotypes sont associés à des attitudes négatives, notamment le **désir de distance sociale**, la **peur** et la **colère** (Angermeyer & Matschinger, 2003, 2005; Angermeyer & Dietrich, 2006 ; Yvon & Prouteau, 2017). Enfin, les personnes concernées par une schizophrénie font face à de multiples discriminations qui se manifestent dans de nombreux aspects de la vie quotidienne, tels que l'emploi, le logement, les soins de santé et les relations personnelles (Thornicroft et al., 2009, 2022). Ces discriminations sont particulièrement fréquentes : une étude internationale menée dans 27 pays a révélé que 49 % des participants ont déjà vécu une expérience de discrimination négative, les **relations interpersonnelles**, notamment intimes, étant le domaine dans lequel la discrimination est la plus répandue (Thornicroft et al., 2009).

1.2.2. Rôle des explications biomédicales dans la stigmatisation : essentialisme et déshumanisation

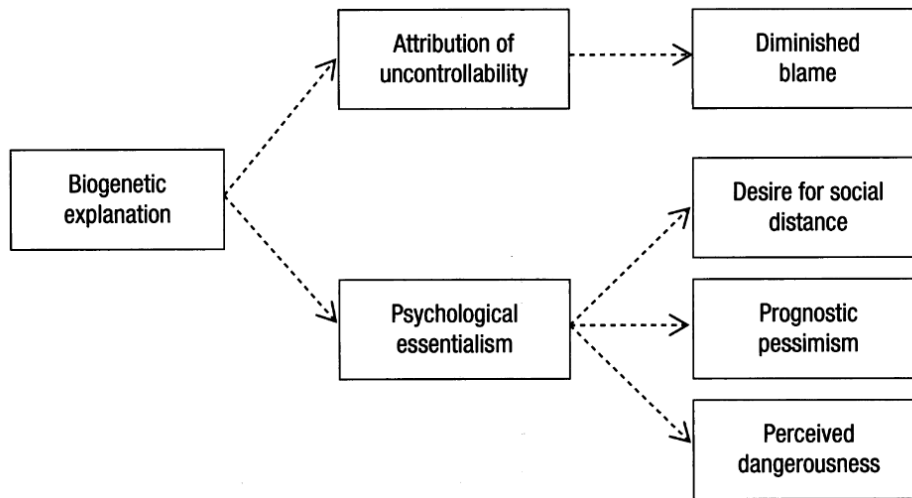
Dans une perspective **biomédicale**, les troubles psychiques sont considérés comme des maladies médicales ayant des origines biologiques, génétiques ou neurobiologiques (Lebowitz & Appelbaum, 2019). Selon la **théorie de l'attribution**, les individus perçus comme personnellement responsables de leur condition sont davantage exposés à des niveaux élevés de stigmatisation (Weiner, 1995, 2012). Par conséquent, telle que conceptualisée par l'approche 'mental illness as an illness like any other', une **vision biomédicale** des troubles psychiques devrait **réduire la stigmatisation** (Corrigan, 2000 ; Weiner, 1995, 2012). Cependant, bien que ces explications atténuent effectivement le **blâme** dirigé contre les personnes concernées, elles engendrent également un **pessimisme accru** quant au pronostic ainsi qu'une perception

amplifiée de la **dangerosité** (pour une méta-analyse, voir Kvaale et al., 2013). Ces effets néfastes des explications biologiques des troubles psychiques ont été interprétés à la lumière de l'essentialisme psychologique (Read et al., 2013 ; Read & Harper, 2022).

L'essentialisme psychologique se définit comme la croyance en l'existence de causes fixes et cachées, c'est-à-dire des essences sous-jacentes qui déterminent l'identité et définissent les catégories (Haslam & Kvaale, 2015 ; Lebowitz & Appelbaum, 2019). Lorsqu'il s'applique aux catégories sociales, l'essentialisme repose sur l'idée de différences biologiques et génétiques intrinsèques entre ces catégories (Haslam & Kvaale, 2015). Plus précisément, les croyances essentialistes impliquent la perception des catégories comme **immuables** (c'est-à-dire, l'appartenance à une catégorie est perçue comme fixe), **naturelles** (cette catégorie étant considérée comme faisant partie intégrante de la nature), **objectives** (c'est-à-dire que la catégorie n'est pas une construction sociale), **discrètes** (l'appartenance à la catégorie est soit totale, soit inexistante), **uniformes** (tous les membres étant perçus comme essentiellement similaires) et **informatives** (la connaissance de la catégorie d'une personne en révèle beaucoup sur elle) (Read & Harper, 2022, p. 7). L'essentialisme psychologique favorise ainsi l'adhésion aux stéréotypes (Bastian & Haslam, 2006). En présentant les personnes concernées comme fondamentalement différentes des autres, notamment sur le plan neurologique, comme dans le cas de la schizophrénie, les explications biomédicales des troubles psychiques renforcent les croyances essentialistes associées à cette catégorie (Boysen, 2011 ; Haslam & Kvaale, 2015). Les comportements des personnes concernées par un trouble psychique sont alors interprétés comme le résultat d'un facteur biologique sur lequel elles n'ont aucun contrôle. De plus, ces troubles sont perçus comme immuables, alimentant ainsi un pronostic pessimiste (Haslam, 2011 ; Haslam & Kvaale, 2015 ; Read et al., 2013). Ces observations ont conduit à l'élaboration du 'Mixed-Blessings Model' (Figure 4), qui reste, à ce jour, partiellement validé par des études expérimentales (Dittrich et al., 2023 ; Haslam & Kvaale, 2015).

Figure 4

Le 'Mixed-Blessing Model' (Haslam & Kvaale, 2015)



Les conceptions biomédicales des troubles psychiques entraînent une **déshumanisation** accrue des personnes concernées, c'est-à-dire un déni de leur humanité (Pavon & Vaes, 2017). Plus précisément, certains auteurs soutiennent qu'en présentant les difficultés psychologiques comme des dysfonctionnements mécaniques, le modèle biomédical renforce la **déshumanisation mécaniste** des personnes atteintes de troubles psychiques (Lebowitz & Appelbaum, 2019). La déshumanisation mécaniste se produit lorsque la « cible » est perçue comme dépourvue des caractéristiques constitutives de la nature humaine, celles qui distinguent les humains des objets ou des robots, telles que la chaleur humaine ou les émotions (Haslam & Loughnan, 2014). Or, la déshumanisation des personnes atteintes de troubles psychiques, particulièrement marquée dans le cas de la schizophrénie, est étroitement liée à une **stigmatisation accrue** (Boysen et al., 2019, 2020) et s'associe à des comportements hostiles et négligents à leur égard (Lebowitz & Appelbaum, 2019). Ainsi, en favorisant les croyances essentialistes et la déshumanisation, les conceptions biologiques des troubles psychiques contribuent à leur stigmatisation (Lebowitz & Appelbaum, 2019 ; Read & Harper, 2022).

1.2.3. Stigmatisation par les professionnels de santé mentale

Au même titre que les autres membres de la population générale, les **professionnels** constituent **une source significative de stigmatisation** (Schulze, 2007 ; Valery & Prouteau, 2020, 2023). En effet, la fréquence des discriminations vécues par les usagers au sein des services de santé mentale varie entre 16 % et 44 % (Lasalvia et al., 2023). Bien que les professionnels tendent à exprimer moins de stéréotypes que la population générale, notamment en ce qui concerne le stéréotype de dangerosité, ils ne sont pas exempts de biais (pour une revue, voir Valery et Prouteau, 2020). En effet, ces professionnels adhèrent à des **stéréotypes d'incompétence** et manifestent également des attitudes négatives à l'égard des personnes concernées (Valery et Prouteau, 2020 ; Valery et al., 2023). Par exemple, comparativement aux personnes atteintes de schizophrénie, les professionnels se perçoivent comme significativement plus compétents dans divers domaines de la vie, tels que les relations interpersonnelles, la gestion des émotions, etc., ce qui reflète une distinction marquée entre « eux » et « nous » (Valery et al., 2023). De plus, certaines **pratiques professionnelles** se révèlent **discriminantes** envers les personnes concernées, notamment les relations d'accompagnement asymétriques, le scepticisme face aux plaintes somatiques, le manque de collaboration, etc. (Valery et al., 2023). Les recherches montrent également que la schizophrénie demeure l'un des troubles psychiques les plus stigmatisés par les professionnels de la santé mentale (Valery & Prouteau, 2020 ; Valery et al., 2023).

1.3. Stigmatisation des relations intimes

1.3.1. Discrimination dans les relations intimes.

La stigmatisation des personnes concernées par un trouble psychique, en particulier de schizophrénie, est particulièrement fréquente dans le domaine des **relations intimes**. Environ **37 %** des personnes concernées rapportent avoir **subi des discriminations** dans ce contexte, et **60 % anticipent** de telles discriminations (Thornicroft et al., 2009). Cette stigmatisation est

perçue comme un **obstacle majeur** à leurs relations intimes (e.g., Hortal-Mas et al., 2022). En effet, comme l'indique l'étude 2 de ce travail doctoral, 68 % des personnes concernées par une schizophrénie considèrent la discrimination comme un frein à leurs relations intimes (Caiada et al., soumis). La stigmatisation peut être à l'origine d'une rupture amoureuse ou empêcher le développement d'une nouvelle relation (Baker & Procter, 2015 ; Elkington et al., 2013 ; de Jager et al., 2017, 2018). Les expériences de rejet dans ce domaine sont fréquentes et entraînent chez les personnes concernées une plus grande hésitation à s'engager dans de nouvelles relations par crainte d'être à nouveau rejetées (de Jager et al., 2017 ; White et al., 2021). Ainsi, l'anticipation de la stigmatisation peut conduire ces personnes à éviter totalement ce domaine de la vie (White et al., 2021 ; Wright et al., 2007).

1.3.2. Stéréotypes relatifs aux relations intimes

Des études suggèrent que la population générale, ainsi que les professionnels de santé, entretiennent des stéréotypes et des préjugés concernant les relations intimes des personnes concernées par une schizophrénie (Berger-Merom et al., 2021 ; Boysen, 2022). Ces stéréotypes pourraient avoir des répercussions délétères majeures sur les personnes concernées et leur participation à ce domaine de la vie. Ils pourraient i) **réduire leurs chances de rencontrer un partenaire** (Boysen et al., 2019), ii) **altérer la qualité de l'accompagnement** proposé par les professionnels (Berger-Merom et al., 2021), ou encore, iii) être intériorisés, entraînant une **auto-stigmatisation** marquée dans ce domaine de la vie (e.g., Elkington et al., 2012 ; Wright et al., 2007).

1.3.3. Apports et limites de la littérature existante

En mettant en lumière les témoignages des personnes concernées, ces études révèlent l'impact de la stigmatisation sur leurs relations intimes, soulignant ainsi l'importance cruciale de cet axe de recherche. Cependant, elles n'identifient pas précisément les **stéréotypes spécifiques liés aux relations intimes** auxquels ces personnes sont confrontées, ni les **facteurs**

qui contribuent à cette stigmatisation. Pourtant, pour identifier des leviers efficaces de **lutte contre la stigmatisation**, il est essentiel d'explorer en profondeur ces facteurs associés. C'est dans cette optique que la troisième étude de ce travail doctoral a été conduite, intitulée '*INTIMate Stigma*'.

2. Etude 3. Stigmatization of Intimate Relationships in Schizophrenia: a Study Comparing Mental Health Professionals, Health Students and the General Population²²

Cette étude a fait l'objet d'un **article publié** :

Caiada, M., Valery, K.-M., Felix, S., Guionnet, S., Tison, E., Gonin, M., Bonilla-Guerrero, J., Destailats, J.-M., Pillaud, N., & Prouteau, A. (2024). Stigmatizing intimate relationships in schizophrenia : A study comparing mental health professionals, health students and the general population. *Journal of Mental Health*, 0(0), 1-11.

<https://doi.org/10.1080/09638237.2024.2390378>

²² Le protocole, diffusé en ligne, de l'étude 3 '*INTIMate Stigma*' est présenté en Annexe 6

Stigmatization of Intimate Relationships in Schizophrenia: a Study Comparing Mental Health Professionals, Health Students and the General Population

Meryl Caiada¹, Kevin-Marc Valery¹, Simon Felix^{1,2}, Sarah Guionnet^{1,2}, Emma Tison^{1,3},
Maxime Gonin⁴, Julien Bonilla-Guerrero², Jean-Marc Destailats², Nicolas Pillaud¹ and
Antoinette Prouteau^{1,2}

¹Laboratory of Psychology, LabPsy, UR 4139, F-33000 Bordeaux, France, University of Bordeaux

²Department of Adult Psychiatry, Jonzac Hospital, Jonzac, France

³Project-Team Bivwac, Inria Center of Bordeaux University, 33400 Talence, France

⁴Faculty of Psychology, F-33000 Bordeaux, France, University of Bordeaux






JOURNAL OF MENTAL HEALTH
<https://doi.org/10.1080/09638237.2024.2390378>



RESEARCH ARTICLE



Stigmatizing intimate relationships in schizophrenia: a study comparing mental health professionals, health students and the general population

Meryl Caiada^a , Kevin-Marc Valery^a , Simon Felix^{a,b} , Sarah Guionnet^{a,b}, Emma Tison^{a,c}, Maxime Gonin^d, Julien Bonilla-Guerrero^b, Jean-Marc Destailats^b, Nicolas Pillaud^a  and Antoinette Prouteau^{a,b} 

^aLaboratory of Psychology, LabPsy UR 4139, University of Bordeaux, Bordeaux, France; ^bDepartment of Adult Psychiatry, Jonzac Hospital, Jonzac, France; ^cProject-Team Bivwac, Inria Center of Bordeaux University, Talence, France; ^dFaculty of Psychology, University of Bordeaux, Bordeaux, France

Abstract

Background: Discrimination in intimate relationships (IR) is frequently reported among persons with schizophrenia. Despite ongoing effort of international organizations to combat mental illness stigma, there remain a limited understanding of specific IR-related stereotypes. **Aims:** the study aimed to i) identify the stereotypes related to IR of persons with schizophrenia held by Mental health Professionals (MHP), health students and the general population, and ii) explore the effects of several factors associated with these stereotypes. **Methods:** this study used a mixed-methods approach. A survey developed collaboratively with persons with lived experience of mental health conditions (PWLE) was disseminated among MHP, health students and the general population. **Results:** the majority of the nine IR-related stereotypes previously identified by PWLE were endorsed by the participants (N = 532). PWLE were perceived as particularly incompetent in the domain of IR (e.g. to achieve couple project). Stereotypes endorsement varied among the groups. Continuum beliefs, perceived similarities and recovery beliefs were negatively associated with stereotype endorsement. **Conclusions:** the general population, MHP and health students endorsed several stereotypes regarding IR of persons with schizophrenia. The results provide support for the role of theoretical beliefs in IR stigmatization, suggesting they may be relevant targets for evidence-based stigma reduction programs.

Key Words. Schizophrenia; Stigma; Intimate relationships; Mental health professionals; Health students

Stigmatization of Intimate Relationships in Schizophrenia: a Study Comparing Mental Health Professionals, Health Students and the General Population

Intimate relationships of persons with mental illness

Intimate relationships of persons with mental illness Intimate relationships (IR), defined as the “creation and the maintain of close or romantic relationships between individuals, such as husband and wife, lovers or sexual partners” (World Health Organization, 2001, p. 169), are an essential component of human life and well-being (e.g., White et al., 2021). Persons with lived experience of mental health conditions (PWLE) consider supportive IR as a key facilitator of recovery (Boucher et al., 2016), but report difficulties in developing IR (Cloutier et al., 2020). Studies showed that 65-75% of persons with schizophrenia are single, leading to dissatisfaction and unmet needs (e.g., McCann, 2010; White et al., 2021). PWLE may face numerous barriers in developing and maintaining IR (e.g., Cloutier et al., 2020; de Jager & McCann, 2017; Hortal-Mas et al., 2022; McCann et al., 2019). Both positive and negative symptoms are described as hindering their IR. Sexual dysfunctions, often attributed to the side effects of pharmacological treatments, are widely reported as a significant barrier. Similarly, a negative self-concept, including a negative body-image, low self-esteem and a negative sexual self-concept have been described by PWLE as hindering their IR. Additionally, environmental factors have been identified as influencing intimacy, such as housing, social support and finances. Finally, when investigating PWLE views on their intimacy and associated barriers, stigma emerges as a frequently experienced barrier (e.g., Hortal-Mas et al., 2022; White et al., 2021). Indeed, Thornicroft et al. (2009) revealed that one-third of participants had already experienced discrimination and 60% reported anticipated discrimination in IR. In the following sections, we will define stigma in the context of mental illness, describe its associated factors and elaborate on its impact on IR.

Stigma in mental illness

Stigmatization involves treating someone unfairly or unequally due to a discrediting attribute, such as those labelled with a diagnosis of a mental illness (Goffman, 1963; Link & Phelan, 2001; Read & Harper, 2022). Mental illness stigma occurs at several levels, including public stigma, which comprises stereotypes leading to prejudices and subsequent discrimination (Rüsch et al., 2005). Additionally, according to the stereotype content theory (Fiske et al., 2002), emotions and behaviours towards stigmatized individuals depend on the stereotype content (Cuddy et al., 2007; Fiske, 2018). Stigmatization process begins with labelling an individual based on a discrediting attribute, which is then associated with negative stereotypes. The attribute is subsequently used to separate an in-group from an out-group, thus resulting in the social exclusion of the stigmatized individual (Link & Phelan, 2001). These principles raise questions regarding the biomedical model and its application in practice. Indeed, despite its benefits, the very act of assigning diagnoses to psychiatric symptoms could be considered an act of social labelling (Lebowitz & Appelbaum, 2019). Mental health professionals (MHP), health students and the general population commonly endorse stereotypes about mental illness. Studies on mental illness stigma in MHP showed mixed results, sometimes finding similar, more negative, or more positive beliefs compared to the general population (de Jacq et al., 2016; Schulze, 2007; Wahl & Aroesty-Cohen, 2010). This variation has been attributed to the heterogeneity of the included studies, which focused on different labels (e.g., “schizophrenia”, “mental illness”, Valery & Prouteau, 2020). Indeed, stigma may vary across psychiatric categories, with schizophrenia emerging as the most stigmatized condition in the three groups (e.g., Angermeyer & Dietrich, 2006; Arbanas et al., 2018). A recent systematic review focusing on MHP stigma in schizophrenia concluded that MHP hold less dangerousness beliefs than the general population. Results were more inconsistent regarding prognosis and desire for social distance. Moreover, MHP appear as less stigmatizing than health students (e.g., Sandhu et al., 2019).

Factors associated with stigma

Decades of research have identified factors that challenge mental illness stigma. With the rise and dominance of the biomedical approach of mental illness, which emphasizes a biogenetic understanding of its causes (Angermeyer et al., 2011; Read & Dillon, 2013; Read & Harper, 2022), researches have investigated the impact of biomedical beliefs on stigma. Initially, it was hypothesized that viewing mental illness as a biogenetic disease might reduce stigma, by reducing the blame ascribed to PWLE. However, international data indicates that while biogenetic explanations may reduce blame, they also induce pessimism and reinforce stereotypes through mechanisms of dehumanization and essentialism (Kvaale et al., 2013; Lebowitz & Appelbaum, 2019; Read & Dillon, 2013). In contrast, recognizing mental health difficulties as a spectrum, which surpasses the idea of diagnostic categories (i.e., continuum beliefs rather than categorical beliefs), has been associated to less stigmatization, including decreased social distance and fewer stereotypes (Peter et al., 2021; Valery et al., 2022). Similarly, fostering perception of similarities between oneself and PWLE is a promising approach for reducing stigma (i.e., associated with less social distance and fewer stereotypes, Buckwitz et al., 2022; Violeau et al., 2020). More generally, the recovery approach in mental health practices, defined as “the application of sets of capabilities that support people to recognize and take responsibility for their own recovery and wellbeing and to define their goals, wishes and aspirations” (Australian Government Department of Health, 2013) has been associated with less stigmatizing attitudes and beliefs (Stacy & Rosenheck, 2019; Valery et al., 2022, 2023). Moreover, a higher sense of professional utility (i.e., self-evaluation of one’s job effectiveness) has been linked to less stigmatizing attitudes and beliefs among MHP (Valery et al., 2022; Zaninotto et al., 2018). Though particularly relevant for destigmatizing mental illness in general, these factors’ effects have never been tested in the specific domain of IR stigmatization. Yet, prior studies suggested that participating in a prior training on intimacy and

sexuality could lead to stigma reduction and a greater willingness to address this topic in routine practices (e.g., Quinn et al., 2013; Tennille et al., 2022).

Stereotypes and prejudices about IR

Despite its importance and to our knowledge, no study has specifically addressed the stigmatization of IR. However, some studies indirectly suggested that both the general population and MHP may endorse stereotypes and prejudices about the IR of persons with schizophrenia. In the general population, knowing that a person suffers from schizophrenia has been linked to a significant reduction in willingness to engage in IR (Boysen et al., 2019; Boysen, 2022). Negative stereotypes and attitudes of the general population may impact IR of PWLE by limiting their potential partners, due to the fear and the misconceptions associated with the illness. These negative perceptions can also lead to breakups that may follow the disclosure of the diagnosis (e.g., Baker & Procter, 2015; Forrester-Jones et al., 2023). Additionally, a notable discrepancy between the representations of PWLE and those of MHP regarding IR has been reported. Whereas 83% of PWLE reported they had needs related to IR, only 43% of MHP recognized IR as a real need (McCann, 2010), sometimes considering IR as a low priority, an inappropriate recovery-related goal or even a risk for mental health (Berger-Merom et al., 2021; Forrester-Jones et al., 2023). As a result, IR needs remain often ignored and avoided in routine clinical practice, or are inadequately addressed (Deegan, 1999; Hughes et al., 2018; Tennille et al., 2022). Finally, public stigma (i.e., stereotypes endorsed by the general population or MHP) may be internalized by PLWE, resulting in intimacy avoidance, withdrawal and loss of hope and self-esteem (e.g., Corrigan et al., 2016; Forrester-Jones et al., 2023; Wright et al., 2007). Qualitative studies have shown that PWLE may internalize beliefs that, due to their illness, they are undesirable, that IR might pose a risk for their mental health, or that they cannot or should not have children (Dubreucq et al., 2023; Elkington et al., 2013; White et al., 2021; Wright et al., 2007). In summary, available data suggest that public stigma

perpetuated by both the general population and MHP significantly hinders the development and maintenance of IR of PWLE. This stigmatization may impact IR in several ways: rejection of PLWE as potential partners, use of non-supportive or counterproductive clinical practices by MHP, and internalization of negative beliefs by PWLE themselves. Identifying stereotypes related to IR in schizophrenia, as well as their associated factors, presents an opportunity to challenge IR-related taboos and associated discrimination they generate.

Objectives

The aims of this study were i) to identify the stereotypes related to IR of persons with schizophrenia that are held by MHP, health students or the general population, and ii) to explore the effects of several factors associated with these stereotypes.

Methods

This study used a mixed-methods approach. First, a survey aimed at identifying stereotypes related to IR was collaboratively developed with PWLE. Subsequently, the survey was disseminated among MHP, health students and the general population to collect quantitative data regarding the endorsement of these stereotypes among each group, and testing associated factors. This study was preregistered on the Open Science Framework platform (https://osf.io/qd5cv/?view_only=9ece047cc7df437899a889a31de5cb63). In accordance with French bioethics laws regarding research on human beings, ethical approval is only required for studies aimed at increasing medical or biological knowledge (Jarde Law, 9 May 2016). Consequently, ethical approval was not necessary to conduct the present study.

Measures

Measurement of IR stereotypes. To our knowledge, no valid measurement scale was available to assess stereotypes relating to IR. Thus, the following survey was specifically developed for this study.

Survey development. The survey content was developed in collaboration with voluntary members of the Clubhouse® Bordeaux, an association of PWLE. To ensure the coverage of the most relevant stereotypes (i.e., perceived stereotypes judged as the most stigmatizing), a focus group-like method was conducted among PWLE. This qualitative participatory approach allows subjective views on a phenomenon to be gathered, and is considered particularly relevant for stigma research (Favre et al., 2023; Stutterheim & Ratcliffe, 2021). The following question introduced the discussion: “In your opinion, what are the beliefs/stereotypes of mental health professionals and the general population regarding the intimate relationships of persons with mental illness?”. The group was conducted by two researchers (MC, KMV), who recorded the generated stereotypes. The stereotypes were then independently categorized in several dimensions, with discussions in case of discrepancies, and submitted to the work group for approbation. In total, nine perceived stereotypes were identified and categorized according to five dimensions (see Table 1). The survey items were drawn from the identified stereotypes. The survey was then pilot tested for comprehensiveness and comprehensibility with the focus group.

Table 1

Perceived Stereotypes Identified by the Clubhouse Members

Dimensions	Perceived stereotypes
Incompetence	1 Persons with schizophrenia are not able to maintain good quality IR ²³
	2 Persons with schizophrenia are not able to achieve couple’s projects (<i>i.e.</i> , marriage, children)
	3 Persons with schizophrenia have no control over their emotions towards their partner(s)
	4 Persons with schizophrenia are not competent at making decisions about their IR ^a
Need for intimacy	5 Persons with schizophrenia have no need for IR ^a
Mental health consequences of IR	6 The IR ^a of persons with schizophrenia can have negative consequences on their mental health
Physical unattractiveness	7 Persons with schizophrenia are not physically attractive

²³ IR = Intimate relationships

Dimensions	Perceived stereotypes
Dangerousness	8 Persons with schizophrenia are violent with their partner(s)
	9 Persons with schizophrenia are manipulative with their partner(s)

Measurement method. To measure stereotypes endorsement, a semantic differential scale method was used (Osgood et al., 1957). This method has been previously used in stigma studies (Servais & Saunders, 2007; Valery et al., 2023). Participants had to rate three targets (i.e., “person with schizophrenia”, “general population, i.e., healthy person not diagnosed with mental illness”, and “myself”) on nine semantic differential scales (i.e., corresponding to the perceived stereotypes, see Table 1) ranging from 1 to 7, with 1 corresponding to the most negative beliefs (e.g., “*very violent with their partner(s)*”) and 7 corresponding to the most positive beliefs (e.g., “*not violent at all with their partner(s)*”). See Figure 1 for a visual representation of an item rating. Stigma endorsement was measured as the difference between ratings of two targets: “person with schizophrenia” and those of “general population”. This method was used to operationalize stigma, defined by Link and Phelan (2001) as the difference between “them” and “us”. The “myself” target was used to make sure that participants categorized themselves outside the schizophrenia group.

Figure 5.

Visual representation of the scale item related to partner violence.

On these scales, where would you position these different individuals: “persons with schizophrenia”, “the general population (healthy individuals without schizophrenia)” and “myself”?

	Very violent with their partner(s)				Very violent with their partner(s)			
	1	2	3	4	5	6	7	
Persons with schizophrenia	○	○	○	○	○	○	○	
General population	○	○	○	○	○	○	○	
Myself	○	○	○	○	○	○	○	

Measurement of associated factors. To assess hypothesized associated factors, the following scales were drawn from previous studies on mental illness stigma (Valery et al., 2022, 2023; Violeau et al., 2020). The Scale of Perceived Similarities with Schizophrenia (one item) assessed participants' beliefs regarding their shared similarities or common points with persons with schizophrenia. It ranged from 1 "*I don't share any similarities with persons with schizophrenia*" to 7 "*I share similarities with persons with schizophrenia*". Higher scores indicated higher perceived similarities with persons with schizophrenia. The Questionnaire of Beliefs in a Continuum in Schizophrenia assessed beliefs regarding schizophrenia as a discrete social category (2 items), or as a continuum (2 items) between normal and schizophrenia. Scores ranged from 1 "*strongly disagree*" to 7 "*strongly agree*", with higher scores indicating higher categorical/continuum beliefs. The Beliefs in Recovery Possibilities item was drawn from previous study (Valery et al., 2022, 2023) and asked the participants to give their opinion on "Persons diagnosed with schizophrenia can recover (live a satisfying life, productive and full of hope despite the illness limits)," rated on a 7-point Likert scale (from 1 "*totally false*" to 7 "*totally true*"). Additionally, MHP's beliefs regarding their own professional utility were assessed with two items drawn from previous studies (Valery et al., 2022), ranging from 1 "*Not at all useful for the people I support*" to 10 "*Very useful for the people I support*". Higher scores indicated stronger beliefs in one's own professional utility. Finally, two potentially associated factors were assessed among the MHP and the health students' groups: 1) having participated in training related to IR ("*yes*" versus "*no*"), and 2) considering IR support as an integral part of a professional's missions (one item, rated on a 7-point Likert scale from 1 "*strongly disagree*" to 7 "*strongly agree*", higher scores indicated stronger belief in considering IR support as an integral part of the professional missions).

Procedure

The online survey was designed using LimeSurvey® software. To protect participants' anonymity, some parameters were blocked and not registered (IP address, date and time when completing the survey).

Participants

Participants aged between 18 and 65 were recruited online via social networks (i.e., LinkedIn, Facebook, and Instagram). Participants were excluded if they reported having received a diagnosis of schizophrenia. To be included, participants had to give their consent for their data to be used. The software program MorePower® (6.0.4, Campbell & Thompson, 2012) was used to conduct a power analysis. For $1 - \beta = .80$, $\alpha = .05$ and $d = 0.40$, we estimated that a minimum of 156 participants per group was sufficient to observe the expected effects.

Hypotheses

First, drawing from the literature on stigma in mental illness, particularly research on the association between the label of “schizophrenia” and stereotypes and prejudices, we expected that participants would endorse stereotypes regarding IR in schizophrenia. Specifically, we hypothesized that scores assigned to “persons with schizophrenia” would be lower than the scores assigned to “general population” (Servais & Saunders, 2007; Read & Harper, 2022; Valery et al., 2023). Second, consistently with prior findings, we expected MHP to be less stigmatizing than health students, and health students to be less stigmatizing than the general population (Sandhu et al., 2019; Valery & Prouteau, 2020). Thus, the differences between scores attributed to “person with schizophrenia” and those attributed to “general population” would be lower in MHP than in health students, and lower in health students than in the general population. Finally, we hypothesized that participants perceiving similarities (between themselves and persons with schizophrenia), endorsing continuum and recovery beliefs, reporting professional utility, having participated in prior training on IR and considering IR support as part of their profession would show lower levels of stereotype endorsement

(Buckwitz et al., 2022; Peter et al., 2021; Quinn et al., 2013; Stacy & Rosenheck, 2019; Tennille et al., 2022; Valery et al., 2022, 2023; Violeau et al., 2020; Zaninotto et al., 2018). Conversely, participants reporting higher categorical beliefs were expected to show higher levels of stereotype endorsement (Valery et al., 2023).

Data analysis

The data analysis was conducted using the R software® (Version v. 4.1.3, R Core Team, 2021), with linear mixed-model analyses performed using the lme4 package (Bates et al., 2014).

Stereotype identification. Analyses were conducted to identify the stereotypes in the three groups. The data were submitted to a 3×3 mixed-model analysis, with the independent variable “group” representing a 3-modality inter-individual variable (general population vs. MHP vs. health student), and the independent variable “target” representing a 3-modality intra-individual variable (“general population” vs. “persons with a diagnosis of schizophrenia” vs. “myself”). The dependent variable was the stereotype assigned score, ranging from 1 (the most negative beliefs) to 7 (the most positive beliefs). To test a priori specific hypotheses without the need for pairwise (post-hoc) comparisons, Helmert contrasts were used (e.g., Abelson & Prentice, 1997; Schad et al., 2020). In accordance with the hypothesis related to the “target” main effect, “myself” was coded as 0, “general population” as 1 and “person with schizophrenia” as -1 (“target” C1). The residual contrast (“target” C2) was coded as follows: “myself” was coded as 2 and “persons with schizophrenia” and “general population” were coded as -1 . As we were interested in the interaction between the “target” and the “group” independent variables, Helmert contrasts for the “group” main effect were used: “general population” was coded as 1, “health student” as 0 and “MHP” as -1 (“Group” C1). For the residual contrast (“Group” C2), “general population” was coded as -1 , “MHP” as -1 and “health students” as 2. In total, nine linear mixed models were conducted (e.g., Westfall et al.,

2014), corresponding to the nine items previously developed. We estimated random intercepts and slope for participants and items (e.g., Bates et al., 2014; Judd et al., 2017). Random effects at the participant level were considered, and effect sizes (d and d_z) were estimated based on classical ANOVA, as there is still no consensus regarding the calculation of effect sizes with mixed-models (e.g., Judd et al., 2017). Results are summarized in Table 3. For clarity reasons, only the fixed effects of the “target” C1 and C2, and interaction effects between “target” C1 and “group” C1 are presented.

Factors associated with stereotypes. Analyses were then conducted to identify the factors associated with stereotypes in the three groups. Contrasts related to the independent variable “target” were used. The associated factors were considered as independent variables. The dependent variable was the assigned stereotype score, ranging from 1 (the most negative beliefs) to 7 (the most positive beliefs). The interactions between these variables and the “target” variable were studied. In order to identify the specific factors in the three studied groups, three models were tested. The models considered random effects intercepts and slopes at participant and item levels. Results are summarized in Table 4. For clarity purpose, only the interaction effects between “target” C1 and the factors are presented.

Patient and public involvement

PWLE (members of Clubhouse® Bordeaux) advised us throughout the survey development: identifying and categorizing IR-related stereotypes, developing survey items and participating to the pilot testing.

Results

Sample

A total of 532 participants met the inclusion criterion (see Table 2 for detailed characteristics).

Table 2*Participants' Characteristics*

Sociodemographic characteristics	Total Sample	General Population	Health Students	MHP ²⁴
<i>N</i>	532	144	243	145
Age in years: mean (<i>sd</i>)	28.18 (10.74)	28.47 (11.41)	22.89 (5.26)	36.77 (11.31)
Gender				
Man: <i>n</i> (%)	93 (17.48%)	36 (25%)	26 (10.70%)	31 (21.38%)
Woman: <i>n</i> (%)	430 (80.83%)	105 (72.91%)	212 (87.24%)	113 (77.93%)
Other: <i>n</i> (%)	9 (1.69%)	3 (2.09%)	5 (2.06%)	1 (0.69%)
Theoretical beliefs				
Recovery beliefs: mean (<i>sd</i>)		5.32(1.45)	5.83 (1.28)	5.88 (1.27)
Continuum beliefs: mean (<i>sd</i>)		2.71 (1.35)	2.49 (1.36)	2.57 (1.6)
Categorical beliefs: mean (<i>sd</i>)		3.38 (1.53)	2.9 (1.47)	3.05 (1.41)
Similarity: mean (<i>sd</i>)		4.01 (1.9)	4.29 (1.71)	4.45 (1.69)
Profession / studies				
Psychologist: <i>n</i>			143	56
Psychiatrist: <i>n</i>			3	28
Nurse: <i>n</i>			45	37
Occupational therapist: <i>n</i>			1	4
Healthcare assistant: <i>n</i>			0	2
Speech-language pathologist: <i>n</i>			13	0
Educator: <i>n</i>			1	4
Service agent: <i>n</i>			0	1
Other: <i>n</i>			37	13
Have received IR ²⁵ training: <i>n</i> (%)			24 (9.88%)	22 (15.17%)
IR support: mean (<i>sd</i>)			4.29 (1.71)	4.45 (1.69)
Professional utility: mean (<i>sd</i>)				7.51 (1.26)

IR stereotypes

Stereotype endorsement was tested separately for each item. The first hypothesis was validated in eight out of the nine previously identified stereotypes (see Table 3). Indeed, scores attributed to the target “persons with schizophrenia” were significantly lower than those

²⁴ MHP = Mental Health Professionals

²⁵ IR = Intimate relationships

attributed to the target “general population” in eight out of nine stereotypes. Thus, persons with schizophrenia were considered by participants (i.e., independently of their group) as i) less able to maintain good quality IR ($t = 18.52, p < .001, d = 0.773$), ii) less able to achieve couple’s projects ($t = 18.30, p < .001, d = 0.706$), iii) less able to control their emotions towards their partner(s) ($t = 22.83, p < .001, d = 0.896$) and iv) less competent to make decisions about their IR ($t = 13.42, p < .001, d = 0.609$). They were also rated as more violent with their partner(s) ($t = 7.27, p < .001, d = 1.189$). Moreover, they were perceived as having less need for intimacy ($t = 3.03, p < .001, d = 0.005$) and as being less physically attractive ($t = 4.21, p < .001, d = 0.075$). Finally, their IR were considered as more likely to have negative consequences on their mental health ($t = 3.76, p < .001, d = 0.191$). However, in contrast with the perceived stereotype initially identified by the PWLES (Table 1), persons with schizophrenia were considered as less manipulative towards their partner than the general population ($t = -2.27, p < .001, d = 0.557$). Consequently, a great majority of the IR stereo types perceived by PWLE were effectively endorsed by the participants.

Table 3

Endorsement of IR Stereotypes: Analysis of Differences between Scores Attributed to Targets and Interaction with the Group

Stereotypes ²⁶	Mean (Sd)			Effect	t	p	d/d _z ²⁷
	SCZ ²⁸	GP ²⁹	Myself				
1 : Incompetence to maintain IR	3.74	4.93	5.05	"Target"C1 ³⁰	18.52	<.001	0.773

²⁶ Stereotype = for stereotype corresponding to number see Table 1

²⁷ d/d_z = effect sizes (small effect: 0.2 to 0.5; moderate: 0.5 to 0.8 ; large > 0.8)

²⁸ SCZ = Schizophrenia

²⁹ GP = General population

³⁰ “Target”C1 = Contrast used in the analysis of the “target” main effect (“myself = 0, “general population” = 1, “person with schizophrenia” = -1)

Stereotypes ²⁶	Mean (Sd)			Effect	t	p	d/d _z ²⁷
	(1.23)	(0.89)	(1.23)	"Target" C2 ³¹	13.57	<.001	0.509
				Interaction "Target"C1 X "Group" C1 ³²	1.29	0.198	
2 : Incompetence to achieve couple's projects	4.09	5.19	5.19	"Target"C1	18,30	<.001	0.706
	(1.31)	(0.94)	(1.30)	"Target" C2	11,16	<.001	0.541
				Interaction "Target"C1 X "Group" C1	2.33	0.020	0.162
3 : Incompetence to control emotions towards partner	3.67	4.74	5.05	"Target"C1	22.83	<.001	0.896
	(1.20)	(0.86)	(1.16)	"Target" C2	24.07	<.001	0.379
				Interaction "Target"C1 X "Group" C1	3.71	<.001	0.119
4 : Incompetence to make decisions about IR	4.17	4.97	5.10	"Target"C1	13.42	<.001	0.609
	(1.27)	(0.96)	(1.30)	"Target" C2	11,28	<.001	0.323
				Interaction "Target"C1 X "Group" C1	0.93	0.353	
5 : Absence of need for IR	4.34	4.78	6.14	"Target"C1	3.03	0.003	0.005
	(1.22)	(0.97)	(1.19)	"Target" C2	-1.59	0.113	
				Interaction "Target"C1 X "Group" C1	0.01	0.930	
6 : Negative consequences of IR on mental health	4.64	4.52	5.63	"Target"C1	3.76	<.001	0.191
	(1.43)	(1.07)	(1.34)	"Target" C2	3.73	<.001	0.074
				Interaction "Target"C1 X "Group" C1	0.89	0.371	
7 : Physical unattractiveness	5.38	5.57	5.63	"Target"C1	4.21	<.001	0.075
	(1.36)	(1.19)	(1.34)	"Target" C2	-0.24	0.813	

³¹ "Target"C2 = Residual contrast used in the analysis of the "target" main effect ("myself" = 2, "general population" = -1, "person with schizophrenia" = -1)

³² Interaction "Target"C1 X "Group" C1 = Analysis of the interaction effect between the "target" C1 contrast and the "group C1" contrast ("general population" = 1; "Health student" = 0; "MHP" = -1)

Stereotypes ²⁶	Mean (Sd)			Effect	t	p	d/d _z ²⁷
				Interaction "Target"C1 X "Group" C1	0.55	0.580	
8 : Violence with partner	5.25	5.44	5.33	"Target" C1	7.27	<.001	1.189
	(1.17)	(1.06)	(1.32)	"Target" C2	31,85	<.001	0.493
				Interaction "Target"C1 X "Group" C1	3.92	<.001	0.205
9 : Manipulation of the partner	4.60	4.73	4.59	"Target" C1	-2.27	0.023	0.557
	(1.06)	(0.93)	(1.04)	"Target" C2	18.18	<.001	0.567
				Interaction "Target"C1 X "Group" C1	3.98	<.001	0.179

IR stereotypes according to each group of participants (MHP, health students and the general population)

The second hypothesis was partially confirmed. Indeed, interaction effects (indicating differences in the stereotype endorsement between the groups) were found in four out of the nine models (i.e., items 2, 3, 8 and 9, see Table 3). In two models (i.e., items 2 and 3), the stereotype endorsement score (i.e., the difference between the score attributed to the target “persons with schizophrenia” and those attributed to the target “general population”) in MHP group was lower than in the health students’ group, which itself was lower than in the general population group. This pattern was found for two incompetence stereotypes: “persons with schizophrenia are not able to achieve couple’s projects” ($t = 1.29, p < .001, d = 0.162$), and “persons with schizophrenia are not able to control their emotions towards their partner(s)” ($t = 3.71, p < .001, d = 0.119$). Other patterns were found for the two items (i.e., items 8 and 9) related to dangerousness. First, the stereotype “persons with schizophrenia are violent with their partner(s)” was endorsed by health students and the general population, but not by MHP ($t = 3.92, p < .001, d = 0.205$). Second, only MHP endorsed the stereotype related to manipulation:

“persons with schizophrenia are less manipulative toward their partner(s) than the general population” ($t = 3.98, p < .001, d = 0.179$).

Factors associated with IR stereotypes

Potential associated factors were tested separately for each group (see Table 4). The results were globally consistent with our hypotheses. Indeed, in the general population group, stereotype endorsement scores (i.e., differences between “general population” and “persons with schizophrenia”) were negatively associated with i) perceived similarities ($t = -5.14, p < .001, d = 0.796$), ii) recovery beliefs ($t = -2.45, p = 0.015, d = 0.278$) and iii) continuum beliefs ($t = -2.06, p = 0.015, d = 0.421$). In the MHP group, stereotype endorsement scores were negatively associated with i) perceived similarities ($t = -3.72, p < .001, d = 0.517$), and ii) continuum beliefs ($t = -.29, p = 0.015, d = 0.421$). Finally, in the health students’ group, stereotype endorsement scores were negatively associated with i) perceived similarities ($t = -3.09, p = 0.002, d = 0.326$) and ii) recovery beliefs ($t = -4.23, p < .001, d = 0.524$). Conversely, categorical beliefs were positively associated with stereotype endorsement scores in MHP ($t = 4.20, p < .001, d = 0.516$) and health students’ groups ($t = 3.67, p < .001, d = 0.429$). Other effects were not significant (i.e., professional utility belief, prior training).

Table 4

Factors Associated with the IR Stereotype Endorsement in the Groups: Analysis of Differences between Scores Attributed to Targets and Interaction with the Factors

Factors	Group	t	p	d
Recovery beliefs	General population	-2.45	0.015	0.278
	MHP ³³	-1.58	0.114	
	Health students	-4.23	p<.001	0.524
Continuum beliefs	General population	-2.06	0.015	0.421
	MHP	-3.29	p<.001	0.603

³³ MHP = Mental Health Professionals

Factors	Group	t	p	d
Categorical beliefs	Health students	-0.46	0.646	
	General population	0.17	0.865	
	MHP	4.20	p<.001	0.516
Perceived similarities	Health students	3.67	p<.001	0.429
	General population	-5.14	p<.001	0.796
	MHP	-3.72	p<.001	0.517
IR ³⁴ training	Health students	-3.09	p=0.002	0.326
	MHP	1.33	0.184	
	Health students	-1.19	0.906	
Beliefs regarding IR support	MHP	1.37	0.170	
	Health students	1.04	0.299	
Professional utility	MHP	0.48	0.628	

Discussion

This study aimed to identify i) IR-related stereotypes of persons with schizophrenia that are held by MHP, health students or the general population, and ii) factors associated with these stereotypes. Four main conclusions can be drawn from the results.

Persons with lived experience (PWLE) perceived IR-related stereotypes

Though PWLE did not respond to the survey, they were involved in the survey construction. This preliminary step of the study thus provided original data regarding the perception of stereotypes in IR (i.e., incompetence, dangerousness, physical unattractiveness, absence of need for intimacy and consequences on mental health). Previous studies suggested that, beyond being perceived and experienced, some IR stereotypes may also be internalized and lead to self-stigma. A study including 24 young adults with mental illness showed that 45% of them reported feeling unworthy in IR or being undesirable (Elkington et al., 2013). Moreover, in a study conducted with 452 persons with serious mental illness, between 34 and

³⁴ IR = Intimate Relationships

46% reported feeling less attractive than others because of their mental illness (Wainberg et al., 2016). Thus, given that perceived stigma is positively correlated with self-stigma (for a meta-analysis, see Yu et al., 2021), our results may be of interest for further research focusing on self-stigma in IR (Corrigan et al., 2016). For instance, replicating this study in a survey including PWLE of schizophrenia could provide quantitative insights into the internalization of IR stereotypes and how it may impact social participation.

Incompetency in IR as a core feature of stereotypes

The survey suggests that, except for the dangerousness in IR stereotype, all the stereotypes were endorsed by participants, independently of their social group. This original finding suggests that the general population, health students and MHP share negative beliefs about the IR of persons with schizophrenia. The strongest stereotypes (i.e., with the largest effect sizes) were those related to incompetence in IR. Incompetence is now widely recognized as a consistent mental illness stereotype component, both in the general population (e.g., Angermeyer & Dietrich, 2006) and in MHP (e.g., Valery et al., 2023). These new findings further demonstrate that these negative stereotypes extend to the IR domain, regarding the competence of persons with schizophrenia to maintain IR and make decisions about them.

Features of IR stereotype endorsement in MHP

Interaction analyses revealed differences in stereotype endorsement between the groups. For two Incompetence items, MHP showed lower levels of stereotype endorsement than health students, who, in turn, displayed lower levels than the general population. Additionally, salient differences emerged in the dangerousness dimension: both the general population and health students perceived individuals with schizophrenia as violent in relationships, but this effect was not significant in the MHP group. These findings are consistent with a recent systematic review on stigma in MHP, that reported less dangerousness stereotypes in MHP in comparison with the general population (Valery & Prouteau, 2020).

These results can be interpreted through the Contact Theory (Allport et al., 1954), which postulates that more frequent interactions with PWLE contribute to reducing stigma. The positive effect of intergroup contact on intergroup prejudice has been extensively documented (for a review, see Pettigrew & Tropp, 2006). MHP have more frequent contacts with PWLE than health students, who in turn have more frequent contacts with PWLE than the general population. The frequency of contact may thus explain the level of stereotype endorsement. However, despite some differences in stereotype endorsement levels, it is important to note that MHP are not free from stigma, which aligns with studies indicating that contact with PWLE alone may not suffice to eliminate stigma in MHP (e.g., Porfyri et al., 2022; Schulze, 2007). A surprising result is that MHP perceived persons with schizophrenia as less manipulative toward their partner. This was unexpected considering the perceived stereotype reported by PWLE, which indicated the opposite (see Table 1). A possible explanation is that MHP may relate “manipulation” to incompetence rather than to dangerousness, given that the ability to manipulate someone requires social and intellectual skills. In this case, the present MHP ratings would appear to be consistent with the incompetence stereotype previously reported in MHP (e.g., Valery et al., 2023). This study also highlights that only a minority of students (9.88%) and MHP (15.17%) had received training related to IR. This finding is consistent with previous studies reporting that MHP need training to reliably address this domain (Berger-Merom et al., 2021; Dubreucq et al., 2023; Tennille et al., 2022). However, the effect of prior training on stereotype endorsement was not significant.

Factors associated with IR stereotypes

Several factors associated with IR stereotypes were identified. Consistent with previous studies conducted in other domains of mental illness stigma (Peter et al., 2021; Valery et al., 2022; Violeau et al., 2020), continuum beliefs predicted lower levels of stereotype endorsement (in the general population and the MHP), while categorical beliefs predicted higher levels (in

the MHP and the health students). Moreover, in accordance with previous studies, similarity beliefs predicted lower levels of stereotype endorsement in all the three groups (Valery et al., 2022; Violeau et al., 2020). This result suggests that focusing on the similarities between individuals and PWLE may help to diminish stigmatization by reducing the boundaries between “them” and “us” and fostering positive social comparison (Mussweiler, 2003). These findings challenge categorical beliefs and provide support for the relevance of the continuum model of mental illness that reflects the diversity and complexity of mental health needs (Patel et al., 2018; Thornicroft et al., 2022). Consequently, they question the biomedical model, which promotes biogenetic explanations of mental illness. Indeed, such explanations reinforce the perception of PWLE as belonging to a distinct category fundamentally different from others and, consequently, hindering the perception of similarities (Johnstone & Boyle, 2018; Kvaale et al., 2013; Lebowitz & Appelbaum, 2019).

Finally, recovery beliefs were associated with lower levels of stereotypes in the general population and the health student groups. This result further supports the benefit of the recovery approach for destigmatizing mental illnesses, through focusing on the person rather than on the illness and promoting positive understandings of mental difficulties (Australian Health Ministers’ Advisory Council, 2013). This result highlights the importance of fostering optimism regarding mental illness prognosis, thereby challenging essentialist perspectives on mental health issues closely tied with the biogenetic explanation of illness (Johnstone & Boyle, 2018; Kvaale et al., 2013; Lebowitz & Appelbaum, 2019). In conclusion, these results further question the biomedical model, that may perpetuate social (i.e., stigma) and clinical (i.e., prognostic expectation) misconceptions about mental illness, through processes like essentialism and dehumanization (Lebowitz & Appelbaum, 2019; Sideli et al., 2021). Our results rather provide support, in the domain of IR, to the recovery-oriented approach for challenging these misconceptions and the resulting discrimination.

Implications

These findings have implications for anti-stigma interventions. Educational approach (i.e., increasing knowledge about mental health through factual information) and contact approach (i.e., involving direct or indirect interactions with PWLE) are advocated for reducing stigma toward PWLE. Both strategies have been shown to effectively reduce negative attitudes, with small to moderate effect sizes, at least in the short term (for reviews, see Gronholm et al., 2017; Morgan et al., 2018; Sreeram et al., 2022). While Corrigan et al. (2012) found that contact-based interventions are more effective than educational interventions in reducing public stigma, a recent meta-analysis indicated that both approaches yield similar effect sizes (Morgan et al., 2018). Additionally, results from a meta-analysis support that interventions targeting stigma among MHP and students should be contact-based (Lien et al., 2021). However, it is important to note that contact alone may not suffice to reduce stigma in MHP (e.g., Porfyri et al., 2022). International literature suggests that contact-based interventions should be combined with other processes. For instance, these interventions should emphasize recovery (Kvaale et al., 2013), reduce dehumanization through personification-based approaches (Lebowitz & Appelbaum, 2019), and involve PWLE in the design and delivery of interventions (Read & Dillon, 2013; Thornicroft et al., 2022). These principles may be integrated into future interventions targeting the specific stigma related to IR. To address IR stigma, interventions should include general education regarding IR in mental illness, combined with indirect or direct contact-based modules, for example with PWLE or peer workers. Our findings provide original information regarding the content of these interventions, which should target the IR specific stereotypes. Furthermore, they should promote a humanistic, recovery-oriented approach that goes beyond the dominant yet reductionist biomedical model.

Limitations

This study had several limitations. First, women were overrepresented in the survey groups (80% of the total sample). However, the gender distribution was representative of the population of MHP and health students in France (DREES, 2021). Similarly, the sampling method (via social networks) may have reduced the generalizability of the findings, given that the participants might have been more sensitive to stigma in mental illness. Additionally, the use of an explicit measure of stigma may have increased social desirability, thus leading to underestimate stigmatization of IR (Burguet & Girard, 2024). Another limitation of the study is the lack of information regarding the work setting of the mental health professionals who participated. While data was collected on the specific types of professionals involved (e.g., psychiatrists, psychologists), the study did not differentiate between those working in hospital settings and those in community settings. Given some previous results (e.g., Porfyri et al., 2022; Valery & Prouteau, 2020), it would have been relevant to examine the work setting as a potential factor associated with stigma.

Further research should include behavioural measures to study discrimination. Recently, the Commission on Ending Stigma and Discrimination highlighted the necessity to expand research on stigmatizing behaviours (Thornicroft et al., 2022). Indeed, IR stereotypes endorsed by MHP and health students may lead to prejudices and have consequences for their practices. They may participate in previously reported discriminating or unsupportive practices such as paternalism (Berger-Merom et al., 2021), avoidance of the topic (McCann, 2000; Tennille et al., 2022), coercive and prohibition policies (Wright et al., 2007), or focus on risk management (Hughes et al., 2018; White et al., 2021). These practices are inconsistent with the PWLE reported needs (e.g. White et al., 2021).

Conclusions

Persons with schizophrenia are victims of several stereotypes related to their IR, which are endorsed by the general population, health students and MHP. PWLE were perceived as

particularly incompetent in the domain of IR (e.g., to achieve couple project or control their emotions toward partners). The dangerousness stereotypes were differently endorsed by the groups. The study highlights the role of theoretical beliefs regarding mental illness in the stigmatization of IR, such as continuum beliefs, perceived similarities and recovery beliefs. These associated factors may be relevant targets to be integrated into evidence-based stigma reduction programs (Thornicroft et al., 2022).

Acknowledgements.

The authors wish to thank Pr. Ray Cooke for copyediting the manuscript and the Clubhouse® Bordeaux members for participating to the survey construction.

Disclosure statement.

No potential conflict of interest was reported by the author(s).

Author contributions.

Caiada: Conceptualization, Data Curation, Formal Analysis, Funding Acquisition, Investigation, Methodology, Resources, Writing - Original Draft, Writing - Review & Editing; Valery: Conceptualization, Investigation, Methodology, Resources, Writing - Original Draft; Felix: Conceptualization, Investigation, Methodology, Writing - Original Draft, Writing - Review & Editing; Guionnet: Conceptualization, Funding Acquisition, Investigation, Methodology, Writing - Original Draft; Tison: Methodology, Writing - Original Draft; Gonin: Investigation, Resources, Writing - Original Draft; Bonilla-Guerrero: Funding Acquisition, Resources; Destailats: Funding Acquisition, Resources; Pillaud: Formal Analysis, Writing - Original Draft; Prouteau: Conceptualization, Funding Acquisition, Investigation, Methodology, Resources, Supervision, Visualization, Writing - Original Draft, Writing - Review & Editing

References

- Abelson, R. P., & Prentice, D. A. (1997). Contrast tests of interaction hypothesis. *Psychological Methods*, 2(4), 315-328. <https://doi.org/10.1037/1082-989X.2.4.315>
- Allport, G. W. (1954). *The nature of prejudice*. Addison-Wesley.
- Angermeyer, M. C., Holzinger, A., Carta, M. G., & Schomerus, G. (2011). Biogenetic explanations and public acceptance of mental illness : Systematic review of population studies. *The British Journal of Psychiatry*, 199(5), 367-372. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.085563>
- Arbanas, G., Bosnjak, D., & Sabo, T. (2018). Impact of a Nursing in Psychiatry Course on Students' Attitudes Toward Mental Health Disorders. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 56(3), 45-51. <https://doi.org/10.3928/02793695-20171024-01>
- Australian Health Ministers'. (2013). *A national framework for recovery-oriented mental health services : Guide for practitioners and providers*. Australian Government Department of Health and Aged Care. <https://www.health.gov.au/resources/publications/a-national-framework-for-recovery-oriented-mental-health-services-guide-for-practitioners-and-providers?language=en>
- Baker, A. E. Z., & Procter, N. G. (2015). 'You Just Lose the People You Know' : Relationship Loss and Mental Illness. *Archives of Psychiatric Nursing*, 29(2), 96-101. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2014.11.007>
- Bates, D., Mächler, M., Bolker, B., & Walker, S. (2014). *Fitting Linear Mixed-Effects Models using lme4* (arXiv:1406.5823). arXiv. <https://doi.org/10.48550/arXiv.1406.5823>
- Berger-Merom, R., Zisman-Ilani, Y., Jones, N., & Roe, D. (2021). Addressing sexuality and intimate relations in community mental health services for people with serious mental illness : A qualitative study of mental health practitioners' experiences. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 45(2), 170-175. <https://doi.org/10.1037/prj0000506>

- Boucher, M.-E., Groleau, D., & Whitley, R. (2016). Recovery and severe mental illness : The role of romantic relationships, intimacy, and sexuality. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 39(2), 180-182. <https://doi.org/10.1037/prj0000193>
- Boysen, G. A. (2022). Mental illness and mate value : Evidence for reduced mate value among romantic partners perceived as having mental illness. *Evolutionary Behavioral Sciences*, 16(3), 261-275. <https://doi.org/10.1037/ebs0000255>
- Boysen, G. A., Morton, J., & Nieves, T. (2019). Mental illness as a relationship dealbreaker. *Stigma and Health*, 4(4), 421-428. <https://doi.org/10.1037/sah0000157>
- Buckwitz, V., Bommers, J. N., Hinshaw, S. P., & Schomerus, G. (2022). Continuum beliefs and the perception of similarities and differences to a person with depression. *Comprehensive Psychiatry*, 116, 152314. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2022.152314>
- Burguet, A., & Girard, F. (2024). Stigma of schizophrenia and bipolar disorders : Explicit and implicit measures among mental health professionals. *Stigma and Health*, 9(3), 288-293. <https://doi.org/10.1037/sah0000456>
- Campbell, J. I. D., & Thompson, V. A. (2012). MorePower 6.0 for ANOVA with relational confidence intervals and Bayesian analysis. *Behavior Research Methods*, 44(4), 1255-1265. <https://doi.org/10.3758/s13428-012-0186-0>
- Cloutier, B., Francoeur, A., Samson, C., Ghostine, A., & Lecomte, T. (2020). Romantic relationships, sexuality, and psychotic disorders : A systematic review of recent findings. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 41(1), 22. <https://doi.org/10.1037/prj0000409>
- Corrigan, P. W., Bink, A. B., Schmidt, A., Jones, N., & Rüsç, N. (2016). What is the impact of self-stigma? Loss of self-respect and the “why try” effect. *Journal of Mental Health*, 25(1), 10-15. <https://doi.org/10.3109/09638237.2015.1021902>

- 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>
- 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>
- Deegan, P. E. (1999). Human Sexuality and Mental Illness : Consumer Viewpoints and Recovery Principles. In *Sexuality and Serious Mental Illness*. Routledge.
- 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>
- de Jager, J., & McCann, E. (2017). Psychosis as a Barrier to the Expression of Sexuality and Intimacy : An Environmental Risk? *Schizophrenia Bulletin*, 43(2), 236-239. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbw172>
- Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. (2021). *Démographie des professionnels de santé—DREES*. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. <https://drees.shinyapps.io/demographie-ps/>
- Dubreucq, M., Lysaker, P. H., & Dubreucq, J. (2023). A qualitative exploration of stakeholders' perspectives on the experiences, challenges, and needs of persons with serious mental illness as they consider finding a partner or becoming parent. *Frontiers in Psychiatry*, 13. <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsy.2022.1066309>
- Elkington, K. S., Hackler, D., Walsh, T. A., Latack, J. A., McKinnon, K., Borges, C., Wright, E. R., & Wainberg, M. L. (2013). Perceived mental illness stigma, intimate relationships and sexual risk behavior in youth with mental illness. *Journal of adolescent research*, 28(3), 378-404. <https://doi.org/10.1177/0743558412467686>

- Favre, S., Aubry, J.-M., & Richard-Lepouriel, H. (2023). Perceived public stigma and perceived public exposure by persons living with bipolar disorder : A qualitative study. *International Journal of Social Psychiatry*, 69(2), 378-387. <https://doi.org/10.1177/00207640221093495>
- 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>
- Forrester-Jones, R., Dixon, J., & Jaynes, B. (2023). Exploring romantic need as part of mental health social care practice. *Disability & Society*, 0(0), 1-23. <https://doi.org/10.1080/09687599.2023.2222900>
- Goffman, E. (1963). *Stigma : Notes on the Management of Spoiled Identity*. Simon and Schuster.
- Gronholm, P. C., Henderson, C., Deb, T., & Thornicroft, G. (2017). Interventions to reduce discrimination and stigma : The state of the art. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 52(3), 249-258. <https://doi.org/10.1007/s00127-017-1341-9>
- Hortal-Mas, R., Moreno-Poyato, A. R., Granel-Giménez, N., Roviralta-Vilella, M., Watson-Badia, C., Gómez-Ibáñez, R., Aguayo-González, M. P., Giménez-Díez, D., Bernabeu-Tamayo, M. D., & Leyva-Moral, J. M. (2022). Sexuality in people living with a serious mental illness : A meta-synthesis of qualitative evidence. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 29(1), 130-146. <https://doi.org/10.1111/jpm.12700>
- Hughes, E., Edmondson, A. J., Onyekwe, I., Quinn, C., & Nolan, F. (2018). Identifying and addressing sexual health in serious mental illness : Views of mental health staff working in two NHS organisations in England. *International Journal of Mental Health Nursing*. <https://www.hud.ac.uk/news/>

- Johnstone, L., & Boyle, M. (2018). The Power Threat Meaning Framework : An Alternative Nondiagnostic Conceptual System. *Journal of Humanistic Psychology*.
<https://doi.org/10.1177/0022167818793289>
- Judd, C. M., Westfall, J., & Kenny, D. A. (2017). Experiments with More Than One Random Factor : Designs, Analytic Models, and Statistical Power. *Annual Review of Psychology*, 68(1), 601-625. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-122414-033702>
- Kvaale, E. P., Haslam, N., & Gottdiener, W. H. (2013). The ‘side effects’ of medicalization : A meta-analytic review of how biogenetic explanations affect stigma. *Clinical Psychology Review*, 33(6), 782-794. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2013.06.002>
- Lebowitz, M. S., & Appelbaum, P. S. (2019). Biomedical Explanations of Psychopathology and Their Implications for Attitudes and Beliefs About Mental Disorders. *Annual Review of Clinical Psychology*, 15(1), 555-577. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050718-095416>
- Lien, Y.-Y., Lin, H.-S., Lien, Y.-J., Tsai, C.-H., Wu, T.-T., Li, H., & Tu, Y.-K. (2021). Challenging mental illness stigma in healthcare professionals and students : A systematic review and network meta-analysis. *Psychology & Health*, 36(6), 669-684.
<https://doi.org/10.1080/08870446.2020.1828413>
- 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>
- McCann, E. (2000). The expression of sexuality in people with psychosis : Breaking the taboos. *Journal of Advanced Nursing*, 32(1), 132-138. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2000.01452.x>
- McCann, E. (2010). The sexual and relationship needs of people who experience psychosis : Quantitative findings of a UK study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 17(4), 295-303. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2009.01522.x>

- McCann, E., Donohue, G., de Jager, J., Nugter, A., Stewart, J., & Eustace-Cook, J. (2019). Sexuality and intimacy among people with serious mental illness : A qualitative systematic review. *JBIS Evidence Synthesis*, 17(1), 74. <https://doi.org/10.11124/JBISRIR-2017-003824>
- Morgan, A. J., Reavley, N. J., Ross, A., Too, L. S., & Jorm, A. F. (2018). Interventions to reduce stigma towards people with severe mental illness : Systematic review and meta-analysis. *Journal of Psychiatric Research*, 103, 120-133. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2018.05.017>
- 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>
- Osgood, C. E., Suci, G. J., & Tannenbaum, P. H. (1957). *The Measurement of Meaning* (University of Illinois Press).
- Patel, V., Saxena, S., Lund, C., Thornicroft, G., Baingana, F., Bolton, P., Chisholm, D., Collins, P. Y., Cooper, J. L., Eaton, J., Herrman, H., Herzallah, M. M., Huang, Y., Jordans, M. J. D., Kleinman, A., Medina-Mora, M. E., Morgan, E., Niaz, U., Omigbodun, O., ... Unützer, J. (2018). The Lancet Commission on global mental health and sustainable development. *The Lancet*, 392(10157), 1553-1598. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31612-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31612-X)
- 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>
- Porfyri, G.-N., Athanasiadou, M., Siokas, V., Giannoglou, S., Skarpari, S., Kikis, M., Myroforidou, A., Anoixa, M., Zerakis, N., Bonti, E., Konsta, A., Diakogiannis, I., Rudolf, J.,

- & Deretzi, G. (2022). Mental health-related stigma discrimination and prejudices among Greek healthcare professionals. *Frontiers in Psychiatry, 13*.
<https://doi.org/10.3389/fpsyt.2022.1027304>
- Quinn, C., & Happell, B. (2015). Consumer sexual relationships in a Forensic mental health hospital : Perceptions of nurses and consumers. *International Journal of Mental Health Nursing, 24*(2), 121-129. <https://doi.org/10.1111/inm.12112>
- Read, J., & Dillon, J. (2013). *Models of Madness : Psychological, Social and Biological Approaches to Psychosis*. Routledge.
- Read, J., & Harper, D. J. (2022). The Power Threat Meaning Framework : Addressing Adversity, Challenging Prejudice and Stigma, and Transforming Services. *Journal of Constructivist Psychology, 35*(1), 54-67. <https://doi.org/10.1080/10720537.2020.1773356>
- Rüsch, N., Angermeyer, M. C., & Corrigan, P. W. (2005). Mental illness stigma : Concepts, consequences, and initiatives to reduce stigma. *European Psychiatry, 20*(8), 529-539.
<https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2005.04.004>
- Sandhu, H. S., Arora, A., Brasch, J., & Streiner, D. L. (2019). Mental Health Stigma : Explicit and Implicit Attitudes of Canadian Undergraduate Students, Medical School Students, and Psychiatrists. *The Canadian Journal of Psychiatry, 64*(3), 209-217.
<https://doi.org/10.1177/0706743718792193>
- Schad, D. J., Vasishth, S., Hohenstein, S., & Kliegl, R. (2020). How to capitalize on a priori contrasts in linear (mixed) models : A tutorial. *Journal of Memory and Language, 110*, 104038. <https://doi.org/10.1016/j.jml.2019.104038>
- 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>

- 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>
- Sideli, L., Sartorio, C., Ferraro, L., Mannino, G., Giunta, S., Giannone, F., Seminerio, F., Barone, M. V., Maniaci, G., Montana, S., Marchese, F., La Barbera, D., & La Cascia, C. (2021). Views of Schizophrenia Among Future Healthcare Professionals : Differences in Relation to Diagnostic Labelling, Causal Explanations, and Type of Academic Degree Program. *Clinical Neuropsychiatry*, 18(5), 260-269. <https://doi.org/10.36131/cnfioritieditore20210504>
- Sreeram, A., Cross, W. M., & Townsin, L. (2022). Anti-stigma initiatives for mental health professionals—A systematic literature review. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 29(4), 512-528. <https://doi.org/10.1111/jpm.12840>
- Stacy, M. A., & Rosenheck, R. (2019). The association of recovery orientation and stigmatizing beliefs. *Journal of Mental Health*, 28(3), 276-281.
<https://doi.org/10.1080/09638237.2017.1417573>
- Stutterheim, S. E., & Ratcliffe, S. E. (2021). Understanding and addressing stigma through qualitative research : Four reasons why we need qualitative studies. *Stigma and Health*, 6, 8-19. <https://doi.org/10.1037/sah0000283>
- Tennille, J., Bohrman, C., Barrenger, S., Compton, E., Meduna, E., & Klein, L. (2022). Behavioral Health Provider Attitudes and Beliefs about Sexuality and Intimacy : Findings from a Mixed Method Design. *Community Mental Health Journal*, 58(3), 444-453.
<https://doi.org/10.1007/s10597-021-00838-1>
- Thornicroft, G., Brohan, E., Rose, D., Sartorius, N., & Leese, M. (2009). Global pattern of experienced and anticipated discrimination against people with schizophrenia : A cross-sectional survey. *The Lancet*, 373(9661), 408-415. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)61817-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)61817-6)

- Thornicroft, G., Sunkel, C., Aliev, A. A., Baker, S., Brohan, E., Chammay, R. el, Davies, K., Demissie, M., Duncan, J., Fekadu, W., Gronholm, P. C., Guerrero, Z., Gurung, D., Habtamu, K., Hanlon, C., Heim, E., Henderson, C., Hijazi, Z., Hoffman, C., ... Winkler, P. (2022). The Lancet Commission on ending stigma and discrimination in mental health. *The Lancet*, 400(10361), 1438-1480. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)01470-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)01470-2)
- 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., Caiada, M., Felix, S., Guionnet, S., Destailats, J.-M., & Prouteau, A. (2023). How do mental health professionals stigmatize incompetence in schizophrenia? *Stigma and Health*. <https://doi.org/10.1037/sah0000476>
- Valery, K.-M., Violeau, L., Fournier, T., Yvon, F., Arfeuillere, 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. (2022). Part of the solution yet part of the problem : Factors of schizophrenia stigma in mental health professionals. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 27(2), 134-144. <https://doi.org/10.1080/13651501.2022.2129068>
- 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>
- 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>

- Wainberg, M. L., Cournos, F., Wall, M. M., Norcini Pala, A., Mann, C. G., Pinto, D., Pinho, V., & McKinnon, K. (2016). Mental illness sexual stigma : Implications for health and recovery. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 39(2), 90-96. <https://doi.org/10.1037/prj0000168>
- Westfall, J., Kenny, D. A., & Judd, C. M. (2014). Statistical power and optimal design in experiments in which samples of participants respond to samples of stimuli. *Journal of Experimental Psychology: General*, 143(5), 2020-2045. <https://doi.org/10.1037/xge0000014>
- White, R., Haddock, G., Campodonico, C., Haarmans, M., & Varese, F. (2021). The influence of romantic relationships on mental wellbeing for people who experience psychosis : A systematic review. *Clinical Psychology Review*, 86, 102022. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2021.102022>
- White, R., Haddock, G., Varese, F., & Haarmans, M. (2021). “Sex isn’t everything” : Views of people with experience of psychosis on intimate relationships and implications for mental health services. *BMC Psychiatry*, 21(1), 307. <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03262-7>
- World Health Organization. (2001). *International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)*. <https://www.who.int/standards/classifications/international-classification-of-functioning-disability-and-health>
- Wright, E. R., Wright, D. E., Perry, B. L., & Foote-Ardah, C. E. (2007). Stigma and the Sexual Isolation of People with Serious Mental Illness. *Social Problems*, 54(1), 78-98. <https://doi.org/10.1525/sp.2007.54.1.78>
- Yu, B. C. L., Chio, F. H. N., Mak, W. W. S., Corrigan, P. W., & Chan, K. K. Y. (2021). Internalization process of stigma of people with mental illness across cultures : A meta-analytic structural equation modeling approach. *Clinical Psychology Review*, 87, 102029. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2021.102029>
- 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>

3. Synthèse et ouverture

3.1. Résultats principaux

L'étude 'INTIMate Stigma' avait pour objectif d'identifier les **stéréotypes** relatifs aux **relations intimes** des personnes concernées par une **schizophrénie**, auprès des membres de la **population générale**, des **professionnels** et des **étudiants** en santé. Cette étude visait également à explorer les effets de **facteurs**, préalablement identifiés dans la littérature, potentiellement associés à ces stéréotypes. Une approche mixte a été adoptée, permettant ainsi de faire émerger trois résultats majeurs. Premièrement, les personnes concernées **perçoivent différents stéréotypes** à l'égard de leurs relations intimes. Deuxièmement, les **trois groupes** d'intérêt de l'étude **adhèrent** effectivement à la majorité de ces **stéréotypes**. Les stéréotypes **d'incompétences** sont les plus saillants, c'est-à-dire impliquant le plus de différence entre « eux » et « nous ». Cependant, des différences ont pu être mises en évidence entre les groupes. Par exemple, en accord avec les précédentes revues de la littérature, les professionnels de santé mentale n'adhèrent pas aux stéréotypes de **dangerosité** (Jorm et al., 2012 ; Valery & Prouteau, 2020). Troisièmement, des facteurs associés à ces stéréotypes ont été identifiés, et concernent notamment les croyances théoriques liées aux troubles psychiques. La croyance en la possibilité de **se rétablir** d'une schizophrénie, la croyance en l'existence d'un **continuum** entre les personnes concernées par une schizophrénie et la « population générale », et la perception de **similitudes** entre soi et les personnes concernées par une schizophrénie, sont associées à un moindre niveau de stigmatisation. En revanche, les croyances **catégorielles** sont associées à un plus haut niveau de stigmatisation.

3.2. Implications de l'étude

Implications cliniques. Cette étude présente plusieurs implications cliniques significatives. Elle permet aux professionnels, ainsi qu'aux étudiants, de **reconnaître** leurs **propres stéréotypes**, et de **mieux comprendre** ceux auxquels sont confrontées les personnes

concernées par une schizophrénie. Cette étude offre également l'opportunité à ces dernières de reconnaître les stéréotypes auxquels elles font face dans leur **vie quotidienne**. Dans le cadre d'une relation d'accompagnement, la reconnaissance de ces stéréotypes ouvre la voie à l'élaboration de **stratégies pour y faire face**.

En mettant en lumière non seulement les stéréotypes à cibler, mais aussi les facteurs qui peuvent être mobilisés pour les déconstruire (i.e., des leviers « anti-stigma »), cette étude offre des éléments originaux pour le développement de **formations** et **d'interventions** efficaces pour réduire la stigmatisation des relations intimes. Les résultats de l'étude sont en accord avec les recommandations antérieures, qui préconisent le développement d'interventions soulignant les **similitudes** entre individus, et promouvant le **rétablissement** ainsi qu'une approche en **continuum** de la santé mentale, plutôt qu'une approche catégorielle (Corrigan et al., 2016 ; Lebowitz & Appelbaum, 2019 ; Read & Harper, 2022 ; Violeau et al., 2020). Par conséquent, ces résultats remettent en question **l'approche biomédicale** traditionnelle de la santé mentale, qui repose sur des catégories diagnostiques et des explications biogénétiques des troubles psychiques, entretenant ainsi des **croyanances essentialistes** à l'égard des personnes concernées (Kvaale et al., 2013 ; Read & Harper, 2022). En revanche, les résultats de cette étude soutiennent une **approche centrée sur le rétablissement**, fondée sur la conviction que chaque personne est capable de se rétablir.

Implications pour le programme INTIMate. Les objectifs du programme INTIMate sont de (1) fournir des données empiriques relatives aux relations intimes des personnes concernées par un trouble psychique, afin de (2) améliorer leur accompagnement dans ce domaine. Cette étude a des implications significatives pour les objectifs du programme INTIMate. En mettant en lumière les stéréotypes et les facteurs associés, elle contribue à une meilleure **compréhension de la stigmatisation** dans le contexte des relations intimes, souvent perçue comme un obstacle majeur à la participation sociale (e.g., de Jager et al., 2018 ; White

et al., 2021). Bien que l'étude n'inclue pas de mesures comportementales, en se basant sur les modèles SCM et BIAS, il est ainsi possible de formuler des hypothèses sur l'impact de ces stéréotypes sur les **comportements** des potentiels partenaires ainsi que sur les pratiques des professionnels (Cuddy et al., 2007, 2008 ; Fiske et al., 2002). Premièrement, à l'instar des recherches antérieures, cette étude révèle que les personnes concernées par une schizophrénie sont perçues comme **dangereuses et incompetentes** par la population générale qui inclut des partenaires potentiels (Sadler et al., 2012). Selon le modèle BIAS, ces stéréotypes engendreraient des réactions de **rejet**, un phénomène effectivement fréquemment rapporté par les personnes concernées (Baker & Procter, 2015 ; Cuddy et al., 2007, 2008 ; de Jager et al., 2018). Deuxièmement, bien que les professionnels perçoivent ces personnes comme **incompétentes**, ils ne partagent pas les stéréotypes de dangerosité. Cette perception pourrait conduire à des attitudes et des **pratiques paternalistes**, en décalage avec les attentes des personnes concernées (Berger-Merom et al., 2021 ; Cuddy et al., 2007, 2008 ; Forrester-Jones et al., 2023). Les résultats de cette étude sont ainsi en accord avec la littérature théorique sur la stigmatisation ainsi que les témoignages des personnes concernées. Plus largement, cette étude fournit des données pertinentes pour le développement de **nouvelles ressources** destinées aux professionnels (e.g., interventions anti-stigmatisation, formations), pouvant ainsi contribuer à améliorer l'accompagnement des relations intimes (Tennille et al., 2022 ; Urry et al., 2022). Enfin, l'étude '*INTIMate Stigma*' oriente le programme vers la question de l'**auto-stigmatisation** dans le contexte des relations intimes. En effet, comme le suggèrent certaines études qualitatives, ces stéréotypes publics pourraient être internalisés par les personnes concernées par un trouble psychique, conduisant ainsi à leur auto-stigmatisation (Corrigan & Watson, 2002 ; Elkington et al., 2013). La quatrième étude de ce travail doctoral vise à approfondir ce point.

4. Etude 4. L'auto-stigmatisation dans les relations intimes : développement et validation d'une échelle d'évaluation

L'auto-stigmatisation dans les relations intimes : développement et validation d'une échelle d'évaluation

Meryl Caiada¹, Antoinette Prouteau^{1,2}, Luc Vigneault³, Simon Felix^{1,2}, Sarah Guionnet^{1,2}, Justin Lamontagne⁴, Emma Tison¹, Kevin-Marc Valery¹, et Tania Lecomte⁴

¹Laboratoire de psychologie, LabPsy, UR 4139, F-33000 Bordeaux, France, Université de Bordeaux

²Département de psychiatrie adulte, Hôpital de Jonzac, Jonzac, France

³Université de Laval, Québec, Canada

⁴Département de Psychologie, Université de Montréal, Centre de recherche de l'Institut Universitaire en Santé Mentale de Montréal, Montréal, Canada

L'auto-stigmatisation dans les relations intimes : développement et validation d'une échelle d'évaluation

1. Introduction

1.1. Définitions et prévalence

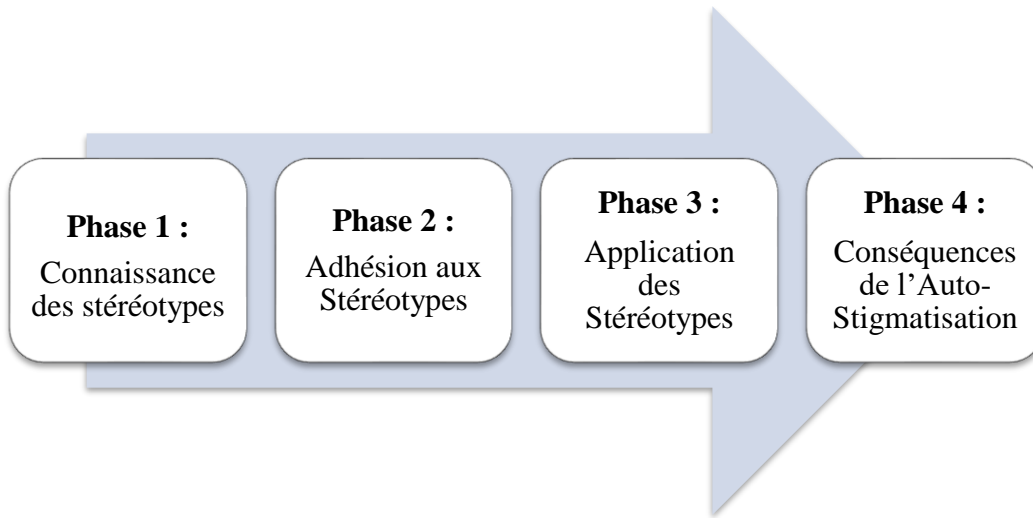
L'auto-stigmatisation désigne le processus par lequel les individus s'**appliquent** à eux-mêmes les **stéréotypes** qui existent dans la société, ainsi que les **conséquences émotionnelles, comportementales, et identitaires** qui en résultent (Corrigan & Watson, 2002 ; Fernández et al., 2022 ; Yanos et al., 2015). Yanos et al. (2008) décrivent ce processus comme la **perte d'une identité** désirée ou investie (e.g., celle de conjoint ou d'amant) au profit d'une **identité stigmatisée**. L'auto-stigmatisation est un phénomène fréquent chez les personnes concernées par un trouble psychique, en particulier la schizophrénie (Brohan et al., 2010). Cependant, ce phénomène n'est pas systématique, avec environ la moitié des personnes qui rapportent des niveaux modérés à élevés d'auto-stigmatisation (Brohan et al., 2010).

1.2. Modèles et processus sous-jacents

La conceptualisation de l'auto-stigmatisation fait l'objet de controverses, comme en témoigne une revue récente de la littérature, qui identifie cinq modèles de ce processus (Fernández et al., 2022). Parmi les modélisations proposées et les études réalisées ($k = 13$), celle de Corrigan & Watson (2002) est celle qui a fait l'objet du plus grand nombre d'études empiriques ($k = 9$ études). Selon ce modèle, l'auto-stigmatisation se déroule en **quatre phases progressives**. Le point de départ de ce processus serait la connaissance des stéréotypes qui existent dans la société (i.e., la **conscience des stéréotypes**). Les individus seraient ensuite amenés à y adhérer (i.e., **l'accord avec ces stéréotypes**). Enfin, ils appliqueraient ses stéréotypes à eux-mêmes (i.e., **application des stéréotypes**) et l'internalisation de ces stéréotypes entraînerait ensuite des **conséquences personnelles** sur le concept de soi (voir Figure 1, Corrigan & Watson, 2002 ; Corrigan et al., 2011, 2016, 2019).

Figure 6

Représentation du Modèle d'Auto-Stigmatisation de Corrigan & Watson (2002)



Au-delà de ces considérations, cette revue de littérature (Fernández et al., 2022) souligne l'importance de considérer d'autres facteurs associés à l'auto-stigmatisation, tels que la discrimination expérimentée ainsi que l'identification à l'endogroupe et à la perception de l'endogroupe.

La **discrimination expérimentée**, définie comme « la discrimination perçue ou les restrictions de participation rencontrées par les personnes concernées par un trouble psychique en raison de leur identité », se révèle être un processus central dans l'émergence de l'auto-stigmatisation (Fernández et al., 2022 ; Yu et al., 2021, p. 4). Les résultats d'une méta-analyse réalisée à partir de 108 études (Yu et al., 2021) montrent que la discrimination expérimentée est fortement et positivement corrélée à l'auto-stigmatisation ($r = 0.58$, IC 95% [0.55, 0.61]), tandis que la stigmatisation perçue présente une corrélation positive plus faible avec l'auto-stigmatisation ($r = 0.28$, IC 95% [0.22, 0.34]). Par ailleurs, selon le modèle 'rejection-identification' (Branscombe et al., 1999), les personnes ayant fait l'expérience de discriminations seraient davantage enclines à s'identifier à leur endogroupe (Cruwys & Gunaseelan, 2016). Les études réalisées auprès de personnes concernées par un trouble psychique révèlent que l'**identification au groupe** prédit une plus grande résistance à la

stigmatisation, un rejet accru des stéréotypes associés aux troubles psychiques (Crabtree et al., 2010), ainsi qu'une réduction de l'auto-stigmatisation (Watson et al., 2007). Toutefois, certains auteurs suggèrent que l'identification au groupe peut également représenter une menace pour ses membres (Cruwys & Gunaseelan, 2016 ; Rüsç et al., 2009). Les effets de l'identification au groupe dépendraient ainsi de la manière dont le groupe est perçu, c'est-à-dire, de la valeur qui lui est attribué (Correll et al., 2005 ; Rüsç et al., 2009). Cependant, les données sur ce sujet restent limitées, et les études portant spécifiquement sur les effets de la perception de l'endogroupe sur l'auto-stigmatisation demeurent rares. Cela souligne la nécessité de mener de nouvelles recherches pour mieux comprendre le rôle et l'importance de ces facteurs dans le processus d'auto-stigmatisation (Fernández et al., 2022).

En résumé, les modèles et les données disponibles décrivent l'auto-stigmatisation comme résultant de l'acceptation des stéréotypes sociaux, lesquels sont ensuite internalisés et intégrés au concept de soi. Ces processus ont de nombreuses répercussions psychologiques et identitaires (Fernández et al., 2022).

1.3. Conséquences de l'auto-stigmatisation

Les conséquences identitaires de l'auto-stigmatisation affectent **l'estime de soi et l'auto-efficacité** (pour méta-analyses, voir Livingston & Boyd, 2010 ; Del Rosal et al., 2021). D'autres dimensions psychologiques sont également impactées, telles que **l'empowerment**, le **rétablissement** et **l'espoir** (Del Rosal et al., 2021). Concernant les variables sociales, l'auto-stigmatisation est associée à un plus faible **soutien social** et à moins de **contacts sociaux** (Livingston & Boyd, 2010 ; Brohan et al., 2010). En revanche, l'impact de l'auto-stigmatisation sur les **relations intimes** demeure moins étudié. En effet, selon la revue de littérature menée par Cloutier et al., (2020), une seule étude quantitative s'est intéressée au lien entre les relations intimes et l'auto-stigmatisation. Les résultats de cette étude indiquent que les individus présentant un degré élevé d'auto-stigmatisation rapportent également une satisfaction moindre

quant à leurs relations intimes (Sarisoy et al., 2013). Toutefois, les études portant sur la **stigmatisation publique** (Caiada et al., 2024), ainsi que les études qualitatives mettant en lumière le **vécu des personnes concernées** (e.g., de Jager et al., 2018 ; Elkington et al., 2013), suggèrent que l'auto-stigmatisation se manifeste de manière **spécifique** dans les relations intimes.

1.4. Auto-stigmatisation dans les relations intimes

Les personnes concernées par une schizophrénie font l'objet de **multiples stéréotypes** relatifs à leurs relations intimes : elles sont perçues comme incompetentes dans leurs relations, incapables de prendre des décisions, moins attirantes, et leurs relations sont considérées comme un risque pour leur santé mentale (Caiada et al., 2024). Les témoignages des personnes concernées suggèrent que ces stéréotypes sont susceptibles d'être **internalisés** par les personnes concernées (de Jager et al., 2018 ; Elkington et al., 2013 ; White et al., 2020). En effet, elles se décrivent parfois comme étant **indésirables** ou de **mauvais partenaires** intimes (de Jager et al., 2017, 2018 ; Elkington et al., 2013). Des données qualitatives suggèrent également que l'intériorisation de telles croyances pourrait avoir des effets délétères sur leurs relations intimes, par exemple, en les conduisant à **éviter ce domaine de la vie** (de Jager et al., 2017, 2018 ; Elkington et al., 2013 ; Wright et al., 2007). Toutefois, **aucune échelle** n'existe à ce jour pour évaluer l'auto-stigmatisation dans les relations intimes, ce qui empêche les professionnels de bien appréhender ce phénomène chez les personnes qu'ils accompagnent. De plus, les facteurs associés à cette auto-stigmatisation demeurent mal connus, alors qu'une meilleure appréhension de ces derniers permettrait d'identifier des leviers pour y faire face.

1.5. Objectifs

L'objectif principal de cette étude est de développer et de valider une échelle d'évaluation de l'auto-stigmatisation dans les relations intimes. Par ailleurs, cette étude cherche à **explorer les facteurs associés à cette auto-stigmatisation.** Le recrutement de

participants est encore en cours. A ce jour, $n = 94$ participants ont été recrutés sur les 150 nécessaires à l'analyse des qualités psychométriques de l'outil (Corbière, 2020). Les sections suivantes présentent donc le développement de l'outil, le protocole de validation ainsi que des données de validation préliminaire.

2. Méthode

Cette étude a été approuvée par le Comité d'éthique de la recherche (CÉR) du CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal (n°2024-3386).

2.1. Développement de l'échelle

L'échelle d'évaluation de l'Auto-stigmatisation des Relations Intimes (**ARI**) a été conçue pour mesurer l'auto-stigmatisation dans les relations intimes. Cette échelle a été développée à la fois pour une utilisation en pratique clinique et en recherche. Son élaboration a été menée en collaboration avec quatre **patients-partenaires** en santé mentale : un homme et trois femmes, âgés de 23 à 60 ans. Les patients-partenaires ont été recrutés à la suite d'une annonce diffusée par courriel au sein du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Est-de-l'île-de-Montréal (CR-IUSSM), et leur participation a été rémunérée.

Création des items. Pour générer les items de l'échelle de manière inductive, un premier **focus group** a été mené (Boateng et al., 2018). Cette méthode apparaît comme étant particulièrement adaptée à l'exploration de sujets encore peu étudiés (Desrosiers et al., 2020), tels que l'auto-stigmatisation dans les relations intimes. Conformément aux recommandations méthodologiques (Terwee et al., 2017), la discussion a débuté par des questions ouvertes: « Quelles croyances, stéréotypes ou pensées, les personnes ayant reçu un diagnostic de trouble mental ont-elles à propos de leurs relations intimes / pourraient les empêcher d'avoir des relations intimes / pourraient les empêcher de dévoiler leur trouble à leur partenaire ? ». Le focus group, mené en ligne, a été animé par deux chercheurs, qui ont ensuite analysé indépendamment les enregistrements pour élaborer les items en conséquence. Des items

supplémentaires ont été créés sur la base des stéréotypes publics préalablement identifiés (Caiada et al., 2024).

Clarté et exhaustivité de l'échelle. Un second focus group a été réalisé avec le même échantillon que le premier afin de vérifier la **clarté** des items et **l'exhaustivité** de l'échelle. Au cours de cette étape, les items issus de la première phase ont été reformulés puis sélectionnés. Par ailleurs, un patient partenaire expert de la stigmatisation en santé mentale, n'ayant pas participé à la création des items, a examiné ces derniers pour s'assurer i) de leur caractère non offensant pour les personnes concernées et ii) de leur exhaustivité (Boateng et al., 2018). Ces démarches avaient pour but de maximiser la validité de contenu de l'outil (Boateng et al., 2018 ; Terwee et al., 2017).

Items de l'ARI. Plusieurs thèmes ont émergé des discussions lors des focus groups, reflétant ainsi la diversité des croyances stéréotypées susceptibles d'être internalisées par les personnes concernées. La Figure 6 représente les différents thèmes identifiés ainsi que certains items illustrant ces catégories.

Figure 6.

Thèmes identifiés lors du focus group et exemples d'items associés



Un des thèmes ayant émergé de ce focus group concerne la **faible estime de soi** ($n = 6$ items). Ce thème englobe des croyances liées à une faible désirabilité, une faible valeur personnelle, et un sentiment d'indignité à être aimé. D'autres items sont liés au **sentiment d'incompétence**, qui touche divers aspects des relations intimes ($n = 5$ items). Les croyances identifiées reflètent un sentiment d'incompétence à assumer les responsabilités et les attentes dans les relations amoureuses (par exemple, soutenir son partenaire) et sexuelles. Un autre thème important est l'impression de **perte de contrôle** dans les relations intimes ($n = 5$ items). Ce thème inclut des croyances concernant la difficulté à gérer ses émotions, la dépendance émotionnelle envers le partenaire, ainsi que la perception de soi comme étant manipulable ou potentiellement dangereux pour l'autre. Le focus group a également mis en lumière des **préoccupations liées aux effets négatifs des relations intimes** sur la **santé mentale** et le rétablissement ($n = 5$). Le sentiment de **perte d'espoir** lié aux relations intimes constitue un autre thème central ($n = 6$). Ces croyances traduisent un pessimisme quant à la possibilité de rencontrer un partenaire sexuel ou amoureux. Une thématique importante concerne le **dévoilement du trouble** ($n = 5$), où les croyances portent sur les réactions négatives potentielles du partenaire, telles que l'abandon, le jugement et la peur suite au dévoilement d'un trouble. Enfin, d'autres croyances sont liées à **l'investissement dans les relations intimes**, illustrant des croyances relatives au rejet des potentiels partenaires, mais également des croyances quant à sa propre façon d'investir les relations intimes ($n = 8$).

Au total, **40 items** ont été générés, dont six items avec cotation inversée. Cette première version de l'outil est disponible en Annexe 7. Chaque item est évalué sur une échelle **différentielle sémantique** d'Osgood allant de 1 « e.g., *Je suis tout à fait capable de tenir mes engagements dans mon couple* » à 10 « e.g., *Je ne suis pas du tout capable de tenir mes engagements dans mon couple* ». Ce type d'échelle a été choisi pour plusieurs raisons. D'une part, elle a été privilégiée par les patients partenaires en raison de sa clarté, renforçant ainsi la

validité de face de l'outil. D'autre part, dans ce format, les personnes ont la possibilité d'exprimer des croyances favorables à leur égard, ce qui permet ainsi d'identifier les forces individuelles. Un groupe de travail composé de chercheurs et de professionnels de santé mentale a été consulté pour garantir la bipolarité des items. Dans cette échelle, un score élevé indique un niveau élevé d'auto-stigmatisation.

2.2. Validation de l'échelle

Participants. Les participants sont recrutés via les réseaux sociaux et par le biais du partenariat avec la Société Québécoise de la Schizophrénie, constituant un échantillon de convenance. Pour être inclus dans cette étude, les participants doivent déclarer avoir reçu au moins l'un des diagnostics de troubles psychiques sévères suivants : trouble psychotique, trouble bipolaire ou trouble dépressif majeur. De plus, ils doivent être âgés de 18 à 65 ans et avoir le français comme langue maternelle.

Procédure. Le protocole de validation est proposé en ligne. Après avoir fourni leurs données socio-démographiques et cliniques, les participants sont invités à compléter l'échelle ARI ainsi que d'autres mesures psychologiques nécessaires à la validation. Pour évaluer la validité test-retest, les participants reçoivent un courriel 14 jours après avoir initialement rempli l'ARI, les invitant à la compléter de nouveau.

Mesures. Les échelles suivantes ont été intégrées au protocole pour répondre aux objectifs de développement et de validation de l'ARI :

Internalized Stigma of Mental Illness (ISMI, Ritsher et al., 2003) : L'auto-stigmatisation est évaluée à l'aide de l'ISMI, une échelle auto-rapportée composée de 29 items, chacun évalué sur une échelle allant de 1 « *Pas du tout d'accord* » à 4 « *Tout à fait d'accord* ». Cette échelle mesure cinq dimensions : l'approbation des stéréotypes, l'aliénation, le retrait social, la discrimination expérimentée et la résistance au stigma. Un score élevé reflète un niveau élevé d'auto-stigmatisation. Il est à noter que la dimension de résistance au stigma est

souvent exclue des scores globaux en raison de sa faible corrélation avec les autres dimensions (Firmin et al., 2016). Les analyses de validation de la version originelle de l'échelle indiquent une bonne cohérence interne ainsi qu'une bonne fidélité test-retest (Boyd et al., 2014). Cependant, à notre connaissance, les données de validation de la version française ne sont pas disponibles.

Romantic Relationship Functioning Scale (RRFS, Bonfils et al., 2016 ; Cloutier et al., 2022) : La RRFS évalue le fonctionnement romantique, y compris les difficultés et ressources en lien avec les relations amoureuses. Cette échelle comprend 22 items, mesurés sur une échelle allant de 1 « *Totalement en désaccord* » à 5 « *Totalement en accord* », et se divise en trois sous-échelles : ressources, risques et stigmatisation. Un score total élevé reflète un haut niveau de fonctionnement romantique. Les données de validation de la RRFS indiquent une bonne cohérence interne ainsi qu'une bonne fidélité test-retest (Cloutier et al., 2022).

Self Esteem Rating Scale - Short Form (SERS-SF, Lecomte et al., 2006 ; Nugent & Thomas, 1993) : La SERS-SF est utilisée pour mesurer l'estime de soi. Cette échelle est composée de 20 items, avec des réponses allant de 1 (« *jamais* ») à 7 (« *toujours* »). Un score total élevé reflète un haut niveau d'estime de soi. Validée auprès d'un échantillon francophone de personnes concernées par un trouble psychique, la SERS-SF présente une bonne cohérence interne ainsi qu'une bonne fidélité test-retest (Lecomte et al., 2006).

Les échelles suivantes ont été intégrées au protocole afin d'étudier les facteurs associés à l'auto-stigmatisation.

Accord avec les stéréotypes relatifs aux relations intimes : Une échelle d'évaluation de l'adhésion aux stéréotypes concernant les relations intimes a été développée spécifiquement pour cette étude, en s'appuyant sur les items de l'ARI. Elle est composée de huit items, évalués sur une échelle d'Osgood de 1 à 10. Par exemple, 1 correspond à « *les personnes ayant un trouble psychique ne sont pas capables d'entretenir des relations intimes saines* » et 10 à « *les*

personnes ayant un trouble psychique sont tout à fait capables d'entretenir des relations intimes saines ». Un score élevé sur cette échelle indique un niveau élevé d'adhésion aux stéréotypes.

Discrimination and Stigma Scale (DISC-10, Thornicroft et al., 2009) : Deux items de la DISC-10 ont été intégrés pour évaluer la discrimination vécue et anticipée dans le domaine des relations intimes : « En ce qui concerne vos relations intimes ou sexuelles, avez-vous été traité(e) différemment en raison du diagnostic de vos problèmes de santé mentale ? » et « En raison du diagnostic de vos problèmes de santé mentale, avez-vous mis fin à une relation intime ou à la recherche de celle-ci ? ». Les réponses sont notées sur une échelle allant de -3 « *désavantage important* » à +3 « *avantage important* ».

Identification au groupe : Une échelle évaluant le niveau d'identification au groupe des personnes concernées par un trouble psychique a été spécifiquement développée pour cette étude. Cette échelle s'inspire des travaux de Leach et al. (2008), qui ont identifié cinq dimensions de l'identification au groupe et proposé des items pour évaluer chacune d'elles. Certains de ces items ont été sélectionnés et adaptés à la population étudiée. L'échelle finale comprend 11 items, avec des réponses allant de 1 « *pas du tout d'accord* » à 7 « *tout à fait d'accord* ». Un score élevé reflète une forte identification au groupe des personnes concernées par un trouble psychique.

Valeurs perçues du groupe : Les valeurs perçues du groupe « personnes concernées par un trouble psychique » ont été mesurées à l'aide de deux items tirés de l'étude de Rüschi et al. (2009). Ces items sont évalués sur une échelle d'Osgood allant de 1 « *je pense que les personnes ayant un trouble psychique sont de bonnes personnes/très puissantes* » à 7 « *je pense que les personnes ayant un trouble psychique sont de mauvaises personnes/pas du tout puissantes* ».

2.3. Analyses des données

L'ensemble des analyses seront menées avec le logiciel R.

Validité structurelle. Pour évaluer la validité structurelle de l'outil, des **analyses factorielles exploratoires** seront réalisées. S'agissant du développement d'un nouvel outil, des analyses factorielles exploratoires (AFE) seront menées pour déterminer la validité structurelle hypothétique de l'outil et donc identifier le nombre de facteurs de l'ARI (Boateng et al., 2018). Cette méthode permet également de rendre compte de la saturation de chaque item sur chaque dimension de l'outil. Conformément aux recommandations, un échantillon de 150 à 200 participants est nécessaire pour ces analyses (Boateng et al., 2018 ; Corbière, 2020). Afin de s'assurer de la factorisabilité des données et des items, deux tests seront effectués : le test de sphéricité de Bartlett et le test de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO). Pour être acceptable, le KMO de chaque item doit être égal ou supérieur à 0.70. Étant donné que des corrélations entre les facteurs sont attendues, une analyse factorielle exploratoire (AFE) avec rotation oblique sera effectuée dans un premier temps (Promax, Corbière, 2020 ; Finch, 2020a). Les critères suivants seront pris en compte pour déterminer le nombre de facteurs à extraire : la valeur propre des facteurs (eigenvalue > 1), le scree plot, ainsi que la variance cumulée pour l'ensemble des facteurs (supérieure ou égale à 50 %, Corbière, 2020). En outre, les indices d'ajustement suivants seront pris en considération : un Tucker-Lewis Index (TLI) supérieur à 0.90 indiquera un bon ajustement, un Standardized Root Mean Square Residual (SRMR) inférieur à 0.10, ainsi qu'un Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA) inférieur à 0.05, indiqueront un bon ajustement (Finch, 2020b). Enfin, l'AFE permettra de réduire le nombre d'items : les items dont la saturation factorielle est inférieure à 0.30 ne participent pas suffisamment à la structure factorielle de l'outil et seront retirés des analyses (Boateng et al., 2018 ; Corbière, 2020). La signification théorique et la formulation des items seront également considérées dans l'évaluation de leur pertinence pour l'ARI.

Validité de construit. La validité de construit sera évaluée en calculant les **corrélations** de Spearman entre l'ARI et l'ISMI, la SERS-SF, ainsi que la RRFs. Les hypothèses formulées

pour cette validité sont les suivantes : le score total de l'ARI sera positivement corrélé avec le score des sous-échelles « approbation des stéréotypes », « aliénation », et « retrait social » de l'ISMI ; en revanche, il sera négativement corrélé avec les scores totaux de la SERS-SF et de la RRFS.

Fiabilité. La fiabilité sera évaluée en prenant en compte (1) la **cohérence interne** de l'échelle et (2) la stabilité des résultats dans le temps (**fiabilité test-retest**). Des omégas de McDonald seront calculés pour tester la cohérence interne de l'échelle, ainsi que celle de chaque dimension (Dunn et al., 2014 ; McDonald, 1999). Un coefficient oméga supérieur ou égal à 0.70 est considéré comme acceptable (McDonald, 1999). Pour évaluer la fidélité test-retest, des corrélations intra-classes (ICC) seront calculées. Une valeur d'ICC de 0.70 ou plus est considérée comme acceptable (Koo & Li, 2016 ; Shrout & Fleiss, 1979 ; Terwee et al., 2017).

Modélisation de l'auto-stigmatisation. Afin d'étudier le rôle de la discrimination expérimentée, de l'identification au groupe, de la perception du groupe, ainsi que l'accord avec les stéréotypes dans l'auto-stigmatisation des relations intimes, une analyse de régression linéaire multiple sera réalisée.

3. Résultats

À ce jour, $n = 94$ personnes ont participé au protocole en ligne, un nombre insuffisant pour procéder aux analyses factorielles. Par conséquent, seules des données de validation préliminaires sont présentées (Tableau 6).

Cohérence interne. La cohérence interne de l'ARI est **excellente** (Oméga de McDonald, $\Omega = .94$).

Validité de construit (validité convergente). Les corrélations sont présentées dans le tableau 1. Les résultats sont en accord avec les hypothèses formulées, et suggèrent une **bonne validité convergente**, à l'exception de la sous-échelle de l'ISMI « discrimination expérimentée ». La faible corrélation observée n'est pas surprenante dans la mesure où celle-ci

évalue la stigmatisation vécue, et non internalisée (Fox et al., 2017). Les corrélations de l'ARI avec la SERS, la RRFS ainsi qu'avec les autres dimensions de l'ISMI suggèrent que l'ARI mesure un concept relié, mais non identique (Mokkink et al., 2018 ; Prinsen et al., 2018).

Tableau 5

Corrélation avec le score total ARI

Variable	ρ de Spearman
ISMI ³⁵ total	.55*** ³⁶
ISMI 'alienation'	.46***
ISMI 'discrimination experience'	.23** ³⁷
ISMI 'stereotype endorsement'	.48***
ISMI 'social withdrawal'	.53***
SERS-SF ³⁸	-.46***
RRFS ³⁹	-.44***

Ces résultats préliminaires proviennent de l'analyse de données disponibles et sont fournis à titre indicatif. Des analyses supplémentaires, telles qu'indiquées dans la partie 2.4 (p. 181), seront réalisées après la validation factorielle de la structure de l'ARI.

4. Discussion

L'objectif de cette étude était de **développer** et de **valider** une échelle **d'auto-stigmatisation spécifique au contexte des relations intimes**. Une approche mixte a été adoptée, combinant une méthode qualitative (focus group) et une méthode quantitative (protocole en ligne). À ce jour, en raison des contraintes liées au recrutement des participants, seule la partie qualitative de l'étude, et certaines analyses quantitatives préliminaires ont pu être réalisées. Les focus groups, menés auprès de patients partenaires, avaient pour objectif de faire émerger des croyances relatives aux relations intimes susceptibles d'être internalisées par

³⁵ ISMI = Internalized Stigma of Mental Illness

³⁶ *** $p < .001$.

³⁷ ** $p < .001$

³⁸ SERS-SF = Self-Esteem Rating Scale-Short Form

³⁹ RRFS = Romantic Relationship Functioning Scale

les personnes concernées par un trouble psychique. Cette discussion vise principalement à recontextualiser ces croyances en les situant par rapport à la littérature existante.

4.1.L'internalisation d'un concept de soi intime négatif

L'internalisation d'un '**concept de soi intime**' négatif constitue un thème central des résultats de la présente étude. Cela se traduit notamment par des croyances liées à **une faible estime de soi** « *Je n'ai rien pour plaire à un partenaire* » et un **sentiment d'incompétence** « *Je ne suis pas du tout capable de tenir mes engagements dans mon couple* ». Ces résultats sont en adéquation avec la littérature sur l'auto-stigmatisation, mettant en évidence ses effets délétères sur le concept de soi, et plus précisément sur l'estime de soi et le sentiment d'auto-efficacité des personnes concernées (Corrigan et al., 2016 ; Del Rosal et al., 2021). Plus précisément, ces résultats sont cohérents avec les données qualitatives disponibles dans la littérature, stipulant que les sentiments d'être indésirable, de ne pouvoir être un bon partenaire, ou encore, d'être indigne des relations intimes, sont fréquemment rapportés par les personnes concernées par un trouble psychique sévère (Elkington et al., 2012, 2013 ; Wright et al., 2007). Par exemple, une étude réalisée auprès de 452 personnes concernées par un trouble psychique sévère révèle que 34 à 46 % d'entre elles se perçoivent comme moins attirantes que les autres en raison de leur trouble (Wainberg et al., 2016).

4.2.Craintes d'être rejeté et perte d'espoir

En lien avec l'internalisation d'un tel concept de soi négatif, les personnes concernées anticipent ainsi la possibilité d'être **rejetées par des partenaires potentiels** (Elkington et al., 2012, 2013 ; de Jager et al., 2018). Une étude révèle que 77 % à 80 % des personnes concernées pensent que la plupart des gens ne sont pas intéressés par des relations intimes avec quelqu'un ayant un trouble psychique (Wainberg et al., 2016). Cette croyance se reflète dans les résultats du focus group, par exemple avec l'item « *Les gens ne veulent pas avoir des relations sexuelles avec moi* ». En conséquence, il est fréquent que ces personnes se **résignent** et abandonnent

l'idée de former des relations intimes (Forrester-Jones et al., 2023 ; White et al., 2021). **La perte d'espoir** est également un thème central des résultats de la présente étude : « *Il est impossible pour moi de trouver l'amour* ». L'émergence de cette thématique n'est pas surprenante, compte tenu du lien bien établi entre l'auto-stigmatisation et la perte d'espoir (Del Rosal et al., 2021).

4.3. Imprévisibilité et vulnérabilité

Les croyances associées à la thématique « impression de perte de contrôle » dans notre étude, rappellent les stéréotypes publics **d'imprévisibilité**, de **dangerosité**, fréquemment associées aux personnes concernées par un trouble psychique (e.g., Angermeyer et Dietrich, 2006). De plus, les croyances de la thématique « préoccupation pour sa santé mentale » font écho au stéréotype selon lequel les personnes concernées sont trop **vulnérables** pour former des relations intimes, un stéréotype particulièrement répandu chez les professionnels (Forrester-Jones et al., 2023 ; White et al., 2020). L'internalisation de cette croyance a été mise en évidence dans la littérature (Wright et al., 2007). Cependant, à notre connaissance, aucune étude n'a montré que les stéréotypes de dangerosité et d'imprévisibilité, dans les relations intimes, sont internalisés par les personnes concernées. Néanmoins, certaines recherches suggèrent que ces personnes anticipent de telles croyances chez leurs partenaires potentiels (White et al., 2020 ; Wright et al., 2007).

4.4. 'Managing a Stigmatized Identity'

Pour faire face à l'identité stigmatisée, certaines personnes concernées mettent en place des **stratégies** qui influencent leur investissement dans les relations intimes (Elkington et al., 2012, 2013). Par exemple, en se percevant comme indésirables, certaines estiment n'avoir qu'un choix limité de partenaires et se résignent à accepter n'importe quelle relation (Elkington et al., 2013). Elles préfèrent parfois ne pas exprimer leurs préoccupations relationnelles à leurs partenaires ou continuent de s'engager dans des relations avec des personnes qu'elles

n'apprécient pas réellement (Elkington et al., 2013 ; Mizock et al., 2019). Ces dynamiques se reflètent dans la thématique de l'« investissement dans les relations intimes » de la présente étude, par exemple, à travers l'item « *Je ne peux pas me permettre d'être sélectif.ve dans mon choix de partenaire* ». De plus, par crainte du rejet ou de nuire à leur relation, de nombreuses personnes choisissent de ne pas révéler leur trouble (de Jager et al., 2018 ; Elkington et al., 2012), ou préfèrent dévoiler un diagnostic perçu comme moins stigmatisant (Forrester-Jones et al., 2023). Ces craintes liées au **dévoilement**, mises en évidence dans la présente étude, sont souvent nourries par des expériences antérieures de discrimination suite à la révélation de leur trouble à un partenaire (de Jager et al., 2018). Enfin, la croyance selon laquelle les relations intimes représentent un risque pour la santé mentale, telle que mise en évidence dans la thématique « préoccupation pour sa santé mentale », peut également amener les personnes concernées à s'éloigner de ce domaine et à privilégier d'autres aspects de leur vie, parfois au détriment de leurs propres désirs (Mizock et al., 2019 ; Wright et al., 2007).

4.5.Limites et avantages

Cette étude fournit des données originales sur les croyances stéréotypées susceptibles d'être internalisées par les personnes concernées par un trouble psychique sévère. Elle a en effet permis d'identifier de **multiples croyances** dont certaines n'étaient pas encore recensées dans la littérature existante. L'un des principaux atouts de cette recherche réside dans la collaboration avec des **patients partenaires**, dont le savoir expérientiel garantit une fidélité accrue aux vécus des personnes concernées. De plus, cette approche favorise l'accessibilité et la compréhensibilité des items générés pour la population cible (Lasalvia et al., 2024). En outre, certaines croyances identifiées dans cette étude sont en adéquation avec les témoignages des personnes rapportés dans les études qualitatives existantes, et sont cohérents avec la littérature sur l'auto-stigmatisation en générale, ainsi que ces conséquences. Cela est en faveur d'une **bonne validité de contenu** pour l'outil en cours de développement. Les analyses quantitatives

préliminaires suggèrent également une **excellente cohérence interne** ainsi qu'une **validité convergente** avec d'autres échelles mesurant des concepts reliés tels que l'auto-stigmatisation (ISMI) et l'estime de soi (RRFS-SF).

Cette étude présente certaines limites. La première concerne la validité de contenu de l'outil développé. Il est en effet recommandé de solliciter un groupe de 5 à 7 experts pour évaluer la pertinence des items en fonction des objectifs de l'outil. La participation de plusieurs juges permet non seulement de quantifier cette validité de contenu, par exemple en mesurant le degré d'accord entre les juges, mais aussi d'appliquer des méthodes éprouvées dans le développement d'outils, telles que la **méthode Delphi** (Boateng et al., 2018). Dans le cadre de cette étude, un seul expert a été inclus à cette étape, ce qui peut limiter la robustesse de l'évaluation. De plus, l'utilisation **d'interviews cognitives** est aujourd'hui largement recommandée dans le développement d'outils. Cette méthode consiste à administrer l'outil à des membres du public cible (c'est-à-dire les personnes concernées) et à leur demander de verbaliser le processus mental qu'ils suivent pour répondre aux questions. Cela permet de s'assurer que les questions sont bien comprises comme prévu et qu'elles capturent fidèlement l'expérience des répondants (Boateng et al., 2018). L'absence d'interviews cognitives dans le processus de développement de l'outil représente donc une autre limite de cette étude.

5. Conclusion et implications

Implications cliniques. Cette étape préliminaire permet de mettre en lumière les croyances stéréotypées susceptibles d'être internalisées par les personnes concernées par un trouble psychique. Ainsi, ces premiers résultats offrent déjà aux professionnels la possibilité de **reconnaître ces croyances** chez les personnes qu'ils accompagnent, et d'en appréhender l'impact potentiel sur leurs relations intimes. À terme, cette étude aboutira à la **création** et à la **validation** d'une échelle destinée à évaluer l'auto-stigmatisation dans les relations intimes. Les **professionnels** disposeront ainsi d'un **outil** pour identifier ces croyances qui peuvent constituer

un obstacle majeur au développement des relations intimes (de Jager et al., 2018 ; Elkington et al., 2013 ; Wright et al., 2007). Enfin, en identifiant les facteurs associés à l’auto-stigmatisation dans le contexte des relations intimes, cette étude permettra également de dégager des **leviers pour la réduire**.

Implications pour INTIMate : Les objectifs du programme INTIMate sont de (1) fournir des données empiriques relatives aux relations intimes des personnes concernées par un trouble psychique, afin de (2) améliorer leur accompagnement dans ce domaine. Cette étude s’inscrit pleinement dans les objectifs du programme INTIMate. En effet, elle met en lumière un processus jusqu’à présent très peu étudié : l’auto-stigmatisation dans les relations intimes. L’étude approfondie de ce processus enrichit la **compréhension des restrictions de participation** auxquelles sont confrontées les personnes concernées. De plus, la mise en évidence des **leviers de l’auto-stigmatisation** offre aux professionnels des perspectives pour soutenir les personnes qui s’auto-stigmatisent. Enfin, cette étude **fournit un outil original** aux professionnels, contribuant ainsi à améliorer l’accompagnement. En effet, le manque d’outils existant dans ce domaine (Cloutier et al., 2022) est fréquemment cité par les professionnels comme un obstacle à un accompagnement efficace dans ce domaine (Berger-Merom et al., 2021 ; Urry et al., 2022).

Références

- 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>
- Berger-Merom, R., Zisman-Ilani, Y., Jones, N., & Roe, D. (2021). Addressing sexuality and intimate relations in community mental health services for people with serious mental illness : A qualitative study of mental health practitioners' experiences. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 45(2), 170-175. <https://doi.org/10.1037/prj0000506>
- Boateng, G. O., Neilands, T. B., Frongillo, E. A., Melgar-Quiñonez, H. R., & Young, S. L. (2018). Best Practices for Developing and Validating Scales for Health, Social, and Behavioral Research : A Primer. *Frontiers in Public Health*, 6. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2018.00149>
- Boyd, J. E., Adler, E. P., Otilingam, P. G., & Peters, T. (2014). Internalized Stigma of Mental Illness (ISMI) Scale : A multinational review. *Comprehensive Psychiatry*, 55(1), 221-231. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2013.06.005>
- Branscombe, N. R., Schmitt, M. T., & Harvey, R. D. (1999). Perceiving pervasive discrimination among African Americans : Implications for group identification and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 77(1), 135-149. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.77.1.135>
- 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. *Schizophrenia Research*, 122(1), 232-238. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2010.02.1065>
- Caiada, M., Valery, K.-M., Felix, S., Guionnet, S., Tison, E., Gonin, M., Bonilla-Guerrero, J., Destailhats, J.-M., Pillaud, N., & Prouteau, A. (s. d.). Stigmatizing intimate relationships in schizophrenia : A study comparing mental health professionals, health students and the

general population. *Journal of Mental Health*, 0(0), 1-11.

<https://doi.org/10.1080/09638237.2024.2390378>

Cloutier, B., Diotte, F., Murphy, C., Roy, M.-A., Abdel-Baki, A., Lepage, M., & Lecomte, T.

(2022). Evaluating romantic and sexual functioning among persons with psychosis :

Reliability and validity of two measures. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 46(3), 265.

<https://doi.org/10.1037/prj0000544>

Cloutier, B., Francoeur, A., Samson, C., Ghostine, A., & Lecomte, T. (2020). Romantic

relationships, sexuality, and psychotic disorders : A systematic review of recent findings.

Psychiatric Rehabilitation Journal, 41(1), 22. <https://doi.org/10.1037/prj0000409>

Corbière, M. (2020). Les analyses factorielles exploratoires et confirmatoires : Illustration à l'aide

de données recueillies sur l'estime de soi en tant que travailleur. In *Méthodes qualitatives, quantitatives et mixtes : Dans la recherche en sciences humaines, sociales et de la santé*.

Presses de l'Université du Québec.

Correll, J., & Park, B. (2005). A Model of the Ingroup as a Social Resource. *Personality and*

Social Psychology Review, 9(4), 341-359. https://doi.org/10.1207/s15327957pspr0904_4

Corrigan, P. W., Bink, A. B., Schmidt, A., Jones, N., & Rüsch, N. (2016). What is the impact of

self-stigma? Loss of self-respect and the “why try” effect. *Journal of Mental Health*, 25(1),

10-15. <https://doi.org/10.3109/09638237.2015.1021902>

Corrigan, P. W., Nieweglowski, K., & Sayer, J. (2019). Self-stigma and the mediating impact of

the “why try” effect on depression. *Journal of Community Psychology*, 47(3), 698-705.

<https://doi.org/10.1002/jcop.22144>

Corrigan, P. W., Rafacz, J., & Rüsch, N. (2011). Examining a Progressive Model of Self-Stigma

and its Impact on People with Serious Mental Illness. *Psychiatry research*, 189(3), 339-343.

<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2011.05.024>

- Corrigan, P. W., & Watson, A. C. (2002). The paradox of self-stigma and mental illness. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9(1), 35-53. <https://doi.org/10.1093/clipsy.9.1.35>
- Crabtree, J. W., Haslam, S. A., Postmes, T., & Haslam, C. (2010). Mental Health Support Groups, Stigma, and Self-Esteem : Positive and Negative Implications of Group Identification. *Journal of Social Issues*, 66(3), 553-569. <https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.2010.01662.x>
- Cruwys, T., & Gunaseelan, S. (2016). “Depression is who I am” : Mental illness identity, stigma and wellbeing. *Journal of Affective Disorders*, 189, 36-42. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.09.012>
- de Jager, J., Cirakoglu, B., Nugter, A., & Van Os, J. (2017). Intimacy and its barriers : A qualitative exploration of intimacy and related struggles among people diagnosed with psychosis. *Psychosis*, 9(4), 301-309. <https://doi.org/10.1080/17522439.2017.1330895>
- de Jager, J., van Greevenbroek, R., Nugter, A., & van Os, J. (2018). Sexual Expression and It’s Determinants, in People Diagnosed with Psychotic Disorders. *Community Mental Health Journal*, 54(7), 1082-1088. <https://doi.org/10.1007/s10597-018-0285-1>
- Del Rosal, E., González-Sanguino, C., Bestea, S., Boyd, J., & Muñoz, M. (2021). Correlates and consequences of internalized stigma assessed through the Internalized Stigma of Mental Illness Scale for people living with mental illness : A scoping review and meta-analysis from 2010. *Stigma and Health*, 6(3), 324-334. <https://doi.org/10.1037/sah0000267>
- Dunn, T. J., Baguley, T., & Brunsten, V. (2014). From alpha to omega : A practical solution to the pervasive problem of internal consistency estimation. *British Journal of Psychology*, 105(3), 399-412. <https://doi.org/10.1111/bjop.12046>
- Elkington, K. S., Hackler, D., McKinnon, K., Borges, C., Wright, E. R., & Wainberg, M. L. (2012). Perceived Mental Illness Stigma Among Youth in Psychiatric Outpatient Treatment. *Journal of Adolescent Research*, 27(2), 290-317. <https://doi.org/10.1177/0743558411409931>

- Elkington, K. S., Hackler, D., Walsh, T. A., Latack, J. A., McKinnon, K., Borges, C., Wright, E. R., & Wainberg, M. L. (2013). Perceived mental illness stigma, intimate relationships and sexual risk behavior in youth with mental illness. *Journal of adolescent research*, 28(3), 378-404. <https://doi.org/10.1177/0743558412467686>
- Fernández Vega, D., Grandón, P., López Angulo, Y., Vielma-Aguilera, A., & Peñate, W. (2022). Systematic Review of Explanatory Models of Internalized Stigma in People Diagnosed with a Mental Disorder. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 20. <https://doi.org/10.1007/s11469-022-00836-8>
- Finch, W. H. (2020a). *Exploratory Factor Analysis*. SAGE Publications, Inc. <https://doi.org/10.4135/9781544339900>
- Finch, W. H. (2020b). Using Fit Statistic Differences to Determine the Optimal Number of Factors to Retain in an Exploratory Factor Analysis. *Educational and Psychological Measurement*, 80(2), 217-241. <https://doi.org/10.1177/0013164419865769>
- Firmin, R. L., Luther, L., Lysaker, P. H., Minor, K. S., & Salyers, M. P. (2016). Stigma resistance is positively associated with psychiatric and psychosocial outcomes : A meta-analysis. *Schizophrenia Research*, 175(1-3), 118-128. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2016.03.008>
- Forrester-Jones, R., Dixon, J., & Jaynes, B. (2023). Exploring romantic need as part of mental health social care practice. *Disability & Society*, 0(0), 1-23. <https://doi.org/10.1080/09687599.2023.2222900>
- Fox, A. B., Earnshaw, V. A., Taverna, E. C., & Vogt, D. (2017). Conceptualizing and measuring mental illness stigma : The mental illness stigma framework and critical review of measures. *Stigma and Health*, 3, 348-376. <https://doi.org/10.1037/sah0000104>
- Koo, T. K., & Li, M. Y. (2016). A Guideline of Selecting and Reporting Intraclass Correlation Coefficients for Reliability Research. *Journal of Chiropractic Medicine*, 15(2), 155-163. <https://doi.org/10.1016/j.jcm.2016.02.012>

- Lasalvia, A., Pillan, S., Marzocco, G., Ambrosini, A., Veltro, F., Pozzan, T., D'Astore, C., Cristofalo, D., Ruggeri, M., Bonetto, C., & Aperto', the M. H. S. U. A. 'Il C. (2023). Development and validation of a new standardized measure for assessing experiences of discrimination within mental health services. A participatory research project. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 32, e54. <https://doi.org/10.1017/S2045796023000689>
- Leach, C. W., Van Zomeren, M., Zebel, S., Vliek, M. L. W., Pennekamp, S. F., Doosje, B., Ouwerkerk, J. W., & Spears, R. (2008). Group-level self-definition and self-investment : A hierarchical (multicomponent) model of in-group identification. *Journal of Personality and Social Psychology*, 95(1), 144-165. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.95.1.144>
- Lecomte, T., Corbière, M., & Laisné, F. (2006). Investigating self-esteem in individuals with schizophrenia : Relevance of the Self-Esteem Rating Scale-Short Form. *Psychiatry Research*, 143(1), 99-108. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2005.08.019>
- Livingston, J. D., & Boyd, J. E. (2010). Correlates and consequences of internalized stigma for people living with mental illness : A systematic review and meta-analysis. *Social Science & Medicine*, 71(12), 2150-2161. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.09.030>
- McDonald, R. P. (1999). *Test Theory : A Unified Treatment*. Psychology Press. <https://doi.org/10.4324/9781410601087>
- Mizock, L., La Mar, K., DeMartini, L., & Stringer, J. (2019). Relational Resilience : Intimate and Romantic Relationship Experiences of Women with Serious Mental Illness. *Journal of Relationships Research*, 10, 5. <https://doi.org/10.1017/jrr.2019.2>
- Mokkink, L. B., Prinsen, C. A., Patrick, D. L., Alonso, J., Bouter, L. M., de Vet, H. C., & Terwee, C. B. (2018). *COSMIN methodology for systematic reviews of Patient-Reported Outcome Measures (PROMs)*.

- Nugent, W. R., & Thomas, J. W. (1993). Validation of a Clinical Measure of Self-Esteem. *Research on Social Work Practice, 3*(2), 191-207. <https://doi.org/10.1177/104973159300300205>
- Prinsen, C. a. C., Mokkink, L. B., Bouter, L. M., Alonso, J., Patrick, D. L., de Vet, H. C. W., & Terwee, C. B. (2018). COSMIN guideline for systematic reviews of patient-reported outcome measures. *Quality of Life Research: An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care and Rehabilitation, 27*(5), 1147-1157. <https://doi.org/10.1007/s11136-018-1798-3>
- Rüsch, N., Corrigan, P. W., Wassel, A., Michaels, P., Olschewski, M., Wilkniss, S., & Batia, K. (2009). Ingroup perception and responses to stigma among persons with mental illness. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 120*(4), 320-328. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2009.01403.x>
- Sarisoy, G., Kaçar, Ö. F., Pazvantoglu, O., Korkmaz, I. Z., Öztürk, A., Akkaya, D., Yılmaz, S., Böke, Ö., & Sahin, A. R. (2013). Internalized stigma and intimate relations in bipolar and schizophrenic patients : A comparative study. *Comprehensive Psychiatry, 54*(6), 665-672. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2013.02.002>
- Shrout, P. E., & Fleiss, J. L. (1979). Intraclass correlations : Uses in assessing rater reliability. *Psychological Bulletin, 86*(2), 420-428. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.86.2.420>
- Terwee, C. B., Prinsen, C. a. C., Chiarotto, A., Westerman, M. J., Patrick, D. L., Alonso, J., Bouter, L. M., de Vet, H. C. W., & Mokkink, L. B. (2017). COSMIN methodology for evaluating the content validity of patient-reported outcome measures : A Delphi study. *Quality of Life Research: An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care and Rehabilitation, 27*(5), 1159-1170. <https://doi.org/10.1007/s11136-018-1829-0>

- Urry, K., Chur-Hansen, A., & Khaw, C. (2022). 'It's Not Really a Part of Standard Practice' : Institutional Silencing of Sexuality Within Australian Mental Health Settings. *Qualitative Health Research*, 32(3), 543-555. <https://doi.org/10.1177/10497323211061340>
- Wainberg, M. L., Cournos, F., Wall, M. M., Norcini Pala, A., Mann, C. G., Pinto, D., Pinho, V., & McKinnon, K. (2016). Mental illness sexual stigma : Implications for health and recovery. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 39(2), 90-96. <https://doi.org/10.1037/prj0000168>
- Watson, A. C., Corrigan, P., Larson, J. E., & Sells, M. (2007). Self-Stigma in People With Mental Illness. *Schizophrenia Bulletin*, 33(6), 1312-1318. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbl076>
- White, R., Haddock, G., & Varese, F. (2020). Supporting the intimate relationship needs of service users with psychosis : What are the barriers and facilitators? *Journal of Mental Health*, 29(3), 314-320. <https://doi.org/10.1080/09638237.2019.1608928>
- White, R., Haddock, G., Varese, F., & Haarmans, M. (2021). "Sex isn't everything" : Views of people with experience of psychosis on intimate relationships and implications for mental health services. *BMC Psychiatry*, 21(1), 307. <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03262-7>
- Wright, E. R., Wright, D. E., Perry, B. L., & Foote-Ardah, C. E. (2007). Stigma and the Sexual Isolation of People with Serious Mental Illness. *Social Problems*, 54(1), 78-98. <https://doi.org/10.1525/sp.2007.54.1.78>
- Yanos, P. T., Lucksted, A., Drapalski, A. L., Roe, D., & Lysaker, P. (2015). Interventions Targeting Mental Health Self-Stigma : A Review and Comparison. *Psychiatric rehabilitation journal*, 38(2), 171-178. <https://doi.org/10.1037/prj0000100>
- Yanos, P. T., Roe, D., Markus, K., & Lysaker, P. H. (2008). Pathways Between Internalized Stigma and Outcomes Related to Recovery in Schizophrenia Spectrum Disorders. *Psychiatric Services*, 59(12), 1437-1442. <https://doi.org/10.1176/ps.2008.59.12.1437>
- Yu, B. C. L., Chio, F. H. N., Mak, W. W. S., Corrigan, P. W., & Chan, K. K. Y. (2021). Internalization process of stigma of people with mental illness across cultures : A meta-

analytic structural equation modeling approach. *Clinical Psychology Review*, 87, 102029.

<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2021.102029>

Partie 3 : Discussion

Cette partie est consacrée à la synthèse et à la discussion des résultats. Les implications cliniques du travail, ainsi que des perspectives de recherche futures seront présentées. Enfin, les résultats seront considérés à la lumière des paradigmes de la santé mentale.

1. Cadre du travail doctoral : Le programme INTIMate

Ce travail doctoral a été réalisé dans le cadre du programme de recherche INTIMate, dont l'objectif est de promouvoir les relations intimes des personnes concernées par un trouble psychique. Plus précisément, il vise à : (1) fournir des données empiriques relatives aux relations intimes des personnes concernées, afin d' (2) améliorer leur accompagnement dans ce domaine. Initialement, ce programme comportait donc deux phases : une première dédiée au développement des connaissances relatives aux relations intimes et à leur accompagnement, et une seconde axée sur l'élaboration de ressources concrètes, à destination des acteurs de terrain. Le **Comité de Pilotage** du programme INTIMate a cependant souligné l'importance d'une **troisième phase**, consacrée à la communication et à la valorisation des résultats de manière large, c'est-à-dire à destination de tous les acteurs concernés par la thématique.

2. Synthèse des résultats et implications pour la pratique

2.1. Phase 1 : Développement des connaissances relatives aux relations intimes et à leur accompagnement

2.1.1. 'INTIMate Review' : Promoting Intimate Relationships in Mental Illness: A Systematic Review of Interventions

Synthèse des résultats. Une revue systématique de la littérature a été menée afin d'identifier, dans la littérature scientifique, les interventions promouvant les relations intimes des personnes concernées par un trouble psychique sévère. Sur la base des critères d'inclusion, seules 11 études ont été retenues, révélant ainsi un intérêt limité pour cette thématique dans la recherche actuelle. Il est à noter que la majorité des interventions recensées concernent des

thérapies de couple et les troubles dépressifs. Au moment de l'étude, **une seule intervention** était destinée aux personnes célibataires souhaitant développer une relation amoureuse (Hache-Labelle et al., 2021). Ce constat est particulièrement **surprenant** compte tenu des **besoins exprimés** par les personnes concernées dans le domaine des relations intimes (Cloutier et al., 2020 ; Dubreucq et al., 2023 ; Kageyama et al., 2023 ; Thornicroft et al., 2004 ; White et al., 2021).

Implications cliniques. Cette revue fournit aux professionnels une **synthèse** des **interventions disponibles** et documentées dans la littérature scientifique. Elle leur permet également de prendre connaissance de la qualité de ces interventions et de les situer dans une perspective de **pratique basée sur la preuve** (APA, 2006). En effet, lorsqu'elles sont rigoureusement validées par des études empiriques, les interventions psychosociales constituent des outils pertinents pour répondre efficacement aux besoins des personnes concernées (Lecomte et al., 2014). De plus, la revue systématique « constitue une méthode de choix pour formuler des recommandations de meilleures pratiques dans un domaine de santé en particulier » (Bertrand et al., 2020, p. 308). Dans ce cadre, des instances telles que la Haute Autorité de Santé peuvent exploiter les résultats de cette revue pour élaborer des recommandations de bonnes pratiques à destination des professionnels (Haute Autorité de Santé, 2022).

Implications pour le programme INTIMate. Dans une perspective de pratique basée sur les preuves, cette revue de la littérature souligne la nécessité de fournir aux professionnels des ressources supplémentaires, **scientifiquement validées**, pour accompagner les personnes concernées dans le domaine des relations intimes (Tennille et al., 2022). Il apparaît ainsi indispensable d'approfondir la compréhension du phénomène de **restriction de participation**, afin d'identifier les **leviers** permettant de le surmonter et ainsi, de concevoir des ressources

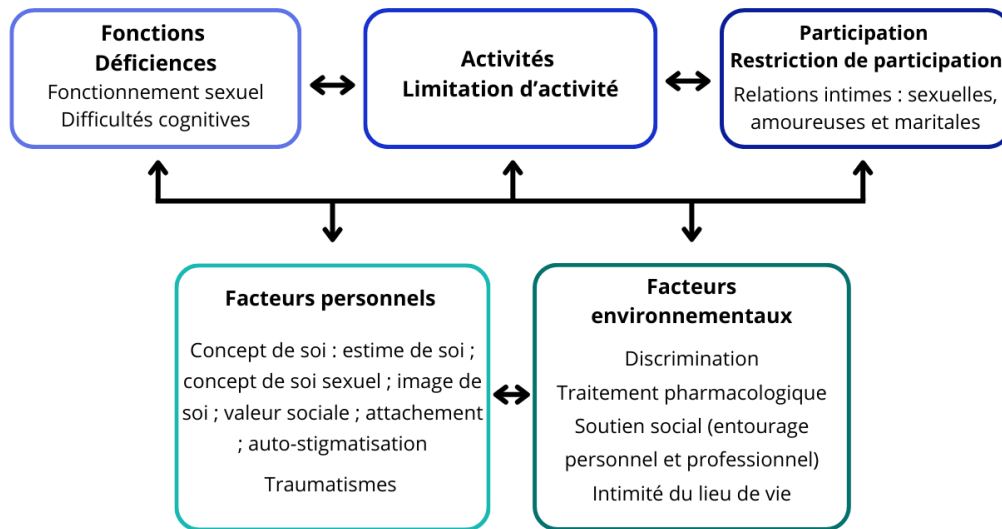
efficaces pour y remédier. Le programme INTIMate s'est donc orienté vers l'étude des facteurs obstacles et facilitateurs des relations intimes.

2.1.2. *'INTIMate Factors': Obstacles and Facilitators of Intimate Relationships: an Exploratory Study in Schizophrenia and the General Population*

Synthèse des résultats. La seconde étude avait pour objectif de caractériser la pertinence et l'impact des facteurs personnels, des facteurs environnementaux et des déficiences sur les relations intimes des personnes concernées par une schizophrénie, ainsi que des personnes issues de la population générale. Les résultats de cette étude soulignent **l'importance**, pour les deux groupes, des facteurs personnels liés à **l'identité** : une représentation positive de soi est perçue comme facilitatrice des relations intimes, alors qu'une représentation négative de soi est perçue comme un obstacle. Toutefois, les résultats mettent en lumière certaines disparités entre les deux groupes. En effet, les personnes issues de la **population générale** sont fréquemment confrontées à des facteurs perçus comme **facilitateurs** des relations intimes, tels que l'intimité du logement, le soutien social et l'estime de soi sexuelle. À l'inverse, les personnes concernées par une **schizophrénie** sont fréquemment confrontées à facteurs perçus comme des **obstacles** aux relations intimes, tels que les expériences traumatisantes, l'auto-stigmatisation, la discrimination, les difficultés cognitives, le traitement pharmacologique. Enfin, cette étude met en évidence le **rôle crucial des facteurs environnementaux** dans la participation sociale au domaine des relations intimes. La figure 1 propose une synthèse des résultats de l'étude 2 *'INTIMate Factors'*.

Figure 1

Synthèse des résultats de l'étude 2 'INTIMate Factors'



Implications cliniques. L'accompagnement des relations intimes consiste à soutenir les personnes concernées dans leurs projets, souhaits et aspirations dans ce domaine de la vie. Dans le cadre du modèle de la CIF, il s'agit de soutenir la transformation d'une situation de restriction de participation en une situation de participation sociale (OMS, 2001). Dans cette perspective, cette étude présente plusieurs implications pour l'accompagnement des relations intimes.

Évaluation de la situation. L'évaluation des situations de handicap (ici, de restriction de participation dans le domaine des relations intimes) est une étape indispensable pour fournir un accompagnement de qualité (Prouteau et al., 2016). En mettant en lumière les facteurs (déficiences, facteurs personnels, facteurs environnementaux) qui entravent ou facilitent les relations intimes, cette étude permet d'orienter les professionnels quant aux éléments essentiels à prendre en compte dans le cadre d'un accompagnement aux relations intimes.

Importance de l'environnement. Les résultats de cette étude soulignent l'importance des facteurs environnementaux, tels que la discrimination, dans les relations intimes des personnes concernées. Ce constat implique pour les professionnels d'aller au-delà des seuls

facteurs individuels (comme les déficiences et les facteurs personnels) pour adopter une **approche holistique** dans leur démarche d'accompagnement.

Cibles et leviers de l'accompagnement. En fonction de leur impact, les facteurs identifiés au cours de l'étude constituent des leviers ou des cibles d'accompagnement. Les professionnels sont ainsi encouragés à exploiter les facteurs facilitateurs comme des leviers pour promouvoir les relations intimes. Inversement, ils peuvent chercher à limiter ou éliminer les facteurs obstacles afin de réduire leur impact négatif sur les relations intimes des personnes qu'ils accompagnent. Ces données quantitatives confirment plus avant l'importance de facteurs ayant pour certains déjà été évoqués dans de précédentes études qualitatives. Par exemple, il s'agit de **favoriser le développement d'une identité positive** en valorisant les forces de la personne (par exemple, ses qualités en tant que partenaire), en soutenant les rôles sociaux qu'elle souhaite investir, tels que ceux de conjoint(e), amant(e) ou partenaire sexuel(le), ou en réduisant l'auto-stigmatisation dans ce domaine de la vie (Deegan, 1999 ; Forrester-Jones & Barnes., 2008 ; Le Boutillier et al., 2011). Des stratégies peuvent également être mises en place pour **faire face aux difficultés de cognition sociale**, facilitant ainsi les interactions sociales avec un potentiel partenaire (Van Sant et al., 2012). Par ailleurs, les **facteurs environnementaux** constituent en eux-mêmes des cibles et des leviers à part entière. Par exemple, un moyen de **réduire l'impact de la discrimination** sur les relations intimes pourrait être de travailler sur la question du dévoilement de son trouble et des stratégies de ce dévoilement (Cloutier et al., 2023 ; Dubreucq et al., 2021). En outre, **soutenir l'accès à un logement** propice à la vie relationnelle intime apparaît un aspect essentiel de l'accompagnement.

Penser les interactions entre les facteurs. Les résultats de cette étude invitent les professionnels à penser les interactions entre ces facteurs. Cela inclut les interactions entre les déficiences et les facteurs contextuels, ainsi qu'entre les facteurs personnels et

environnementaux. En effet, il peut être difficile pour une personne de concevoir et de mettre en place des stratégies pour réduire l'impact de la discrimination si elle est confrontée à des difficultés de cognition sociale (par exemple en théorie de l'esprit, Etchepare et al., 2019). De même, pour cibler les dysfonctionnements sexuels, il est impératif de considérer l'impact des traitements (Montejo et al., 2018). Enfin, il apparaît crucial de prendre en compte le rôle de la stigmatisation publique dans le développement des obstacles personnels, tels que l'auto-stigmatisation, ou encore le concept de soi sexuel (e.g., Elkington et al., 2013).

Pour résumer, ces résultats sont en faveur d'un accompagnement holistique des relations intimes, prenant en compte à la fois les spécificités **individuelles** et les **contextes** dans lesquels la personne évolue. La diversité des facteurs qui influencent la participation sociale et leurs potentielles interactions dans ce domaine soulignent également la pertinence d'une **collaboration** entre les professionnels de différentes disciplines.

Implications pour le programme INTIMate. En caractérisant les facteurs perçus comme des obstacles et des facilitateurs par les personnes concernées par une schizophrénie, cette étude contribue à une meilleure compréhension des **inégalités de participation** auxquelles elles sont confrontées. Parmi ces facteurs, la stigmatisation émerge comme un obstacle particulièrement significatif, se manifestant sous deux formes : la **stigmatisation publique** et **l'auto-stigmatisation**, auxquelles les personnes concernées sont fréquemment confrontées. Fort de ces observations, le programme INTIMate a orienté ses recherches vers une étude approfondie de la stigmatisation dans les relations intimes.

























2.1.3. INTIMate Stigma : Stigmatization of Intimate Relationships in Schizophrenia: a Study Comparing Mental Health Professionals, Health Students and the General Population




Synthèse des résultats. La troisième étude de ce programme, '*INTIMate Stigma*', avait pour objectif d'identifier les stéréotypes relatifs aux relations intimes des personnes concernées

par une schizophrénie, auprès des professionnels, des étudiants en santé et de la population générale. L'étude visait également à explorer les effets de divers facteurs associés à ces stéréotypes. La première partie de l'étude (i.e., méthode qualitative de type focus group) a conduit à l'identification des stéréotypes perçus par les personnes concernées, à l'égard de leurs relations intimes. Les résultats de la seconde partie de l'étude (i.e., enquête quantitative) montrent que la **population générale**, les **étudiants** en santé et les **professionnels** de santé **adhèrent** à la **majorité de ces stéréotypes** (décrits dans la Figure 2).

Figure 2

Stéréotypes identifiés auprès de la population générale, des professionnels et des étudiants lors de l'étude 3 'INTIMate Stigma'

Stéréotypes	Groupes adhérant aux stéréotypes
Les personnes concernées par une schizophrénie ne sont pas capables d'entretenir des relations intimes de bonne qualité	  
Les projets de couple (mariage, enfant) des personnes concernées par une schizophrénie sont irréalisables	  
Les personnes concernées par une schizophrénie ne maîtrisent pas leurs émotions	  
Les personnes concernées par une schizophrénie ne sont pas compétentes pour prendre des décisions concernant leurs relations intimes	  
Les personnes concernées par une schizophrénie n'ont pas besoin de relations intimes	  
Les relations intimes ont des conséquences négatives sur la santé mentale des personnes concernées par une schizophrénie	  
Les personnes concernées par une schizophrénie ne sont pas attirantes	  
Les personnes concernées par une schizophrénie sont violentes envers leur partenaire	 
Les personnes concernées par une schizophrénie ne sont pas manipulatrices	

 Population générale
 Professionnels
 Étudiants

Comparativement aux deux autres groupes, les **professionnels** de santé **adhèrent moins** à certains stéréotypes et, dans certains cas, n'y adhèrent pas du tout. Par exemple, ils n'adhèrent pas au stéréotype selon lequel les personnes concernées une schizophrénie sont violentes envers leur partenaire. Enfin, certains facteurs associés à ces stéréotypes ont pu être identifiés, et

concernent notamment les croyances théoriques liées aux troubles psychiques. Ainsi, la **croyance en la possibilité de se rétablir**, la croyance en l'existence d'un **continuum** entre les personnes concernées par une schizophrénie et la « population générale », et la **perception de similitudes** entre soi et les personnes concernées par une schizophrénie, sont associées à un moindre niveau de stigmatisation. En revanche, les **croyances catégorielles**, sont associées à un plus haut niveau de stigmatisation.

Implications cliniques. Cette étude permet de sensibiliser les professionnels et futurs professionnels aux enjeux de la stigmatisation relative aux relations intimes des personnes concernées par une schizophrénie. Tout d'abord, elle **informe les professionnels** quant aux stéréotypes auxquels les personnes qu'ils accompagnent sont susceptibles d'être confrontées. De plus, elle offre aux professionnels l'opportunité **d'identifier leurs propres stéréotypes** et de réfléchir à leur impact dans les pratiques cliniques. Cette étude permet également aux personnes concernées de **reconnaître les stéréotypes** auxquels elles font face dans leur vie quotidienne. Dans le cadre d'une relation d'accompagnement, les professionnels et les personnes concernées peuvent ainsi **collaborer** pour élaborer des stratégies visant à **atténuer l'impact** de ces stéréotypes sur la participation sociale. Enfin, en mettant en lumière les stéréotypes à cibler ainsi que les facteurs qui peuvent être mobilisés pour les déconstruire (i.e., des leviers 'anti-stigma'), cette étude offre des bases solides pour le développement de **formations** et **d'interventions** visant à réduire la stigmatisation des relations intimes. À l'instar des recommandations établies sur la base de données empiriques, les résultats de cette étude soutiennent le développement d'une formation qui met en avant les **similitudes** entre les individus et qui promeut le **rétablissement** des personnes concernées. Ils plaident également pour une approche en **continuum** de la santé mentale, plutôt qu'une approche **catégorielle** (Corrigan et al., 2016 ; Lebowitz & Appelbaum, 2019 ; Lien et al., 2021 ; Read et al., 2013 ; Read & Harper, 2022 ; Violeau et al., 2020).

Implications pour le programme INTIMate. En décrivant les stéréotypes associés aux relations intimes, cette étude contribue à une meilleure compréhension du processus de stigmatisation et de son impact sur les relations intimes (e.g., de Jager et al., 2018 ; White et al., 2021). En effet, l'identification de ces stéréotypes permet de formuler des hypothèses sur leurs **répercussions comportementales** (Cuddy et al., 2007, 2008). Par exemple, les stéréotypes d'incompétence pourraient favoriser des **pratiques paternalistes** chez les **professionnels** de santé (White et al., 2020, 2021). Ces mêmes stéréotypes, associés au stéréotype de dangerosité, pourraient également jouer un rôle dans le **rejet par des partenaires** potentiels (Boysen, 2022 ; Boysen et al., 2019). Plus largement, cette étude fournit des données pertinentes pour le développement de nouvelles ressources destinées aux professionnels (e.g., interventions anti-stigmatisation, formations), pouvant ainsi contribuer à améliorer l'accompagnement des relations intimes (Tennille et al., 2022 ; Urry et al., 2022). Enfin, ces résultats soulignent l'importance de poursuivre les recherches sur la stigmatisation dans ce domaine, y compris l'auto-stigmatisation. En effet, des études antérieures suggèrent que ces stéréotypes pourraient être internalisés par les personnes concernées, contribuant ainsi aux difficultés qu'elles rencontrent (Elkington et al., 2013 ; Watson & Corrigan, 2007 ; Wright et al., 2007).

Synthèse de la phase 1. Ces trois études ont produit des données empiriques originales sur les relations intimes des personnes concernées et leur accompagnement. En caractérisant les **facteurs obstacles** et **facilitateurs** et en mettant en évidence la **stigmatisation publique** associée aux relations intimes, ces données contribuent à comprendre comment le phénomène de restriction de participation dans ce domaine émerge et se maintient. De plus, en soulignant le **manque d'interventions** ciblées, le manque d'outils **validés** dont disposent les professionnels et les stéréotypes qu'ils peuvent véhiculer, ces études permettent également de mieux comprendre les insuffisances et l'inadéquation de l'accompagnement des relations intimes, tel que présenté dans l'introduction. Bien que ces travaux ne permettent pas d'améliorer

directement l'accompagnement des relations intimes, les résultats fournissent des perspectives pour y parvenir : en mettant à disposition des professionnels une **synthèse des interventions** existantes, en **identifiant** des **leviers** et des **cibles** pour l'accompagnement, et en mettant en évidence de potentielles **stratégies anti-stigmatisation**. La deuxième phase de ce programme de recherche a été conçue pour améliorer plus directement l'accompagnement des relations intimes en fournissant aux professionnels des ressources concrètes.

2.2.Phase 2 : Développement de ressources

2.2.1. Étude 4 : L'auto-stigmatisation dans les relations intimes : développement et validation d'une échelle d'évaluation

Synthèse des résultats. Cette étude, toujours en cours, a pour but de développer et de valider une échelle d'évaluation de l'auto-stigmatisation dans les relations intimes, à destination des personnes concernées par un trouble psychique sévère. Afin de développer cette échelle, des focus group ont été menés auprès des patients partenaires du CR-IUSMM de Montréal. Ces focus group ont permis d'identifier des **croyances stéréotypées** susceptibles d'être **internalisées** par les personnes concernées. Ces croyances portent notamment sur : **une faible estime de soi** (e.g., un sentiment d'indésirabilité), un **sentiment d'incompétence** dans les relations intimes (e.g., l'incapacité à soutenir son partenaire), et une impression de **perte de contrôle** dans ce domaine (e.g., manque de contrôle émotionnel). Les patients partenaires ont également mis en évidence des craintes concernant les **effets négatifs des relations sur la santé mentale**, ainsi qu'un **pessimisme** quant à la possibilité de rencontrer un partenaire répondant à leurs attentes. Enfin, des préoccupations liées au **dévoilement** du trouble, telles que la peur du jugement ou de l'abandon par le partenaire, ont été soulevées. À ce jour, l'échelle contient 40 items. Des analyses quantitatives sont prévues afin de **valider psychométriquement** cette échelle.

Implications cliniques. Les résultats préliminaires permettent déjà aux professionnels de mieux appréhender le phénomène chez les personnes qu'ils accompagnent. À terme, cette étude aboutira à la création d'un outil scientifiquement validé pour **évaluer l'auto-stigmatisation** dans ce contexte. Étant donné que l'auto-stigmatisation est un processus particulièrement délétère pour les personnes concernées, il apparaît en effet crucial de disposer d'un outil spécifique pour évaluer ce phénomène (Del Rosal et al., 2021 ; Elkington et al., 2013 ; Livingston & Boyd, 2010). De plus, cet outil, développé en collaboration avec des patients partenaires, est conçu pour **refléter** au mieux les **expériences des personnes concernées**.

Implication pour le programme INTIMate. Cette étude comporte deux implications majeures pour les objectifs du programme INTIMate. D'une part, elle offre une **compréhension** approfondie du phénomène d'auto-stigmatisation dans les relations intimes, permettant ainsi de mieux cerner les obstacles auxquels les individus sont confrontés. D'autre part, elle contribue à l'amélioration de l'accompagnement des relations intimes de deux façons distinctes : premièrement, de manière indirecte, en identifiant les **leviers** potentiels pour **réduire l'auto-stigmatisation** (c'est-à-dire les facteurs associés à une moindre auto-stigmatisation), et deuxièmement, de manière directe, par le **développement d'un outil** destiné aux professionnels, répondant à une lacune reconnue par les chercheurs et praticiens, qui déplorent l'absence d'outils adaptés (Cloutier et al., 2023 ; Tennille et al., 2022 ; Urry et al., 2022).

2.3. Phase 3 : Communication des résultats aux acteurs concernés

Le caractère **participatif** du programme INTIMate (e.g., composition du comité de pilotage) a permis de mettre en évidence que la communication scientifique classique (articles, présentations orales ou affichées) ne permet pas aux acteurs les plus directement concernés de **s'approprier pleinement** les résultats des travaux. Cette insuffisance constitue un **frein majeur** au **transfert des connaissances** vers le terrain. En réponse à cette limite, la phase 3 de cette recherche doctorale s'est concentrée sur le **développement de supports de**

communication plus adaptés aux différents acteurs. Le comité de pilotage, incluant des personnes concernées, des professionnels cliniciens et acteurs associatifs, participent à la conception de ces supports de communication. La **plaquette d'information** « Les interventions promouvant les relations intimes des personnes vivant avec un enjeu de santé mentale » a été développée sur la base des résultats de l'étude 1 (*'INTIMate Review'*, voir Figure 1). La réalisation d'une plaquette d'information et d'une **capsule vidéo** pour l'étude 2 (*'INTIMate Factors'*) sont en cours. Cette capsule mettra en lumière des témoignages de personnes concernées, illustrant l'impact des facteurs identifiés sur leurs relations intimes. Enfin, une **bande dessinée** visant à déconstruire les stéréotypes identifiés dans l'étude 3 (*'INTIMate Stigma'*), est également en cours de réalisation. Ce projet de valorisation des résultats a été construit avec Luc Vigneault (patient partenaire, pair-aidant), Hélène Reyraud (médiatrice de santé-pairs) et Sarah Guionnet (ingénieure d'étude). L'ensemble de ces supports de communication sera diffusé largement et gratuitement via diverses plateformes, telles que le site du laboratoire de Psychologie, le site de la FIRAH, la page Instagram du programme INTIMate, LinkedIn, etc., ainsi que via les réseaux respectifs des différents membres du Comité de pilotage.

Figure 1

Plaquette d'information : Les interventions promouvant les relations intimes des personnes vivant avec un enjeu de santé mentale

QUI SOMMES-NOUS ?

Équipe RAHP - RECHERCHES APPLIQUÉES SUR LE HANDICAP PSYCHIQUE

Étude des facteurs d'influence de la participation sociale des personnes en situation de handicap psychique et du rétablissement (e.g., stigmatisation).
Étude des pratiques en santé mentale (e.g., pratiques orientées rétablissement).

INTIMATE

Programme de recherche visant à développer des connaissances fiables sur les relations intimes dans le handicap psychique, afin de fournir des solutions concrètes pour faciliter l'accompagnement de ces dernières.



Équipe RAHP - <https://labpsy.u-bordeaux.fr/fr/equipe-de-recherche/fahp>



intimate_pgm



meryl.caiada@u-bordeaux.fr
antoINETte.prouteau@u-bordeaux.fr



SOURCE

Caiada, M., Felix, S., Guionnet, S., Valery, K. M., Bonilla-Guerrero, J., Destallats, J. M., & Proureau, A. Promoting Intimate Relationships in Mental Illness: A Systematic Review of Interventions. *Community Mental Health Journal*, 60, 556-581 (2024). <https://doi.org/10.1007/s10597-023-01204-z>

REFERENCES

Boucher, M. E., Groleau, D., & Whitley, R. (2016). Recovery and severe mental illness: The role of romantic relationships, intimacy, and sexuality. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 39(2), 180-182. <https://doi.org/10.1037/prj0000193>

Canada, M., Valery, K.M., Guionnet, S., Tison, E., Gennin, M., Bonilla-Guerrero, J., Destallats, J.M., Pillaud, N. & Proureau, A. (soumis). Stigmatization of Intimate Relationships in Schizophrenia: a Study Comparing Mental Health Professionals, Health Students and the General Population.

Haehle-Labelle, C., Abdel-Baki, A., Lepage, M., Laurin, A.-S., Guillon, A., Francoeur, A., Bergeron, S., & Lecomte, T. (2021). Romantic relationship group intervention for men with early psychosis: A feasibility, acceptability and potential impact pilot study. *Early Intervention in Psychiatry*, 15(4), 755-761. <https://doi.org/10.1111/eip.13012>

McCam, E. (2010). The sexual and relationship needs of people who experience psychosis: Quantitative findings of a UK study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 17(4), 295-303. <https://doi.org/10.1111/j.1345-2850.2009.01522.x>

REMERCIEMENTS

Les membres de l'équipe RAHP : Pr. Antoinette Proureau, Dr. Kevin Marc Valery, Sarah Guionnet, Simon Felix, Emma Tison, Meryl Caiada.

Les membres du Comité de Pilotage du programme de recherche INTIMATE.



LES INTERVENTIONS PROMOUVANT LES RELATIONS INTIMES DES PERSONNES VIVANT

AVEC UN ENJEU DE SANTÉ MENTALE



L'équipe de Recherche Appliquée dans le Handicap Psychique (RAHP)
Dirigée par le Pr. Antoinette Proureau

CONTEXTE

RELATIONS INTIMES

Les relations intimes (amoureuses et sexuelles) sont décrites comme **facilitatrices** du **rétablissement** par les personnes vivant avec un enjeu de santé mentale.

BESOINS INSATISFAITS

Les personnes vivant avec un enjeu de santé mentale rapportent des **difficultés** à **développer** et à maintenir des **relations intimes**. Ces difficultés génèrent des **besoins d'intimité et de proximité** :

73% des personnes concernées par une schizophrénie rapportent des besoins, qui ne sont pas comblés, dans leurs relations intimes

QUELLES SOLUTIONS ?

Il est nécessaire que les **professionnels de santé mentale** disposent de **solutions** et de **leviers** efficaces pour **accompagner** les personnes concernées qui expriment le besoin.



Pour accéder à l'article complet

OBJECTIF

Identifier les **interventions promouvant les relations intimes** des personnes concernées par un trouble psychique sévère (trouble bipolaire, trouble du spectre de la schizophrénie, dépression).

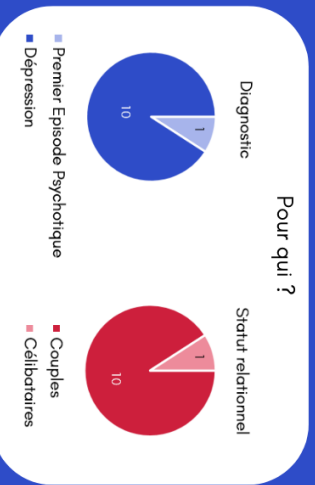
METHODE

Revue **systématique (exhaustive)** de la littérature selon les recommandations **PRISMA**.

RESULTATS

Seulement 11 études ont été identifiées dans la littérature scientifique internationale...

... malgré le **fort désir** des personnes concernées de développer des relations intimes et les **besoins d'accompagnement** que cela peut engendrer.



CONCLUSIONS

Les interventions sont principalement destinées aux personnes concernées par une **dépression**, qui sont **en couple**. Il s'agit de thérapies d'orientation cognitivo-comportementale ou systémique.

Notre étude a permis d'identifier une **seule intervention** destinée aux personnes **célibataires** souhaitant **développer** des relations intimes :

- « À deux c'est mieux » (Lecomte, laboratoire L'ESPOIR)
- Les premières études de validation, menées auprès de personnes concernées par un **trouble psychotique**, indiquent une **amélioration** des relations intimes (Cloutier et al., 2023).

Depuis cette étude, **deux autres interventions** destinées aux personnes concernées par un **trouble psychique** ont été identifiées (Dubreucq et al., 2023 ; Kageyama et al., 2023). Toutefois, les données existantes ne permettent pas de conclure quant à leur **efficacité sur les relations intimes**.

D'autres études sont nécessaires pour :

- fournir des données sur l'**efficacité** des **thérapies de couple**
- développer et **valider** scientifiquement des **interventions inclusives** (incluant les différentes orientations sexuelles) qui facilitent le **développement** des relations intimes

Ces résultats pourraient refléter le tabou et la stigmatisation associés aux relations intimes des personnes concernées par un trouble psychique

3. Limites du travail doctoral

3.1. Limites méthodologiques

Ce travail doctoral comporte certaines limites inhérentes aux **méthodes** utilisées. En effet, l'ensemble des recherches réalisées dans ce cadre sont de nature **observationnelle**, ce qui restreint l'interprétation des résultats, notamment en termes de causalité.

Le caractère exploratoire et **descriptif** de l'étude '*INTIMate Factors*' limite les interprétations possibles ; néanmoins, cette étude répond au manque de données sur ce point dans la littérature actuelle, et permet d'appréhender en profondeur le phénomène de la participation sociale dans le contexte des relations intimes, tel que vécu par les personnes concernées. Cette étude ouvre également la voie à la formulation d'hypothèses en vue de modéliser la participation sociale. Ces premiers résultats, de nature heuristique, doivent donc être approfondis en menant des études sur des échantillons plus larges et en utilisant des outils validés pour tester l'effet des facteurs ayant émergé dans cette première étude. Des analyses par équations structurelles seraient particulièrement pertinentes pour modéliser ces effets, en utilisant la CIF comme modèle théorique sous-jacent.

La **méthode mixte**, qui combine à la fois des approches qualitatives et quantitatives, permet d'approfondir une question de recherche en validant et généralisant les résultats obtenus lors de la première phase qualitative (Briand & Larivière, 2020). Au regard des objectifs de l'étude 3 '*INTIMate Stigma*' et de l'étude 4, la méthode mixte apparaissait donc appropriée. Dans ces études, les focus groups ont été utilisés comme méthode qualitative. Cette méthode est décrite comme particulièrement pertinente pour i) explorer un sujet où les données sont rares et ii) recueillir l'expérience des participants, en faisant émerger leurs perceptions sur un phénomène (Desrosiers et al., 2020). Cependant, la méthode qualitative des focus group aurait pu être approfondie via un codage détaillé des données et la répétition des groupes de manière à atteindre un consensus plus solide.

3.2. Biais d'échantillonnage

Certaines limites des études de ce travail doctoral sont inhérentes aux **échantillons** de participants. Premièrement, le nombre de participants concernés par une schizophrénie ayant pris part à l'étude 2 '*INTIMate Factors*' est limité ($n = 65$), ce qui limite la généralisabilité des résultats. De plus, les participants issus de la population générale sont majoritairement des femmes (77 %), ce qui limite la généralisation des résultats à l'ensemble de la population. Ce biais est également présent dans l'étude 3 '*INTIMate Stigma*'. Cependant, d'après les résultats d'une revue systématique de la littérature, il n'existe pas de différence entre les femmes et les hommes quant à leurs attitudes envers les personnes concernées par un trouble psychique (Holzinger et al., 2012).

4. Perspectives de recherche

4.1. Intérêt des recherches participatives pour les perspectives exposées

Dans son rapport, le Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie rappelle la nécessité de **développer la recherche participative** en France pour transformer le système de santé mentale (Coldefy, 2022). Dans ce cadre, la recherche participative vise à contribuer à l'amélioration de l'expérience de soins et de la qualité de vie des usagers des services de santé mentale (Coldefy, 2022). En effet, l'implication des personnes concernées dans la recherche permet de mettre en avant les priorités des usagers, qui sont parfois différentes de celles des chercheurs, ainsi que **d'améliorer la qualité**, la **pertinence** et **l'utilité** de la recherche (Coldefy, 2022 ; Davidson et al., 2009). La recherche participative bénéficie plus directement aux personnes concernées, dont le rôle n'est alors plus celui de « patient » ou « d'usager », mais celui de « chercheur » (Davidson et al., 2009). Dans ce contexte, la participation des personnes concernées à **toutes les étapes** de la recherche apparaît cruciale, particulièrement quand il s'agit d'améliorer l'accompagnement des relations intimes. Les perspectives proposées ci-dessous s'inscrivent dans cette approche.

4.2. Identification des besoins des usagers de services de santé mentale en matière d'accompagnement des relations intimes

Les études actuellement disponibles sur les besoins des personnes **concernées en matière d'accompagnement** des relations intimes révèlent que ces besoins existent, mais qu'ils varient en fonction des individus. Elles soulignent des besoins relatifs à la compréhension des droits en matière de relations intimes, à l'amélioration des compétences sociales, à la gestion des effets secondaires des traitements pharmacologiques, ainsi qu'au soutien dans les situations de relations abusives (Brand et al., 2022 ; Dubreucq et al., 2023 ; McCann, 2000 ; White et al., 2021). Toutefois, seulement quatre études qualitatives ont exploré ces **besoins**, qui demeurent ainsi encore **mal définis**. Par conséquent, il apparaît nécessaire d'approfondir la compréhension de ces besoins en matière d'accompagnement (Forrester-Jones et al., 2023 ; McCann et al., 2019 ; White et al., 2019).

Pour combler cette lacune, une étude **mixte** peut être envisagée. La première étape, de nature qualitative, consisterait à recueillir les besoins et attentes en matière d'accompagnement par le biais de focus groups. Ces **focus groups** auraient pour objectif d'identifier : i) la manière dont les personnes souhaitent être accompagnées par les professionnels, ii) les ressources concrètes dont elles auraient besoin, iii) leurs attentes envers les postures et attitudes des professionnels, et iv) leurs attentes envers les services offerts par les institutions d'accompagnement. Les résultats de cette phase qualitative serviraient ensuite à élaborer un **questionnaire** destiné à un échantillon plus large (étape quantitative), afin de décrire les besoins et attentes identifiés en termes de **fréquence et d'importance** dans la population visée. L'étude examinerait également comment ces besoins varient en fonction des caractéristiques personnelles des usagers (e.g., genre, âge, orientation sexuelle) et de leurs projets relationnels. Il serait également pertinent d'évaluer dans quelle mesure ces besoins et attentes sont effectivement pris en compte par les services et les professionnels.

Une telle étude répondrait ainsi au manque de prise en compte de ces besoins dans la pratique actuelle, ainsi qu'aux demandes de formation exprimées par les professionnels, qui révèlent une insuffisance des connaissances pour orienter efficacement leur travail (Tennille et al., 2022 ; Urry et al., 2019). Les données recueillies pourraient donc s'avérer utiles pour aider les professionnels à mieux identifier les besoins des personnes qu'ils accompagnent. De plus, l'originalité de cette étude réside dans le recueil des attentes des personnes concernées envers les institutions, au sens de la conception et de la structuration des services d'accompagnement. Souvent négligées dans les études (Urry et al., 2019, 2022), les institutions portent pourtant une part de responsabilité dans les lacunes existant dans l'accompagnement des relations intimes. Enfin, cette étude pourrait permettre d'identifier les **écarts** les plus importants **entre les besoins et attentes exprimés et la réponse effective apportée**. Cela contribuerait à mettre en lumière les lacunes les plus significatives et ainsi, à orienter les futures recherches dans ce domaine.

4.3. Soutenir les professionnels dans leur démarche d'accompagnement

Les professionnels rencontrent des difficultés importantes pour aborder le sujet des relations intimes avec les personnes concernées et pour les accompagner dans ce domaine de leur vie (Berger-Merom, 2021 ; Forrester-Jones, 2023 ; Tennille et al., 2022). Le manque de ressources, qui conduit fréquemment à des sentiments d'inconfort et d'incompétence pour traiter ce sujet, est perçu comme un obstacle majeur par les professionnels (Berger-Merom et al., 2021 ; Tennille et al., 2022 ; Urry et al., 2022). De plus, leur adhésion à des représentations erronées ainsi qu'à des stéréotypes relatifs aux relations intimes, peut parfois mener à des pratiques qui ne répondent pas pleinement aux attentes des personnes concernées, comme des pratiques paternalistes (Berger-Merom et al., 2021 ; Caiada et al., 2024 ; Forrester-Jones et al., 2023 ; White et al., 2020). Pour surmonter ces obstacles, trois perspectives de recherche appliquée pourraient être envisagées.

4.3.1. Développement d'un outil pour aborder les relations intimes

Afin de soutenir les professionnels dans l'accompagnement des relations intimes et de surmonter les obstacles identifiés, il serait pertinent de développer une **grille d'entretien**. Cette grille serait élaborée en collaboration avec des usagers et des professionnels, et permettrait d'explorer la situation de chaque personne en prenant en compte plusieurs dimensions essentielles : son projet relationnel, les facteurs qui peuvent constituer des obstacles ou des facilitateurs à l'élaboration de ce projet, ainsi que ses besoins spécifiques en termes d'accompagnement. Cet outil pourrait ainsi intégrer les données issues des perspectives évoquées dans la section précédente, ainsi que les données issues de l'étude 2 '*INTIMate Factors*' de ce travail doctoral.

4.3.2. Formation pour les professionnels

Les données générées par les études du présent travail doctoral offrent déjà une base solide pour développer une **formation** dédiée à l'accompagnement des relations intimes. Cette formation, basée sur des données empiriques, devra être élaborée en collaboration avec des usagers et des professionnels afin de s'inscrire dans une perspective basée sur les preuves (APA, 2006). Elle aurait pour objectif d'aider les professionnels à identifier les besoins des personnes concernées et à y répondre de manière appropriée, en prenant en compte les facteurs obstacles et facilitateurs. De plus, cette formation orienterait les professionnels vers les ressources (interventions et outils) existants, leur permettant ainsi de renforcer leurs compétences dans ce domaine.

4.3.3. Intervention ciblant la stigmatisation des relations intimes.

Ce travail doctoral met en lumière deux points essentiels : d'une part, l'existence d'une stigmatisation spécifique liée aux relations intimes des personnes concernées, et d'autre part, la perception de cette stigmatisation comme un **obstacle majeur** à la formation de telles relations. Les approches axées sur le **rétablissement** et le **respect des droits** encouragent les

professionnels à adopter des pratiques favorisant le soutien des personnes concernées pour **surmonter cette stigmatisation** (e.g., Australian Health Ministers, 2013 ; Commission de la santé mentale du Canada, 2015 ; Slade, 2009). Cependant, il apparaît que les **professionnels** eux-mêmes sont souvent une source significative de cette stigmatisation, ce qui limite leur capacité à fournir un accompagnement adéquat (e.g., Forrester-Jones et al., 2023 ; White et al., 2021). Dès lors, la réduction de cette stigmatisation au sein des équipes professionnelles constitue un **levier fondamental** pour améliorer l'accompagnement des relations intimes des personnes concernées. Les stéréotypes identifiés dans ce travail doctoral ainsi que les facteurs qui leur sont associés constituent une base solide pour le développement d'une **intervention** visant à réduire cette stigmatisation chez les professionnels et les étudiants. Selon la littérature scientifique, de telles interventions doivent i) être basées sur le **contact** avec les personnes concernées, ii) promouvoir le **rétablissement**, et iii) **impliquer** activement les personnes concernées dans la conception et la mise en œuvre de l'intervention (Kvaale et al., 2013 ; Lien et al., 2021 ; Thornicroft et al., 2022). L'intervention **StigmaPro**, qui vise à réduire la stigmatisation chez les professionnels, s'appuie sur ces principes (Valery, 2021 ; Valery et al., 2023). Au cours de cette intervention, les professionnels sont amenés à échanger avec les usagers et leurs familles sur des thématiques essentielles à la réduction de la stigmatisation, telles que le **rétablissement** personnel, l'approche en **continuum**, et les **similitudes** perçues. Ensemble, dans un cadre de partenariat symétrique, ils co-construisent un projet de leur choix. Compte tenu de la convergence des leviers d'action identifiés dans ce travail doctoral avec ceux déjà employés dans StigmaPro, il apparaît pertinent d'ajouter à cette intervention un **module** ciblant spécifiquement la stigmatisation des **relations intimes**.

En conclusion, le développement d'une **grille d'entretien**, d'une **formation**, et d'une **intervention** visant la **réduction de la stigmatisation** constitue une piste concrète pour améliorer l'accompagnement des relations intimes et permettre aux professionnels de répondre

adéquatement aux besoins des personnes qu'ils accompagnent. Toutefois, ces perspectives d'application pratique des résultats de ce travail doctoral posent plus largement la question du paradigme de la santé mentale dans lequel ces développements peuvent plus favorablement s'inscrire.

5. Retour sur le cadre théorique

Les personnes concernées par un trouble psychique expriment des besoins en termes de **participation sociale** concernant leurs relations intimes (Deegan, 1999 ; McCann, 2010 ; White et al., 2021). En se focalisant principalement sur la réduction des symptômes et des déficiences, le **modèle médical** s'avère **insuffisant** pour considérer et répondre adéquatement à ces besoins (Andresen et al., 2011 ; White et al., 2021). Des données qualitatives indiquent en effet que dans ce modèle encore dominant, les relations intimes peuvent être considérées comme une source de risques pour la personne, en termes d'aggravation des symptômes et de dégradation de la santé mentale. Cette vision favorise des **pratiques restrictives** et **paternalistes**. En conséquence, les personnes concernées sont moins enclines à solliciter une aide dans ce domaine, et doutent de la capacité des professionnels à les accompagner (Deegan, 1999 ; Forrester-Jones et al., 2023 ; White et al., 2021). À l'inverse, les personnes concernées soulignent la pertinence de pratiques professionnelles qui soutiennent leur **autodétermination** et leur **autonomie** (White et al., 2021). Ceci implique que les professionnels puissent reconnaître que, comme toute autre personne, les personnes concernées sont en **droit de prendre des risques** dans ce domaine, et également connaître des échecs. C'est ce que Patricia Deegan défend dans le principe de la dignité du risque et du droit à l'échec dans le domaine des relations intimes (Deegan, 1999). Ainsi, **l'approche centrée sur le rétablissement**, qui place la personne et son devenir au cœur des préoccupations apparaît ainsi plus adaptée aux **préférences** d'accompagnement exprimées par les personnes concernées (White et al., 2021).

Ce travail doctoral fournit des arguments en faveur de la nécessité de dépasser le modèle médical pour mieux accompagner les relations intimes des personnes concernées.

Accompagner les relations intimes consiste à soutenir la transformation d'une situation de restriction de participation en une situation de participation sociale. Selon les données de ce travail doctoral, la participation sociale dans ce domaine est influencée par une diversité de **facteurs personnels** et **environnementaux**. Ces données sont en faveur de la pertinence du **modèle social** et **systémique** du handicap (CIF, OMS, 2001) plutôt que du modèle médical. La focalisation sur les seules déficiences ne suffit donc pas pour soutenir la participation sociale des personnes concernées. Ces données soulignent ainsi l'importance d'une approche plus **holistique** dans l'accompagnement des relations intimes, qui tienne compte à la fois des caractéristiques individuelles et de l'environnement de la personne (Caiada et al., soumis).

Parmi les facteurs environnementaux, la **stigmatisation** se révèle comme un obstacle majeur aux relations intimes. Cette stigmatisation relative aux relations intimes a également été mise en évidence chez les professionnels. Dans une perspective d'amélioration de l'accompagnement des relations intimes, la réduction de la stigmatisation chez les professionnels apparaît ainsi comme une priorité. Dans ce contexte, les données issues de recherches antérieures, ainsi que celles provenant de ce travail doctoral, soulignent une fois de plus la nécessité de dépasser le modèle médical pour lutter cette stigmatisation. En effet, ce modèle, qui réduit les troubles psychiques à une **cause** essentiellement **biologique**, repose sur des **catégories diagnostiques** dont la fiabilité et la validité sont régulièrement remises en question (Read & Harper, 2022). En présentant ainsi les personnes concernées comme fondamentalement différentes des autres et similaires entre elles, il contribue à **renforcer leur stigmatisation** (Caiada et al., 2024 ; Corrigan, 2007 ; Kvaale et al., 2013 ; Lebowitz & Appelbaum, 2019 ; Read & Harper, 2022). À l'inverse, des approches dites **humanisantes** (Lebowitz & Appelbaum, 2019), centrées sur le **rétablissement personnel**, qui promeuvent

l'existence d'un **continuum** de la santé mentale et qui mettent en exergue les **similitudes** entre les personnes vivant avec un trouble psychique et les autres, apparaissent comme des leviers efficaces pour **réduire cette stigmatisation** (Caiada et al., 2024 ; Corrigan, 2007 ; Read & Harper, 2022). La stigmatisation, les préjugés et la discrimination peuvent en outre, être considérées comme des **violations des droits humains** (Read & Harper, 2022). La stigmatisation génère en effet des **inégalités sociales**, comme des inégalités d'accès aux soins, au travail etc. (Thornicroft et al., 2022). Ces inégalités vont à l'encontre des droits des personnes en situation de handicap à être pleinement intégrées et à participer à la société. **L'approche centrée sur les droits**, qui vise à promouvoir et protéger les droits humains, se présente comme un paradigme pertinent pour combattre la stigmatisation des personnes concernées (Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights, 2006 ; OMS, 2021).

Il apparaît ainsi que l'amélioration de l'accompagnement des relations intimes ne peut se réaliser sans interroger les modèles de la santé mentale qui guident les pratiques professionnelles. Ce constat rejoint ceux du rapporteur spécial des Nations Unies, qui affirmait en 2017 que les approches **biomédicales réductrices**, qui ne tiennent pas correctement compte des **contextes** et des **relations**, ne peuvent plus être considérées comme répondant aux exigences du **droit à la santé** (Puras, 2022, p.17). En faisant de la **participation sociale** un objectif central, les **approches centrées sur le rétablissement personnel** et les **droits humains** se révèlent particulièrement **pertinentes**, adaptées aux **cadres législatifs** internationaux et nationaux, et en phase avec les **préférences** des personnes les plus directement concernées (Coldefy, 2022 ; OMS, 2021).

Conclusion

Les relations intimes, qui englobent les relations amoureuses, maritales et sexuelles, constituent un aspect essentiel de la vie et un droit pour tous (Nations Unies, 2006 ; OMS, 2001). Cependant, l'accès à ces relations est marqué par des inégalités significatives : les personnes concernées par un trouble psychique, comme la schizophrénie, font face à des restrictions de participation majeures dans ce domaine (Thornicroft et al., 2004 ; White et al., 2021). Bien que les approches centrées sur les personnes légitiment pleinement l'accompagnement des relations intimes, les besoins des personnes concernées restent encore négligés dans les services de santé mentale, où cet accompagnement demeure insuffisant ou inadapté (e.g., Forrester-Jones et al., 2023 ; McCann, 2010 ; White et al., 2021). Ces constats ont motivé la réalisation de ce travail doctoral, qui s'inscrit dans le programme de recherche INTIMate, et dont l'objectif est de promouvoir les relations intimes des personnes concernées par un trouble psychique, en améliorant leur accompagnement. Les recherches issues de ce travail ont permis de mettre en évidence : (1) le manque d'interventions validées pour soutenir le développement des relations intimes des personnes concernées, (2) la nécessité de considérer à la fois les facteurs personnels et environnementaux influençant relations intimes, et (3) la stigmatisation publique ainsi que l'auto-stigmatisation relatives aux relations intimes, perçues comme des obstacles majeurs par ces personnes. Ainsi, l'identification des interventions existantes et des facteurs perçus comme obstacles et facilitateurs des relations intimes, la mise en évidence des leviers anti-stigma, ainsi que le développement d'une échelle d'évaluation, offrent des pistes prometteuses pour améliorer l'accompagnement des relations intimes. Toutefois, ces premières recherches nécessitent d'être complétées, en s'appuyant sur des méthodes participatives, afin de promouvoir des pratiques d'accompagnement fondées sur des preuves et en accord avec les préférences des personnes les plus directement concernées (Coldefy, 2022). Pris dans leur ensemble, les données de ce travail doctoral suggèrent que

l'amélioration de l'accompagnement des relations intimes ne peut s'opérer sans un changement de paradigme dans les pratiques en santé mentale. En effet, le modèle médical s'avère insuffisant pour considérer les aspirations des personnes concernées et répondre à leurs besoins. En revanche, en accord avec leurs préférences ainsi que des recommandations nationales et internationales, ce travail plaide en faveur des approches holistiques, qui visent la pleine participation sociale, telles que les approches centrées sur le rétablissement et le respect des droits (Coldefy, 2022 ; OMS, 2021).

Références

- Abelson, R. P., & Prentice, D. A. (1997). Contrast tests of interaction hypothesis. *Psychological Methods*, 2(4), 315-328. <https://doi.org/10.1037/1082-989X.2.4.315>
- Achim, A. M., Ouellet, R., Roy, M.-A., & Jackson, P. L. (2011). Assessment of empathy in first-episode psychosis and meta-analytic comparison with previous studies in schizophrenia. *Psychiatry Research*, 190(1), 3-8. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2010.10.030>
- Allport, G. W. (1954). *The nature of prejudice*. Addison-Wesley.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: Vol. 4th ed.* (American Psychiatric Association).
<https://dsm.psychiatryonline.org/doi/book/10.1176/appi.books.9780890425596>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders : DSM-5TM, 5th ed.* American Psychiatric Publishing, Inc.
- Andresen, R., Oades, L., & Caputi, Peter, P. (2011). *Psychological Recovery : Beyond Mental Illness / Wiley*. <https://www.wiley.com/en-us/Psychological+Recovery%3A+Beyond+Mental+Illness-p-9781119975168>
- 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>
- Angermeyer, M. C., Holzinger, A., Carta, M. G., & Schomerus, G. (2011). Biogenetic explanations and public acceptance of mental illness : Systematic review of population studies. *The British Journal of Psychiatry*, 199(5), 367-372. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.085563>
- Angermeyer, M. C., & Matschinger, H. (2003). The stigma of mental illness : Effects of labelling on public attitudes towards people with mental disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 108(4), 304-309. <https://doi.org/10.1034/j.1600-0447.2003.00150.x>

- Angermeyer, M. C., & Matschinger, H. (2004). The Stereotype of Schizophrenia and Its Impact on Discrimination Against People With Schizophrenia : Results From a Representative Survey in Germany. *Schizophrenia Bulletin*, *30*(4), 1049-1061.
<https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.schbul.a007120>
- Angermeyer, M. C., & Matschinger, H. (2005). Labeling—Stereotype—Discrimination. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *40*(5), 391-395. <https://doi.org/10.1007/s00127-005-0903-4>
- Anthony, W. A. (1993). Recovery from mental illness : The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, *16*(4), 11-23.
<https://doi.org/10.1037/h0095655>
- 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>
- Arbanas, G., Bosnjak, D., & Sabo, T. (2018). Impact of a Nursing in Psychiatry Course on Students' Attitudes Toward Mental Health Disorders. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, *56*(3), 45-51. <https://doi.org/10.3928/02793695-20171024-01>
- Article 9 du Code civil : Chacun a droit au respect de sa vie privée., Loi 1927-08-10 art. 13 (1970).
https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006419288/
- Ashmore, R. D., & Boca, F. K. D. (1981). Conceptual Approaches to Stereotypes and Stereotyping. In *Cognitive Processes in Stereotyping and Intergroup Behavior*. Psychology Press.
- Atkins, D. C., Bortnik, K. E., Hahlweg, K., & Klann, N. (2011). The association between marital discord and depression in a community-based sample of couples seeking treatment. *Journal of Couple and Relationship Therapy*, *10*(1), 20-33. Scopus.
<https://doi.org/10.1080/15332691.2011.539172>

- Australian Health Ministers'. (2013). *A national framework for recovery-oriented mental health services : Guide for practitioners and providers*. Australian Government Department of Health and Aged Care. <https://www.health.gov.au/resources/publications/a-national-framework-for-recovery-oriented-mental-health-services-guide-for-practitioners-and-providers?language=en>
- Baker, A. E. Z., & Procter, N. G. (2015). 'You Just Lose the People You Know' : Relationship Loss and Mental Illness. *Archives of Psychiatric Nursing*, 29(2), 96-101. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2014.11.007>
- Barbato, A., & D'Avanzo, B. (2020). The Findings of a Cochrane Meta-Analysis of Couple Therapy in Adult Depression : Implications for Research and Clinical Practice. *Family Process*, 59(2), 361-375. <https://doi.org/10.1111/famp.12540>
- Barral, C. (2007). La Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé : Un nouveau regard pour les praticiens. *Contraste*, 27(2), 231-246. <https://doi.org/10.3917/cont.027.0231>
- Bastian, B., & Haslam, N. (2006). Psychological essentialism and stereotype endorsement. *Journal of Experimental Social Psychology*, 42(2), 228-235. <https://doi.org/10.1016/j.jesp.2005.03.003>
- Bates, D., Mächler, M., Bolker, B., & Walker, S. (2014). *Fitting Linear Mixed-Effects Models using lme4* (arXiv:1406.5823). arXiv. <https://doi.org/10.48550/arXiv.1406.5823>
- Baucom, D. H., Fischer, M. S., Worrell, M., Corrie, S., Belus, J. M., Molyva, E., & Boeding, S. E. (2018). Couple-based Intervention for Depression : An Effectiveness Study in the National Health Service in England. *Family Process*, 57(2), 275-292. <https://doi.org/10.1111/famp.12332>
- Beardslee, W. R., Salt, P., Porterfield, K., Rothberg, P. C., Van de velde, P., Swatling, S., Hoke, L., Moilanen, D. L., & Wheelock, I. (1993). Comparison of Preventive Interventions for

- Families with Parental Affective Disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 32(2), 254-263. <https://doi.org/10.1097/00004583-199303000-00004>
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An Inventory for Measuring Depression. *Archives of General Psychiatry*, 4(6), 561-571. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1961.01710120031004>
- Berger-Merom, R., Zisman-Ilani, Y., Jones, N., & Roe, D. (2021). Addressing sexuality and intimate relations in community mental health services for people with serious mental illness : A qualitative study of mental health practitioners' experiences. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 45(2), 170-175. <https://doi.org/10.1037/prj0000506>
- Bertrand, K., L'Espérance, N., Aranda, J. F., & Ngué, D. M. N. (2020). LA MÉTHODE DE LA REVUE SYSTÉMATIQUE: Illustration portant sur le traitement des troubles concomitants chez les adolescents. In M. Corbière & N. Larivière, *Méthodes qualitatives, quantitatives et mixtes* (2nd éd., p. 307-334). Presses de l'Université du Québec.
- Boateng, G. O., Neilands, T. B., Frongillo, E. A., Melgar-Quiñonez, H. R., & Young, S. L. (2018). Best Practices for Developing and Validating Scales for Health, Social, and Behavioral Research : A Primer. *Frontiers in Public Health*, 6. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2018.00149>
- Bodenmann, G., Plancherel, B., Beach, S. R. H., Widmer, K., Gabriel, B., Meuwly, N., Charvoz, L., Hautzinger, M., & Schramm, E. (2008). Effects of Coping-Oriented Couples Therapy on Depression : A Randomized Clinical Trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(6), 944-954. <https://doi.org/10.1037/a0013467>
- Bodier, M., Buisson, G., Lapinte, A., & Robert-Bobée, I. (2015). *Couples et familles*. Institut national de la statistique et des études économiques. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2017528>

- Bonfils, K., Rand, K., Luther, L., Firmin, R., & Salyers, M. (2016). The Romantic Relationship Functioning Scale : Development and Preliminary Validation in Two Samples. *Journal of Behavioral and Social Sciences*, 3(3), 117-130.
- Boucher, M.-E., Groleau, D., & Whitley, R. (2016). Recovery and severe mental illness : The role of romantic relationships, intimacy, and sexuality. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 39(2), 180-182. <https://doi.org/10.1037/prj0000193>
- Bourdon-Busin, A., Costa, I. da, Massé, S., & Pouchain-Grépinet, K. (2023). « À corps et à cris ». 50 ans de combat pour faire reconnaître le droit à une vie intime, affective et sexuelle des personnes en situation de handicap L'exemple d'APF France handicap. *Les Cahiers de l'Actif*, 570-571(10-11), 129-140.
- Boyd, J. E., Adler, E. P., Otilingam, P. G., & Peters, T. (2014). Internalized Stigma of Mental Illness (ISMI) Scale : A multinational review. *Comprehensive Psychiatry*, 55(1), 221-231. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2013.06.005>
- Boyd, J., Otilingam, P., & Grajales, M. (2003). Internalized stigma of mental illness : Psychometric properties of a new measure. *Psychiatry research*, 121, 31-49. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2003.08.008>
- Boysen, G. A. (2011). Biological Explanations and Stigmatizing Attitudes : Using Essentialism and Perceived Dangerousness to Predict Antistigma Intervention Effectiveness. *The Journal of Social Psychology*, 151(3), 274-291. <https://doi.org/10.1080/00224545.2010.481689>
- Boysen, G. A. (2022). Mental illness and mate value : Evidence for reduced mate value among romantic partners perceived as having mental illness. *Evolutionary Behavioral Sciences*, 16(3), 261-275. <https://doi.org/10.1037/ebs0000255>
- Boysen, G. A., Isaacs, R. A., Tretter, L., & Markowski, S. (2019). Evidence for blatant dehumanization of mental illness and its relation to stigma. *The Journal of Social Psychology*, 160(3), 346-356. <https://doi.org/10.1080/00224545.2019.1671301>

- Boysen, G. A., Morton, J., & Nieves, T. (2019). Mental illness as a relationship dealbreaker. *Stigma and Health*, 4(4), 421-428. <https://doi.org/10.1037/sah0000157>
- Boysen, G., Chicosky, R., & Delmore, E. (2020). Dehumanization of Mental Illness and the Stereotype Content Model. *Stigma and Health*, 8. <https://doi.org/10.1037/sah0000256>
- Braithwaite, S., & Holt-Lunstad, J. (2017). Romantic relationships and mental health. *Current Opinion in Psychology*, 13, 120-125. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2016.04.001>
- Brand, E., Nagaraj, D., Ratsch, A., & Heffernan, E. (2022). A Qualitative Study on Sexuality and Sexual Experiences in Community Forensic Mental Health Patients in Queensland, Australia. *Frontiers in Psychiatry*, 13. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2022.832139>
- Branscombe, N. R., Schmitt, M. T., & Harvey, R. D. (1999). Perceiving pervasive discrimination among African Americans : Implications for group identification and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 77(1), 135-149. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.77.1.135>
- Brennan, K. A., Clark, C. L., & Shaver, P. R. (1998). *Experiences in Close Relationships Inventory* [Jeu de données]. <https://doi.org/10.1037/t23266-000>
- Briand, C., & Larivière, N. (2020). Les méthodes de recherche mixtes : Illustration d'une analyse des effets cliniques et fonctionnels d'un hôpital de jour psychiatrique. In *Méthodes qualitatives, quantitatives et mixtes* (2nd éd., p. 625-648).
- 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. *Schizophrenia Research*, 122(1), 232-238. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2010.02.1065>
- Buckwitz, V., Bommers, J. N., Hinshaw, S. P., & Schomerus, G. (2022). Continuum beliefs and the perception of similarities and differences to a person with depression. *Comprehensive Psychiatry*, 116, 152314. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2022.152314>

- Buisson, G. (2017). *Le recensement de la population évolue : De l'état matrimonial légal à la situation conjugale de fait*. Institut national de la statistique et des études économiques. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3146177>
- Burguet, A., & Girard, F. (2024). Stigma of schizophrenia and bipolar disorders : Explicit and implicit measures among mental health professionals. *Stigma and Health*, 9(3), 288-293. <https://doi.org/10.1037/sah0000456>
- Caiada, M., Felix, S., Guionnet, S., Valery, K.-M., Bonilla-Guerrero, J., Destailats, J.-M., & Prouteau, A. (2024). Promoting Intimate Relationships in Mental Illness : A Systematic Review of Interventions. *Community Mental Health Journal*, 60(3), 536-551. <https://doi.org/10.1007/s10597-023-01204-z>
- Caiada, M., Valery, K.-M., Felix, S., Guionnet, S., Tison, E., Gonin, M., Bonilla-Guerrero, J., Destailats, J.-M., Pillaud, N., & Prouteau, A. (s. d.). Stigmatizing intimate relationships in schizophrenia : A study comparing mental health professionals, health students and the general population. *Journal of Mental Health*, 0(0), 1-11. <https://doi.org/10.1080/09638237.2024.2390378>
- Campbell, J. I. D., & Thompson, V. A. (2012). MorePower 6.0 for ANOVA with relational confidence intervals and Bayesian analysis. *Behavior Research Methods*, 44(4), 1255-1265. <https://doi.org/10.3758/s13428-012-0186-0>
- Canton, E., Hedley, D., & Spoor, J. R. (2023). The stereotype content model and disabilities. *The Journal of Social Psychology*, 163(4), 480-500. <https://doi.org/10.1080/00224545.2021.2017253>
- Cash, T. F. (1990). Multidimensional Body–Self Relations Questionnaire (MBSRQ). *Encyclopedia of Feeding and Eating Disorders*, 551-555. https://doi.org/10.1007/978-981-287-104-6_3
- 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.

- Chapireau, F. (2001). La classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé. *Gérontologie et société*, 2499(4), 37-56. <https://doi.org/10.3917/g.s.099.0037>
- Cloutier, B., Diotte, F., Murphy, C., Roy, M.-A., Abdel-Baki, A., Lepage, M., & Lecomte, T. (2022). Evaluating romantic and sexual functioning among persons with psychosis : Reliability and validity of two measures. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 46(3), 265. <https://doi.org/10.1037/prj0000544>
- Cloutier, B., Francoeur, A., Samson, C., Ghostine, A., & Lecomte, T. (2020). Romantic relationships, sexuality, and psychotic disorders : A systematic review of recent findings. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 41(1), 22. <https://doi.org/10.1037/prj0000409>
- Cloutier, B., Lecomte, T., Diotte, F., Lamontagne, J., Abdel-Baki, A., Daneault, J.-G., Gélinau Rabbath, M. E., de Connor, A., & Perrine, C. (2023). Improving Romantic Relationship Functioning Among Young Men With First-Episode Psychosis : Impact of a Novel Group Intervention. *Behavior Modification*, 47(5), 1170-1192. <https://doi.org/10.1177/01454455231186586>
- Cohen, S., Daniel O’Leary, K., Foran, H. M., & Kliem, S. (2014). Mechanisms of change in brief couple therapy for depression. *Behavior Therapy*, 45(3), 402-417. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2014.01.003>
- Cohen, S., O’Leary, K. D., & Foran, H. (2010). A randomized clinical trial of a brief, problem-focused couple therapy for depression. *Behavior Therapy*, 41(4), 433-446. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2009.11.004>
- Coldefy, M. (2022). *Approche population-centrée et partenariale en santé mentale*. Haut conseil pour l’avenir de l’assurance maladie.
- Comité des droits des personnes handicapées, Organisation des Nations Unies. (2021). *Observations finales sur le rapport initial de la France*. <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G21/269/73/PDF/G2126973.pdf?OpenElement>

Commission de la santé mentale du Canada. (2015). *Guide de référence pour des pratiques axées sur le rétablissement*.

Concil of Europe. (2013). *European Convention on Human Rights*.

<https://edoc.coe.int/en/european-convention-on-human-rights/5579-european-convention-on-human-rights.html>

Convention des Nations unies relative aux droits des personnes handicapées -. (2024).

Commission Européenne. <https://ec.europa.eu/social/main.jsp?langId=fr&catId=1138>

Cook, J. A. (2000). Sexuality and People with Psychiatric Disabilities. *Sexuality and Disability*, 18(3), 195-206. <https://doi.org/10.1023/A:1026469832339>

Corbière, M. (2020). Les analyses factorielles exploratoires et confirmatoires : Illustration à l'aide de données recueillies sur l'estime de soi en tant que travailleur. In *Méthodes qualitatives, quantitatives et mixtes : Dans la recherche en sciences humaines, sociales et de la santé*. Presses de l'Université du Québec.

Correll, J., & Park, B. (2005). A Model of the Ingroup as a Social Resource. *Personality and Social Psychology Review*, 9(4), 341-359. https://doi.org/10.1207/s15327957pspr0904_4

Corrigan, P. W. (2007). How Clinical Diagnosis Might Exacerbate the Stigma of Mental Illness. *Social Work*, 52(1), 31-39. <https://doi.org/10.1093/sw/52.1.31>

Corrigan, P. W., Bink, A. B., Schmidt, A., Jones, N., & Rüsçh, N. (2016). What is the impact of self-stigma? Loss of self-respect and the “why try” effect. *Journal of Mental Health*, 25(1), 10-15. <https://doi.org/10.3109/09638237.2015.1021902>

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., 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., Nieweglowski, K., & Sayer, J. (2019). Self-stigma and the mediating impact of the “why try” effect on depression. *Journal of Community Psychology*, 47(3), 698-705. <https://doi.org/10.1002/jcop.22144>
- Corrigan, P. W., Rafacz, J., & Rüsçh, N. (2011). Examining a Progressive Model of Self-Stigma and its Impact on People with Serious Mental Illness. *Psychiatry research*, 189(3), 339-343. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2011.05.024>
- Corrigan, P. W., Schmidt, A., Bink, A. B., Nieweglowski, K., Al-Khouja, M. A., Qin, S., & Discont, S. (2017). Changing public stigma with continuum beliefs. *Journal of Mental Health*. <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/09638237.2016.1207224>
- Corrigan, P. W., & Watson, A. C. (2002). The paradox of self-stigma and mental illness. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9(1), 35-53. <https://doi.org/10.1093/clipsy.9.1.35>
- Corrigan, P. W., Watson, A. C., & Barr, L. (2006). The Self–Stigma of Mental Illness : Implications for Self–Esteem and Self–Efficacy. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 25(8), 875-884. <https://doi.org/10.1521/jscp.2006.25.8.875>
- Corrigan, P., & Watson, A. C. (2002). Understanding the impact of stigma on people with mental illness. *World Psychiatry*, 1(1), 16-20.
- Crabtree, J. W., Haslam, S. A., Postmes, T., & Haslam, C. (2010). Mental Health Support Groups, Stigma, and Self-Esteem : Positive and Negative Implications of Group Identification. *Journal of Social Issues*, 66(3), 553-569. <https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.2010.01662.x>
- Cruwys, T., & Gunaseelan, S. (2016). “Depression is who I am” : Mental illness identity, stigma and wellbeing. *Journal of Affective Disorders*, 189, 36-42. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.09.012>

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>

Cuddy, A. J. C., Fiske, S. T., & Glick, P. (2008). Warmth and Competence as Universal Dimensions of Social Perception : The Stereotype Content Model and the BIAS Map. In *Advances in Experimental Social Psychology* (Vol. 40, p. 61-149). Academic Press.

[https://doi.org/10.1016/S0065-2601\(07\)00002-0](https://doi.org/10.1016/S0065-2601(07)00002-0)

Cyranowski, J. M., Frank, E., Cherry, C., Houck, P., & Kupfer, D. J. (2004). Prospective assessment of sexual function in women treated for recurrent major depression. *Journal of Psychiatric Research*, 38(3), 267-273. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2003.08.003>

Damschroder, L. J., Aron, D. C., Keith, R. E., Kirsh, S. R., Alexander, J. A., & Lowery, J. C. (2009). Fostering implementation of health services research findings into practice : A consolidated framework for advancing implementation science. *Implementation Science*, 4(1), 50. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-4-50>

Davidson, L., O'Connell, M. J., Tondora, J., Lawless, M., & Evans, A. C. (2005). Recovery in Serious Mental Illness : A New Wine or Just a New Bottle? *Professional Psychology: Research and Practice*, 36(5), 480-487. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.36.5.480>

Davidson, L., Ridgway, P., Schmutte, T., & O'Connell, M. (2009). Purposes and Goals. In *Handbook of Service User Involvement in Mental Health Research* (p. 87-98). John Wiley & Sons, Ltd. <https://doi.org/10.1002/9780470743157.ch7>

Deegan, P. E. (1999). Human Sexuality and Mental Illness : Consumer Viewpoints and Recovery Principles. In *Sexuality and Serious Mental Illness*. Routledge.

Défenseur des droits. (2016). *La Convention relative aux droits des personnes handicapées*.

- 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>
- de Jager, J., Cirakoglu, B., Nugter, A., & Van Os, J. (2017). Intimacy and its barriers : A qualitative exploration of intimacy and related struggles among people diagnosed with psychosis. *Psychosis*, 9(4), 301-309. <https://doi.org/10.1080/17522439.2017.1330895>
- de Jager, J., & McCann, E. (2017). Psychosis as a Barrier to the Expression of Sexuality and Intimacy : An Environmental Risk? *Schizophrenia Bulletin*, 43(2), 236-239. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbw172>
- de Jager, J., Topper, M., Nugter, A., van Os, J., van Amelsvoort, T., Bartels-Velthuis, A. A., Bruggeman, R., Cahn, W., de Haan, L., Schirmbeck, F., Simons, C. J. P., & van Os, J. (2021). The impact of childhood sexual trauma on intimacy and sexuality needs among people with non-affective psychosis. *Schizophrenia Research*, 236, 97-103. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2021.08.003>
- de Jager, J., van Greevenbroek, R., Nugter, A., & van Os, J. (2018). Sexual Expression and It's Determinants, in People Diagnosed with Psychotic Disorders. *Community Mental Health Journal*, 54(7), 1082-1088. <https://doi.org/10.1007/s10597-018-0285-1>
- Del Rosal, E., González-Sanguino, C., Bestea, S., Boyd, J., & Muñoz, M. (2021). Correlates and consequences of internalized stigma assessed through the Internalized Stigma of Mental Illness Scale for people living with mental illness : A scoping review and meta-analysis from 2010. *Stigma and Health*, 6(3), 324-334. <https://doi.org/10.1037/sah0000267>
- Delatorre, M. Z., & Wagner, A. (2020). Marital Quality Assessment : Reviewing the Concept, Instruments, and Methods. *Marriage & Family Review*, 56(3), 193-216. <https://doi.org/10.1080/01494929.2020.1712300>

- Denton, W. H., Wittenborn, A. K., & Golden, R. N. (2012). Augmenting antidepressant medication treatment of depressed women with emotionally focused therapy for couples : A randomized pilot study. *Journal of Marital and Family Therapy*, 38 Suppl 1, 23-38.
<https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.2012.00291.x>
- Desrosiers, J., Pouliot-Morneau, D., & Larivière, N. (2020). Le focus group : Application pour une étude des normativités liées au concept de citoyenneté, au sein d'un groupe de patients partenaires en santé mentale. In *Méthodes qualitatives, quantitatives et mixtes dans la recherche en sciences humaines, sociales et de la santé* (2e éd). Presses de l'Université du Québec.
- Dessaulles, A., Johnson, S. M., & Denton, W. H. (2003). Emotion-focused therapy for couples in the treatment of depression : A pilot study. *American Journal of Family Therapy*, 31(5), 345-353. <https://doi.org/10.1080/01926180390232266>
- Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. (2021). *Démographie des professionnels de santé—DREES*. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. <https://drees.shinyapps.io/demographie-ps/>
- Dittrich, D., Dernbach, K., Speerforck, S., Schindler, S., Häusser, J. A., & Schomerus, G. (2023). Testing the mixed-blessings model : What is the role of essentialism for stigmatizing attitudes towards schizophrenia? *Current Psychology*, 42(4), 3112-3121.
<https://doi.org/10.1007/s12144-021-01653-3>
- Dubreucq, M., Lysaker, P. H., & Dubreucq, J. (2023). A qualitative exploration of stakeholders' perspectives on the experiences, challenges, and needs of persons with serious mental illness as they consider finding a partner or becoming parent. *Frontiers in Psychiatry*, 13.
<https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyt.2022.1066309>
- Dubreucq, M., Plasse, J., Gabayet, F., Blanc, O., Chereau, I., Cervello, S., Couhet, G., Demily, C., Guillard-Bouhet, N., Gouache, B., Jaafari, N., Legrand, G., Legros-Lafarge, E., Mora, G.,

- Pommier, R., Quilès, C., Verdoux, H., Vignaga, F., Massoubre, C., ... REHABase Network. (2021). Sex Differences in Recovery-Related Outcomes and Needs for Psychiatric Rehabilitation in People With Schizophrenia Spectrum Disorder. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 82(4), 20m13732. <https://doi.org/10.4088/JCP.20m13732>
- Dunn, T. J., Baguley, T., & Brunsten, V. (2014). From alpha to omega : A practical solution to the pervasive problem of internal consistency estimation. *British Journal of Psychology*, 105(3), 399-412. <https://doi.org/10.1111/bjop.12046>
- Ecker, J., Cherner, R., Rae, J., & Czechowski, K. (2018). Sexual Intimacy, Mental Illness, and Homelessness. *American Journal of Community Psychology*, 61(1-2), 131-140. <https://doi.org/10.1002/ajcp.12213>
- Elkington, K. S., Hackler, D., McKinnon, K., Borges, C., Wright, E. R., & Wainberg, M. L. (2012). Perceived Mental Illness Stigma Among Youth in Psychiatric Outpatient Treatment. *Journal of Adolescent Research*, 27(2), 290-317. <https://doi.org/10.1177/0743558411409931>
- Elkington, K. S., Hackler, D., Walsh, T. A., Latack, J. A., McKinnon, K., Borges, C., Wright, E. R., & Wainberg, M. L. (2013). Perceived mental illness stigma, intimate relationships and sexual risk behavior in youth with mental illness. *Journal of adolescent research*, 28(3), 378-404. <https://doi.org/10.1177/0743558412467686>
- Etchepare, A., Roux, S., Destailats, J.-M., Cady, F., Fontanier, D., Couhet, G., & Prouteau, A. (2019). What are the specificities of social cognition in schizophrenia? A cluster-analytic study comparing schizophrenia with the general population. *Psychiatry Research*, 272, 369-379. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.12.042>
- Evans, A. M., Quinn, C., & McKenna, B. (2020). The governance of sexuality in a Recovery-oriented mental health service : Psychosis, consumers and clinical approaches. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 27(2), 194-202. <https://doi.org/10.1111/jpm.12569>

- Farkas, M., Gagne, C., Anthony, W., & Chamberlin, J. (2005). Implementing Recovery Oriented Evidence Based Programs : Identifying the Critical Dimensions. *Community Mental Health Journal*, 41(2), 141-158. <https://doi.org/10.1007/s10597-005-2649-6>
- Favre, S., Aubry, J.-M., & Richard-Lepouriel, H. (2023). Perceived public stigma and perceived public exposure by persons living with bipolar disorder : A qualitative study. *International Journal of Social Psychiatry*, 69(2), 378-387. <https://doi.org/10.1177/00207640221093495>
- Felix, S. (2024). Pouvoir d’agir, droits et rétablissement dans les pratiques en santé mentale. *Revue générale de droit médical*, 90. <https://www.santementale.fr/evenement/les-droits-de-la-personne-en-sante-mentale-de-la-protection-des-libertes-a-lexercice-de-la-citoyennete/>
- Felix, S., Valery, K.-M., Caiada, M., Guionnet, S., Bonilla-Guerrero, J., Destailats, J.-M., & Prouteau, A. (2024). Personal recovery self-report outcome measures in serious mental illness : A systematic review of measurement properties. *Clinical Psychology Review*, 102459. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2024.102459>
- Fernández Vega, D., Grandón, P., López Angulo, Y., Vielma-Aguilera, A., & Peñate, W. (2022). Systematic Review of Explanatory Models of Internalized Stigma in People Diagnosed with a Mental Disorder. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 20. <https://doi.org/10.1007/s11469-022-00836-8>
- Finch, W. H. (2020a). *Exploratory Factor Analysis*. SAGE Publications, Inc. <https://doi.org/10.4135/9781544339900>
- Finch, W. H. (2020b). Using Fit Statistic Differences to Determine the Optimal Number of Factors to Retain in an Exploratory Factor Analysis. *Educational and Psychological Measurement*, 80(2), 217-241. <https://doi.org/10.1177/0013164419865769>
- Fincham, F. D., & Rogge, R. (2010). Understanding Relationship Quality : Theoretical Challenges and New Tools for Assessment. *Journal of Family Theory & Review*, 2(4), 227-242. <https://doi.org/10.1111/j.1756-2589.2010.00059.x>

- Firmin, R. L., Luther, L., Lysaker, P. H., Minor, K. S., & Salyers, M. P. (2016). Stigma resistance is positively associated with psychiatric and psychosocial outcomes : A meta-analysis. *Schizophrenia Research*, 175(1-3), 118-128. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2016.03.008>
- Fiske, S. T. (1998). Stereotyping, prejudice, and discrimination. In *The handbook of social psychology*, Vols. 1-2, 4th ed (p. 357-411). McGraw-Hill.
- 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>
- Fiske, S. T., Cuddy, A. J. C., Glick, P., & Xu, J. (2018). A model of (often mixed) stereotype content : Competence and warmth respectively follow from perceived status and competition. In *Social Cognition*. Routledge.
- Forrester-Jones, D. R., & Barnes, A. (2008). On being a girlfriend not a patient : The quest for an acceptable identity amongst people diagnosed with a severe mental illness. *Journal of Mental Health*. <https://doi.org/10.1080/09638230701498341>
- Forrester-Jones, R., Dixon, J., & Jaynes, B. (2023). Exploring romantic need as part of mental health social care practice. *Disability & Society*, 0(0), 1-23. <https://doi.org/10.1080/09687599.2023.2222900>
- Fougeyrollas, P. (1996). Les déterminants environnementaux de la participation sociale des personnes ayant des incapacités : Le défi socio-politique de la révision de la CIDIH. *Canadian Journal of Rehabilitation*, 10(2), 147-160.

- Fougeyrollas, P., & Roy, K. (1996). Regard sur la notion de rôles sociaux. Réflexion conceptuelle sur les rôles en lien avec la problématique du processus de production du handicap. *Service social, 45*(3), 31-54. <https://doi.org/10.7202/706736ar>
- Fox, A. B., Earnshaw, V. A., Taverna, E. C., & Vogt, D. (2017). Conceptualizing and measuring mental illness stigma : The mental illness stigma framework and critical review of measures. *Stigma and Health, 3*, 348-376. <https://doi.org/10.1037/sah0000104>
- Funk, J. L., & Rogge, R. D. (2007). Testing the ruler with item response theory : Increasing precision of measurement for relationship satisfaction with the Couples Satisfaction Index. *Journal of Family Psychology, 21*(4), 572-583. <https://doi.org/10.1037/0893-3200.21.4.572>
- Gillen, M. M., & Markey, C. H. (2019). A review of research linking body image and sexual well-being. *Body Image, 31*, 294-301. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2018.12.004>
- Girandola, F., Demarque, C., & Lo Monaco, G. (2019). Chapitre 7. La perception sociale : Formation d'impression, stéréotypes, préjugés et discrimination. In *Psychologie sociale* (p. 198-219). Armand Colin. <https://www.cairn.info/psychologie-sociale--9782200620387-p-198.htm>
- Goffman, E. (1963). *Stigma : Notes on the Management of Spoiled Identity*. Simon and Schuster.
- Graham, J. M., Diebels, K. J., & Barnow, Z. B. (2011). The reliability of relationship satisfaction : A reliability generalization meta-analysis. *Journal of Family Psychology, 25*(1), 39-48. <https://doi.org/10.1037/a0022441>
- Granjon, M., Rohmer, O., Popa-Roch, M., Aubé, B., & Sanrey, C. (2023). Disability stereotyping is shaped by stigma characteristics. *Group Processes & Intergroup Relations*. <https://doi.org/10.1177/13684302231208534>
- Gronholm, P. C., Henderson, C., Deb, T., & Thornicroft, G. (2017). Interventions to reduce discrimination and stigma : The state of the art. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 52*(3), 249-258. <https://doi.org/10.1007/s00127-017-1341-9>

- Hache-Labelle, C., Abdel-Baki, A., Lepage, M., Laurin, A.-S., Guillou, A., Francoeur, A., Bergeron, S., & Lecomte, T. (2021). Romantic relationship group intervention for men with early psychosis : A feasibility, acceptability and potential impact pilot study. *Early Intervention in Psychiatry*, 15(4), 753-761. <https://doi.org/10.1111/eip.13012>
- Hahlweg, K. (1996). *Fragebogen zur Partnerschaftsdiagnostik (FDP) [Partnership Questionnaire (PFB)]*. (Hogrefe). Hogrefe.
- Harnois, G., & Gabriel, P. (2000). *Mental Health and Work : Impact, Issues and Good Practices*. <https://hdl.handle.net/1813/76479>
- Haslam, N. (2011). Genetic essentialism, neuroessentialism, and stigma : Commentary on Dar-Nimrod and Heine (2011). *Psychological Bulletin*, 137(5), 819-824. <https://doi.org/10.1037/a0022386>
- 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>
- Haslam, N., & Loughnan, S. (2014). Dehumanization and Infrahumanization. *Annual Review of Psychology*, 65(1), 399-423. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-010213-115045>
- Haute Autorité de Santé. (2022). *Vie affective et sexuelle dans le cadre de l'accompagnement des ESSMS – Note de cadrage*.
- Healey, K. M., Combs, D. R., Gibson, C. M., Keefe, R. S. E., Roberts, D. L., & Penn, D. L. (2015). Observable Social Cognition – A Rating Scale : An interview-based assessment for schizophrenia. *Cognitive Neuropsychiatry*, 20(3), 198-221. <https://doi.org/10.1080/13546805.2014.999915>
- Helu-Brown, P., & Aranda, M. (2016). Psychosocial Approaches for Sexual Health and Intimate Relationships Among Patients With Serious Mental Illness. *Sexual Medicine Reviews*, 4(1), 26-35. Scopus. <https://doi.org/10.1016/j.sxmr.2015.10.010>

- Hendrick, S. S., Dicke, A., & Hendrick, C. (1998). The Relationship Assessment Scale. *Journal of Social and Personal Relationships*, *15*(1), 137-142.
<https://doi.org/10.1177/0265407598151009>
- Holzinger, A., Floris, F., Schomerus, G., Carta, M. G., & Angermeyer, M. C. (2012). Gender differences in public beliefs and attitudes about mental disorder in western countries : A systematic review of population studies. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, *21*(1), 73-85. <https://doi.org/10.1017/S2045796011000552>
- Hortal-Mas, R., Moreno-Poyato, A. R., Granel-Giménez, N., Roviralta-Vilella, M., Watson-Badia, C., Gómez-Ibáñez, R., Aguayo-González, M. P., Giménez-Díez, D., Bernabeu-Tamayo, M. D., & Leyva-Moral, J. M. (2022). Sexuality in people living with a serious mental illness : A meta-synthesis of qualitative evidence. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, *29*(1), 130-146. <https://doi.org/10.1111/jpm.12700>
- Howden, M., Zippel, A. M., & Tyrrell, W. F. (1994). Dating skills for residential consumers. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, *18*(2), 67-74. <https://doi.org/10.1037/h0095515>
- Hughes, E., Edmondson, A. J., Onyekwe, I., Quinn, C., & Nolan, F. (2018). Identifying and addressing sexual health in serious mental illness : Views of mental health staff working in two NHS organisations in England. *International Journal of Mental Health Nursing*.
<https://www.hud.ac.uk/news/>
- 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>
- Johns, L. C., & van Os, J. (2001). The continuity of psychotic experiences in the general population. *Clinical Psychology Review*, *21*(8), 1125-1141. [https://doi.org/10.1016/S0272-7358\(01\)00103-9](https://doi.org/10.1016/S0272-7358(01)00103-9)

- Johnstone, L., & Boyle, M. (2018). The Power Threat Meaning Framework : An Alternative Nondiagnostic Conceptual System. *Journal of Humanistic Psychology*.
<https://doi.org/10.1177/0022167818793289>
- Jorm, A. F., Reavley, N. J., & Ross, A. M. (2012). Belief in the dangerousness of people with mental disorders : A review. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 46(11), 1029-1045. <https://doi.org/10.1177/0004867412442406>
- Judd, C. M., Westfall, J., & Kenny, D. A. (2017). Experiments with More Than One Random Factor : Designs, Analytic Models, and Statistical Power. *Annual Review of Psychology*, 68(1), 601-625. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-122414-033702>
- Kageyama, M., Yokoyama, K., Ichihashi, K., Noma, S., Hashimoto, R., Nishitani, M., Okamoto, R., & Solomon, P. (2023). A peer-led learning program about intimate and romantic relationships for persons with mental disorders (AIRIKI) : Co-creation pilot feasibility study. *BMC Psychiatry*, 23(1), 767. <https://doi.org/10.1186/s12888-023-05254-1>
- Kaltenthaler, E., Pandor, A., & Wong, R. (2014). The effectiveness of sexual health interventions for people with severe mental illness : A systematic review. *Health Technology Assessment*, 18(1), 1-73. <https://doi.org/10.3310/hta18010>
- Katz, J., Beach, S. R. H., & Anderson, P. (1996). Self-enhancement versus self-verification : Does spousal support always help? *Cognitive Therapy and Research*, 20(4), 345-360.
<https://doi.org/10.1007/BF02228038>
- Khoshbooi, R., Hassan, S. A., Deylami, N., Muhamad, R., Kamarudin, E. M. E., & Alareqe, N. A. (2021). Effects of group and individual culturally adapted cognitive behavioral therapy on depression and sexual satisfaction among perimenopausal women. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(14). Scopus.
<https://doi.org/10.3390/ijerph18147711>

- Kislev, E. (2023). Singlehood as an identity. *European Review of Social Psychology*, 0(0), 1-35.
<https://doi.org/10.1080/10463283.2023.2241937>
- Koleck, M., Prouteau, A., Belio, C., Saada, Y., Merceron, K., Dayre, E., Destailats, J.-M., Barral, C., & Mazaux, J.-M. (2014). Un nouvel outil pour mesurer la participation et l'environnement dans le handicap psychique ou cognitif : La G-MAP. *L'information psychiatrique*, 90(3), 197-205. <https://doi.org/10.1684/ipe.2014.1176>
- Koo, T. K., & Li, M. Y. (2016). A Guideline of Selecting and Reporting Intraclass Correlation Coefficients for Reliability Research. *Journal of Chiropractic Medicine*, 15(2), 155-163.
<https://doi.org/10.1016/j.jcm.2016.02.012>
- Korchia, T., Achour, V., Faugere, M., Albeash, A., Yon, D. K., Boyer, L., & Fond, G. (2023). Sexual Dysfunction in Schizophrenia : A Systematic Review and Meta-Analysis. *JAMA Psychiatry*, 80(11), 1110-1120. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2023.2696>
- Kraiss, J. T., ten Klooster, P. M., Chrispijn, M., Stevens, A. W. M. M., Kupka, R. W., & Bohlmeijer, E. T. (2019). Measuring personal recovery in people with bipolar disorder and exploring its relationship with well-being and social role participation. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 26(5), 540-549. <https://doi.org/10.1002/cpp.2371>
- Kuhlman, I., Tolvanen, A., & Seikkula, J. (2013). Couple Therapy for Depression Within a Naturalistic Setting in Finland : Factors Related to Change of the Patient and the Spouse. *Contemporary Family Therapy*, 35(4), 656-672. <https://doi.org/10.1007/s10591-013-9246-6>
- Kvaale, E. P., Haslam, N., & Gottdiener, W. H. (2013). The 'side effects' of medicalization : A meta-analytic review of how biogenetic explanations affect stigma. *Clinical Psychology Review*, 33(6), 782-794. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2013.06.002>
- Landry, A. P., Ihm, E., Protzko, J., & Schooler, J. W. (2022). Essentially subhuman : Psychological essentialism facilitates dehumanization. *Peace and Conflict: Journal of Peace Psychology*, 28(2), 167-176. <https://doi.org/10.1037/pac0000587>

- Lasalvia, A., Pillan, S., Marzocco, G., Ambrosini, A., Veltro, F., Pozzan, T., D'Astore, C., Cristofalo, D., Ruggeri, M., Bonetto, C., & Aperto, M. H. S. U. A. (2023). Development and validation of a new standardized measure for assessing experiences of discrimination within mental health services. A participatory research project. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 32, e54. <https://doi.org/10.1017/S2045796023000689>
- Latour-Desjardins, A., Lecomte, T., Abdel-Baki, A., Auclair, V., & Collins, C.-A. (2019). Étude sur l'expérience des relations amoureuses des jeunes hommes ayant vécu un premier épisode psychotique. *Canadian Journal of Community Mental Health*, 38(2), 1-17. <https://doi.org/10.7870/cjcmh-2019-001>
- 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>
- Le Contrôleur général des lieux de privation de liberté. (2016). *Isolement et contention dans les établissements de santé mentale*. Dalloz.
- Leach, C. W., Van Zomeren, M., Zebel, S., Vliek, M. L. W., Pennekamp, S. F., Doosje, B., Ouwerkerk, J. W., & Spears, R. (2008). Group-level self-definition and self-investment : A hierarchical (multicomponent) model of in-group identification. *Journal of Personality and Social Psychology*, 95(1), 144-165. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.95.1.144>
- 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. *The British Journal of Psychiatry*, 199(6), 445-452. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.083733>
- Lebowitz, M. S., & Appelbaum, P. S. (2019). Biomedical Explanations of Psychopathology and Their Implications for Attitudes and Beliefs About Mental Disorders. *Annual Review of Clinical Psychology*, 15(1), 555-577. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050718-095416>

- Lecomte, T., Corbière, M., & Laisné, F. (2006). Investigating self-esteem in individuals with schizophrenia : Relevance of the Self-Esteem Rating Scale-Short Form. *Psychiatry Research*, *143*(1), 99-108. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2005.08.019>
- 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, T., & Leclerc, C. (2012). *Manuel de réadaptation psychiatrique* (2nd éd.). Presses de l'Université du Québec.
- Lecomte, T., Wallace, C. J., Perreault, M., & Caron, J. (2005). Consumers' goals in psychiatric rehabilitation and their concordance with existing services. *Psychiatric Services (Washington, D.C.)*, *56*(2), 209-211. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.56.2.209>
- Leff, J., Vearnals, S., Brewin, C. R., Wolff, G., Alexander, B., Asen, E., Dayson, D., Jones, E., Chisholm, D., & Everitt, B. (2000). The London Depression Intervention Trial. Randomised controlled trial of antidepressants v. Couple therapy in the treatment and maintenance of people with depression living with a partner : Clinical outcome and costs. *British Journal of Psychiatry*, *177*, 95-100. Psychology and Behavioral Sciences Collection.
- Lehmann, V., Tuinman, M. A., Braeken, J., Vingerhoets, Ad. J. J. M., Sanderman, R., & Hagedoorn, M. (2015). Satisfaction with Relationship Status : Development of a New Scale and the Role in Predicting Well-Being. *Journal of Happiness Studies*, *16*(1), 169-184. <https://doi.org/10.1007/s10902-014-9503-x>
- Leonhardt, B. L., Huling, K., Hamm, J. A., Roe, D., Hasson-Ohayon, I., McLeod, H. J., & Lysaker, P. H. (2017). Recovery and serious mental illness : A review of current clinical and research paradigms and future directions. *Expert Review of Neurotherapeutics*, *17*(11), 1117-1130. <https://doi.org/10.1080/14737175.2017.1378099>

- Lien, Y.-Y., Lin, H.-S., Lien, Y.-J., Tsai, C.-H., Wu, T.-T., Li, H., & Tu, Y.-K. (2021). Challenging mental illness stigma in healthcare professionals and students : A systematic review and network meta-analysis. *Psychology & Health, 36*(6), 669-684. <https://doi.org/10.1080/08870446.2020.1828413>
- 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>
- Linscott, R. J., & Os, J. van. (2010). Systematic Reviews of Categorical Versus Continuum Models in Psychosis : Evidence for Discontinuous Subpopulations Underlying a Psychometric Continuum. Implications for DSM-V, DSM-VI, and DSM-VII. *Annual Review of Clinical Psychology, 6*(Volume 6, 2010), 391-419. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.032408.153506>
- Livingston, J. D., & Boyd, J. E. (2010). Correlates and consequences of internalized stigma for people living with mental illness : A systematic review and meta-analysis. *Social Science & Medicine, 71*(12), 2150-2161. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.09.030>
- Loas, G., Fremaux, D., & Marchand, M. P. (1995). Étude de la structure factorielle et de la cohérence interne de la version française de l'échelle d'alexithymie de Toronto à 20 items (TAS-20) chez un groupe de 183 sujets sains. *L'Encéphale: Revue de psychiatrie clinique biologique et thérapeutique, 21*(2), 117-122.
- LOI n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, 2002-2 (2002).
- LOI n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, 2005-102 (2005).
- Lysaker, P. H., Taylor, A., Miller, A., Beattie, N., Strasburger, A., & Davis, L. W. (2006). The Scale to Assess Narrative Development : Association With Other Measures of Self and Readiness for Recovery in Schizophrenia Spectrum Disorders. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 194*(3), 223. <https://doi.org/10.1097/01.nmd.0000202512.54587.34>

- Manne, S. L., Taylor, K. L., Dougherty, J., & Kemeny, N. (1997). Supportive and Negative Responses in the Partner Relationship : Their Association with Psychological Adjustment Among Individuals with Cancer. *Journal of Behavioral Medicine*, 20(2), 101-125.
<https://doi.org/10.1023/A:1025574626454>
- McCann, E. (2000). The expression of sexuality in people with psychosis : Breaking the taboos. *Journal of Advanced Nursing*, 32(1), 132-138. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2000.01452.x>
- McCann, E. (2003). Exploring sexual and relationship possibilities for people with psychosis – a review of the literature. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 10(6), 640-649.
<https://doi.org/10.1046/j.1365-2850.2003.00635.x>
- McCann, E. (2010). The sexual and relationship needs of people who experience psychosis : Quantitative findings of a UK study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 17(4), 295-303. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2009.01522.x>
- McCann, E., Donohue, G., de Jager, J., Nugter, A., Stewart, J., & Eustace-Cook, J. (2019). Sexuality and intimacy among people with serious mental illness : A qualitative systematic review. *JBIS Evidence Synthesis*, 17(1), 74. <https://doi.org/10.11124/JBISRIR-2017-003824>
- McDonald, R. P. (1999). *Test Theory : A Unified Treatment*. Psychology Press.
<https://doi.org/10.4324/9781410601087>
- McGahuey, A. J., Gelenberg, C. A., Laukes, F. A., Moreno, P. L., Delgado, K. M., & McKnight, R. M. (2000). The Arizona Sexual Experience Scale (ASEX) : Reliability and Validity. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 26(1), 25-40. <https://doi.org/10.1080/009262300278623>
- Ministère des Solidarités et de la Santé. (2021). *Assises de la santé mentale et de la psychiatrie*.
<https://sante.gouv.fr/actualites/evenements/assises-de-la-sante-mentale-2021>

- Mizock, L., La Mar, K., DeMartini, L., & Stringer, J. (2019). Relational Resilience : Intimate and Romantic Relationship Experiences of Women with Serious Mental Illness. *Journal of Relationships Research, 10*, 5. <https://doi.org/10.1017/jrr.2019.2>
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D. G., Altman, D., Antes, G., Atkins, D., Barbour, V., Barrowman, N., Berlin, J. A., Clark, J., Clarke, M., Cook, D., D'Amico, R., Deeks, J. J., Devereaux, P. J., Dickersin, K., Egger, M., Ernst, E., ... Tugwell, P. (2009). Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses : The PRISMA statement (Chinese edition). *Journal of Chinese Integrative Medicine, 7*(9), 889-896. <https://doi.org/10.3736/jcim20090918>
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D. G., & PRISMA Group. (2009). Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses : The PRISMA statement. *PLoS Medicine, 6*(7), e1000097. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000097>
- Mokkink, L. B., Prinsen, C. A., Patrick, D. L., Alonso, J., Bouter, L. M., de Vet, H. C., & Terwee, C. B. (2018). *COSMIN methodology for systematic reviews of Patient-Reported Outcome Measures (PROMs)*.
- Montejo, A. L., de Alarcón, R., Prieto, N., Acosta, J. M., Buch, B., & Montejo, L. (2021). Management Strategies for Antipsychotic-Related Sexual Dysfunction : A Clinical Approach. *Journal of Clinical Medicine, 10*(2), 308. <https://doi.org/10.3390/jcm10020308>
- Montejo, A. L., Montejo, L., & Baldwin, D. S. (2018). The impact of severe mental disorders and psychotropic medications on sexual health and its implications for clinical management. *World Psychiatry, 17*(1), 3-11. <https://doi.org/10.1002/wps.20509>
- Monteleone, P., Amore, M., Cabassi, A., Clerici, M., Fagiolini, A., Girardi, P., Jannini, E. A., Maina, G., Rossi, A., Vita, A., & Siracusano, A. (2019). Attitudes of Italian Psychiatrists Toward the Evaluation of Physical Comorbidities and Sexual Dysfunction in Patients With

Schizophrenia. Implications for Clinical Practice. *Frontiers in Psychiatry*, 10.

<https://doi.org/10.3389/fpsyt.2019.00842>

Morgan, A. J., Reavley, N. J., Ross, A., Too, L. S., & Jorm, A. F. (2018). Interventions to reduce stigma towards people with severe mental illness : Systematic review and meta-analysis.

Journal of Psychiatric Research, 103, 120-133.

<https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2018.05.017>

Munuera, C., Felix, S., Prouteau, A., Caiada, M., Guionnet, S., Valéry, K.-M., Fombouchet, Y., Gard, S., Chevrier, F., Minois, I., & M'bailara, K. (2024). Characterizing personal recovery in severe mental illness : French psychometric validation of the Questionnaire about the Process of Recovery (QPR-Fr). *Psychiatric Rehabilitation Journal*.

<https://doi.org/10.1037/prj0000601>

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>

Nation Unies. (2006). *Convention relative aux droits des personnes handicapées*.

<https://www.ohchr.org/fr/instruments-mechanisms/instruments/convention-rights-persons-disabilities>

National Heart, Lung, and Blood Institute. (2021). *Study Quality Assessment Tools*. National Heart,

Lung, and Blood Institute. <https://www.nhlbi.nih.gov/health-topics/study-quality-assessment-tools>

Neil, S. T., Kilbride, M., Pitt, L., Nothard, S., Welford, M., Sellwood, W., & Morrison, A. P.

(2009). The questionnaire about the process of recovery (QPR) : A measurement tool developed in collaboration with service users. *Psychosis*, 1(2), 145-155.

<https://doi.org/10.1080/17522430902913450>

Nelson, T. D., & Olson, M. A. (2023). *The Psychology of Prejudice*. Guilford Publications.

- Njoku, I. (2022). *What is Mental Illness?* American Psychiatric Association.
<https://www.psychiatry.org:443/patients-families/what-is-mental-illness>
- Norton, R. (1983). Measuring marital quality : A critical look at the dependent variable. *Journal of Marriage and the Family*, 45, 141-151.
- Nugent, W. R., & Thomas, J. W. (1993). Validation of a Clinical Measure of Self-Esteem. *Research on Social Work Practice*, 3(2), 191-207.
<https://doi.org/10.1177/104973159300300205>
- Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights. (2006). *Frequently Asked Questions on a Human Rights-based Approach to Development Cooperation*.
<https://www.ohchr.org/en/publications/special-issue-publications/frequently-asked-questions-human-rights-based-approach>
- Oliver, J. P. J., Huxley, P. J., Priebe, S., & Kaiser, W. (1997). Measuring the quality of life of severely mentally ill people using the Lancashire Quality of Life Profile. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 32(2), 76-83. <https://doi.org/10.1007/BF00788924>
- Olson, D. H., & Olson, A. K. (2000). Empowering couples : PREPARE/ENRICH Program. *Marriage & Family: A Christian Journal*, 3(1), 69-81.
- Organisation Mondiale de la Santé. (1980). *Classification internationale des handicaps : Déficiences, incapacités et désavantages*. Organisation Mondiale de la Santé.
- Organisation Mondiale de la Santé. (2001). *Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé*. Organisation Mondiale de la Santé.
<https://iris.who.int/handle/10665/42418>
- Osgood, C. E., Suci, G. J., & Tannenbaum, P. H. (1957). *The Measurement of Meaning* (University of Illinois Press).

- Östman, M., & Björkman, A.-C. (2013). Schizophrenia and relationships : The effect of mental illness on sexuality. *Clinical Schizophrenia & Related Psychoses*, 7(1), 20-24.
<https://doi.org/10.3371/CSRP.OSBJ.012513>
- Pachoud, B. (2011). Le handicap psychique, une réalité pluridimensionnelle irréductible à la maladie mentale. *Le Carnet PSY*, 158(9), 36-39. <https://doi.org/10.3917/lcp.158.0036>
- Pachoud, B. (2018). La perspective du rétablissement : Un tournant paradigmatique en santé mentale. *Les Cahiers du Centre Georges Canguilhem*, 7(1), 165-180.
<https://doi.org/10.3917/ccgc.007.0165>
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., ... Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement : An updated guideline for reporting systematic reviews. *International Journal of Surgery*, 372.
<https://doi.org/10.1016/j.ijssu.2021.105906>
- Patel, V., Saxena, S., Lund, C., Thornicroft, G., Baingana, F., Bolton, P., Chisholm, D., Collins, P. Y., Cooper, J. L., Eaton, J., Herrman, H., Herzallah, M. M., Huang, Y., Jordans, M. J. D., Kleinman, A., Medina-Mora, M. E., Morgan, E., Niaz, U., Omigbodun, O., ... Unützer, J. (2018). The Lancet Commission on global mental health and sustainable development. *The Lancet*, 392(10157), 1553-1598. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31612-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31612-X)
- Pavon, G., & Vaes, J. (2017). Bio-genetic vs. Psycho-environmental conceptions of schizophrenia and their role in perceiving patients in human terms. *Psychosis*, 9(3), 245-253.
<https://doi.org/10.1080/17522439.2017.1311359>
- Perry, B. L., & Wright, E. R. (2006). The sexual partnerships of people with serious mental illness. *Journal of Sex Research*. <https://doi.org/10.1080/00224490609552312>

- 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>
- Porfyri, G.-N., Athanasiadou, M., Siokas, V., Giannoglou, S., Skarpari, S., Kikis, M., Myroforidou, A., Anoixa, M., Zerakis, N., Bonti, E., Konsta, A., Diakogiannis, I., Rudolf, J., & Deretzi, G. (2022). Mental health-related stigma discrimination and prejudices among Greek healthcare professionals. *Frontiers in Psychiatry*, 13. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2022.1027304>
- Potki, R., Ziaei, T., Faramarzi, M., Moosazadeh, M., & Shahhosseini, Z. (2017). Bio-psycho-social factors affecting sexual self-concept : A systematic review. *Electronic Physician*, 9(9), 5172-5178. <https://doi.org/10.19082/5172>
- Prinsen, C. a. C., Mokkink, L. B., Bouter, L. M., Alonso, J., Patrick, D. L., de Vet, H. C. W., & Terwee, C. B. (2018). COSMIN guideline for systematic reviews of patient-reported outcome measures. *Quality of Life Research: An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care and Rehabilitation*, 27(5), 1147-1157. <https://doi.org/10.1007/s11136-018-1798-3>
- Prouteau, A., Grondin, O., & Swendsen, J. (2009). Qualité de vie des personnes souffrant de schizophrénie : Une étude en vie quotidienne. *Revue française des affaires sociales*, 1-2, 137-155. <https://doi.org/10.3917/rfas.091.0137>
- Prouteau, A., Koleck, M., Belio, C., Bonilla-Guerrero, J., Dayre, E., Destailats, J.-M., & Mazaux, J.-M. (2016). Appréhender les situations de handicap psychique. Intérêts et limites des

méthodes d'évaluation. In *Handicap psychique : Questions vives* (p. 125-142). Érès.

<https://doi.org/10.3917/eres.bouch.2016.01.0125>

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., Verdoux, H., Briand, C., Lesage, A., Lalonde, P., Nicole, L., Reinharz, D., & Stip, E. (2005). Cognitive predictors of psychosocial functioning outcome in schizophrenia : A follow-up study of subjects participating in a rehabilitation program. *Schizophrenia Research*, 77(2), 343-353. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2005.03.001>

Puras, D. (2022). Report of the Special Rapporteur on the Right of Everyone to the Enjoyment of the Highest Attainable Standard of Physical and Mental Health. *Philippine Law Journal*, 95, 274.

Quinn, C., & Happell, B. (2015). Consumer sexual relationships in a Forensic mental health hospital : Perceptions of nurses and consumers. *International Journal of Mental Health Nursing*, 24(2), 121-129. <https://doi.org/10.1111/inm.12112>

Quinn, C., Happell, B., & Welch, A. (2013). Talking about sex as part of our role : Making and sustaining practice change. *International Journal of Mental Health Nursing*, 22(3), 231-240. <https://doi.org/10.1111/j.1447-0349.2012.00865.x>

Ravaud, J.-F. (1999). Modèle individuel, modèle médical, modèle social : La question du sujet. *Handicap - Revue de sciences humaines et sociales*, 81, 64-75.

Read, J., & Dillon, J. (2013). *Models of Madness : Psychological, Social and Biological Approaches to Psychosis*. Routledge.

- Read, J., & Harper, D. J. (2022). The Power Threat Meaning Framework : Addressing Adversity, Challenging Prejudice and Stigma, and Transforming Services. *Journal of Constructivist Psychology*, 35(1), 54-67. <https://doi.org/10.1080/10720537.2020.1773356>
- Read, J., Haslam, N., & Magliano, L. (2013). Prejudice, Stigma and 'Schizophrenia' : The role of bio-genetic ideology. In *Models of Madness* (2^e éd.). Routledge.
- Rebord, L. (2023). Accès à la vie affective et sexuelle des personnes en situation de handicap. *Les Cahiers de l'Actif*, 570-571(10-11), 91-106.
- Redmond, C., Larkin, M., & Harrop, C. (2010). The personal meaning of romantic relationships for young people with psychosis. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 15(2), 151-170. <https://doi.org/10.1177/1359104509341447>
- Reichow, B., Barton, E. E., & Maggin, D. M. (2018). Development and applications of the single-case design risk of bias tool for evaluating single-case design research study reports. *Research in Developmental Disabilities*, 79, 53-64. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2018.05.008>
- Rohmer, O., & Louvet, E. (2011). Le stéréotype des personnes handicapées en fonction de la nature de la déficience. *L'Année psychologique*, 111(1), 69-85. <https://doi.org/10.3917/anpsy.111.0069>
- Rosenberg, M. (1965). Rosenberg Self-Esteem Scale. *Journal of Religion and Health*. <https://doi.org/10.1037/t01038-000>
- Rüsch, N., Angermeyer, M. C., & Corrigan, P. W. (2005). Mental illness stigma : Concepts, consequences, and initiatives to reduce stigma. *European Psychiatry*, 20(8), 529-539. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2005.04.004>
- Rüsch, N., Corrigan, P. W., Wassel, A., Michaels, P., Olschewski, M., Wilkniss, S., & Batia, K. (2009). Ingroup perception and responses to stigma among persons with mental illness. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 120(4), 320-328. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2009.01403.x>

- Rush, A. J., Gullion, C. M., Basco, M. R., Jarrett, R. B., & Trivedi, M. H. (1996). The Inventory of Depressive Symptomatology (IDS) : Psychometric properties. *Psychological Medicine*, 26(3), 477-486. <https://doi.org/10.1017/s0033291700035558>
- 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>
- Sandhu, H. S., Arora, A., Brasch, J., & Streiner, D. L. (2019). Mental Health Stigma : Explicit and Implicit Attitudes of Canadian Undergraduate Students, Medical School Students, and Psychiatrists. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 64(3), 209-217. <https://doi.org/10.1177/0706743718792193>
- Saramago, M., Lemétayer, F., & Gana, K. (2021). Adaptation et validation de la version française de l'échelle d'évaluation de la relation. *Psychologie Française*, 66(4), 333-343. <https://doi.org/10.1016/j.psfr.2020.09.004>
- Sarisoy, G., Kaçar, Ö. F., Pazvantoğlu, O., Korkmaz, I. Z., Öztürk, A., Akkaya, D., Yılmaz, S., Böke, Ö., & Sahin, A. R. (2013). Internalized stigma and intimate relations in bipolar and schizophrenic patients : A comparative study. *Comprehensive Psychiatry*, 54(6), 665-672. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2013.02.002>
- Sarraf, L., Lepage, M., & Sauvé, G. (2022). The clinical and psychosocial correlates of self-stigma among people with schizophrenia spectrum disorders across cultures : A systematic review and meta-analysis. *Schizophrenia Research*, 248, 64-78. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2022.08.001>
- Schad, D. J., Vasishth, S., Hohenstein, S., & Kliegl, R. (2020). How to capitalize on a priori contrasts in linear (mixed) models : A tutorial. *Journal of Memory and Language*, 110, 104038. <https://doi.org/10.1016/j.jml.2019.104038>

- 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>
- Seikkula, J., Aaltonen, J., Kalla, O., Saarinen, P., & Tolvanen, A. (2013). Couple therapy for depression in a naturalistic setting in Finland : A 2-year randomized trial: Couple therapy for depression. *Journal of Family Therapy, 35*(3), 281-302. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6427.2012.00592.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>
- Shrout, P. E., & Fleiss, J. L. (1979). Intraclass correlations : Uses in assessing rater reliability. *Psychological Bulletin, 86*(2), 420-428. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.86.2.420>
- Sideli, L., Sartorio, C., Ferraro, L., Mannino, G., Giunta, S., Giannone, F., Seminerio, F., Barone, M. V., Maniaci, G., Montana, S., Marchese, F., La Barbera, D., & La Cascia, C. (2021). Views of Schizophrenia Among Future Healthcare Professionals : Differences in Relation to Diagnostic Labelling, Causal Explanations, and Type of Academic Degree Program. *Clinical Neuropsychiatry, 18*(5), 260-269. <https://doi.org/10.36131/cnfioritieditore20210504>
- Simons, L., & Petch, A. (2002). Needs assessment and discharge : A Scottish perspective. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 9*(4), 435-445. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2850.2002.00506.x>
- Slade, M. (2009). *Personal Recovery and Mental Illness : A Guide for Mental Health Professionals*. Cambridge University Press.
- Snell, W. E., & Papini, D. R. (1989). The Sexuality Scale : An instrument to measure sexual-esteem, sexual-depression, and sexual-preoccupation. *Journal of Sex Research, 26*(2), 256-263. <https://doi.org/10.1080/00224498909551510>

- Snyder, D. K. (1979). Multidimensional Assessment of Marital Satisfaction. *Journal of Marriage and Family*, 41(4), 813-823. <https://doi.org/10.2307/351481>
- Solidarités et santé. (2021). *CIRCULAIRE N° DGCS/SD3B/2021/147 du 5 juillet 2021 relative au respect de l'intimité, des droits sexuels et reproductifs des personnes accompagnées dans les établissements et services médico sociaux relevant du champ du handicap et de la lutte contre les violences*. <https://www.legifrance.gouv.fr/circulaire/id/45220>
- Spanier, G. B. (1976). Measuring dyadic adjustment : New scales for assessing the quality of marriage and similar dyads. *Journal of Marriage and the Family*, 38(1), 15-28. <https://doi.org/10.2307/350547>
- Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B. W., & Löwe, B. (2006). A brief measure for assessing generalized anxiety disorder : The GAD-7. *Archives of Internal Medicine*, 166(10), 1092-1097. <https://doi.org/10.1001/archinte.166.10.1092>
- Sreeram, A., Cross, W. M., & Townsin, L. (2022). Anti-stigma initiatives for mental health professionals—A systematic literature review. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 29(4), 512-528. <https://doi.org/10.1111/jpm.12840>
- Stacy, M. A., & Rosenheck, R. (2019). The association of recovery orientation and stigmatizing beliefs. *Journal of Mental Health*, 28(3), 276-281. <https://doi.org/10.1080/09638237.2017.1417573>
- Stanley, S. M., & Markman, H. J. (1992). Assessing Commitment in Personal Relationships. *Journal of Marriage and Family*, 54(3), 595-608.
- Sterne, J. A. C., Savović, J., Page, M. J., Elbers, R. G., Blencowe, N. S., Boutron, I., Cates, C. J., Cheng, H.-Y., Corbett, M. S., Eldridge, S. M., Emberson, J. R., Hernán, M. A., Hopewell, S., Hróbjartsson, A., Junqueira, D. R., Jüni, P., Kirkham, J. J., Lasserson, T., Li, T., ... Higgins, J. P. T. (2019). RoB 2 : A revised tool for assessing risk of bias in randomised trials. *BMJ*, 366, 14898. <https://doi.org/10.1136/bmj.14898>

- Stewart, C. J., Lysaker, P. H., & Davis, L. W. (2013). Relationships of Social-Sexual Function with Stigma and Narrative Quality Among Persons with Schizophrenia Spectrum Disorders Over One Year. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 16(3), 198-212.
<https://doi.org/10.1080/15487768.2013.813873>
- Stutterheim, S. E., & Ratcliffe, S. E. (2021). Understanding and addressing stigma through qualitative research : Four reasons why we need qualitative studies. *Stigma and Health*, 6, 8-19. <https://doi.org/10.1037/sah0000283>
- Talbot, N. L., Chaudron, L. H., Ward, E. A., Duberstein, P. R., Conwell, Y., O'Hara, M. W., Tu, X., Lu, N., He, H., & Stuart, S. (2011). A Randomized Effectiveness Trial of Interpersonal Psychotherapy for Depressed Women With Sexual Abuse Histories. *Psychiatric services (Washington, D.C.)*, 62(4), 374-380. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.62.4.374>
- Talbot, N. L., Conwell, Y., O'Hara, M. W., Stuart, S., Ward, E. A., Gamble, S. A., Watts, A., & Tu, X. (2005). Interpersonal psychotherapy for depressed women with sexual abuse histories : A pilot study in a community mental health center. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 193(12), 847-850. <https://doi.org/10.1097/01.nmd.0000188987.07734.22>
- Tennille, J., Bohrman, C., Barrenger, S., Compton, E., Meduna, E., & Klein, L. (2022). Behavioral Health Provider Attitudes and Beliefs about Sexuality and Intimacy : Findings from a Mixed Method Design. *Community Mental Health Journal*, 58(3), 444-453.
<https://doi.org/10.1007/s10597-021-00838-1>
- Tennille, J., & Wright. (2013). *Addressing the intimacy interests of people with mental health conditions : Acknowledging consumer desires, provider discomforts, and system denial.*
- Terwee, C. B., Prinsen, C. a. C., Chiarotto, A., Westerman, M. J., Patrick, D. L., Alonso, J., Bouter, L. M., de Vet, H. C. W., & Mokkink, L. B. (2017). COSMIN methodology for evaluating the content validity of patient-reported outcome measures : A Delphi study.

Quality of Life Research: An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care and Rehabilitation, 27(5), 1159-1170. <https://doi.org/10.1007/s11136-018-1829-0>

Thornicroft, G., Brohan, E., Rose, D., Sartorius, N., & Leese, M. (2009). Global pattern of experienced and anticipated discrimination against people with schizophrenia : A cross-sectional survey. *The Lancet*, 373(9661), 408-415. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)61817-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)61817-6)

Thornicroft, G., Sunkel, C., Aliev, A. A., Baker, S., Brohan, E., Chammay, R. el, Davies, K., Demissie, M., Duncan, J., Fekadu, W., Gronholm, P. C., Guerrero, Z., Gurung, D., Habtamu, K., Hanlon, C., Heim, E., Henderson, C., Hijazi, Z., Hoffman, C., ... Winkler, P. (2022). The Lancet Commission on ending stigma and discrimination in mental health. *The Lancet*, 400(10361), 1438-1480. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)01470-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)01470-2)

Thornicroft, G., Tansella, M., Becker, T., Knapp, M., Leese, M., Schene, A., & Vazquez-Barquero, J. L. (2004). The personal impact of schizophrenia in Europe. *Schizophrenia Research*, 69(2), 125-132. [https://doi.org/10.1016/S0920-9964\(03\)00191-9](https://doi.org/10.1016/S0920-9964(03)00191-9)

United Nations. (2006). *Convention on the Rights of Persons with Disabilities*.

Urry, K., Chur-Hansen, A., & Khaw, C. (2019). 'It's just a peripheral issue' : A qualitative analysis of mental health clinicians' accounts of (not) addressing sexuality in their work. *International Journal of Mental Health Nursing*, 28(6), 1278-1287. <https://doi.org/10.1111/inm.12633>

Urry, K., Chur-Hansen, A., & Khaw, C. (2022). 'It's Not Really a Part of Standard Practice' : Institutional Silencing of Sexuality Within Australian Mental Health Settings. *Qualitative Health Research*, 32(3), 543-555. <https://doi.org/10.1177/10497323211061340>

Usher, K., Park, T., & Foster, K. (2013). The experience of weight gain as a result of taking second-generation antipsychotic medications : The mental health consumer perspective. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 20(9), 801-806. <https://doi.org/10.1111/jpm.12019>

- Valery, K.-M. (2021). *Réduction de la stigmatisation de la schizophrénie dans les pratiques en santé mentale* [These de doctorat, Bordeaux]. <https://theses.fr/2021BORD0324>
- 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., Quemper, D., Staedel, B., Touroude, R., Vigneault, L., & Prouteau, A. (2023). When mental health care is stigmatizing : A participative study in schizophrenia. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 46(3), 232-242. <https://doi.org/10.1037/prj0000567>
- 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., & Prouteau, A. (2023). La stigmatisation dans les pratiques en santé mentale. In *Préjugés, discrimination et exclusion en santé mentale—Pour en finir avec la stigmatisation* (PERFORMANCE ED).
- Valery, K.-M., Violeau, L., Fournier, T., Caiada, M., Felix, S., Guionnet, S., Destailats, J.-M., & Prouteau, A. (2023). How do mental health professionals stigmatize incompetence in schizophrenia? *Stigma and Health*. <https://doi.org/10.1037/sah0000476>
- Valery, K.-M., Violeau, L., Fournier, T., Yvon, F., Arfeuillere, 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. (2022). Part of the solution yet part of the problem : Factors of schizophrenia stigma in mental health professionals. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 27(2), 134-144. <https://doi.org/10.1080/13651501.2022.2129068>
- Van Sant, Ahmed, & Buckley. (2012). Schizophrenia, Sexuality, and Recovery. *Journal of Ethics in Mental Health*.

- Varese, F., Smeets, F., Drukker, M., Lieverse, R., Lataster, T., Viechtbauer, W., Read, J., van Os, J., & Bentall, R. P. (2012). Childhood Adversities Increase the Risk of Psychosis : A Meta-analysis of Patient-Control, Prospective- and Cross-sectional Cohort Studies. *Schizophrenia Bulletin*, 38(4), 661-671. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbs050>
- Vie intime, affective et sexuelle : Droits des personnes handicapées et obligations des institutions | Mon Parcours Handicap.* (2024). Mon Parcours Handicap. <https://www.monparcourshandicap.gouv.fr/vie-intime-et-parentalite/vie-intime-affective-et-sexuelle-quels-sont-vos-droits>
- 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>
- Volman, L., & Landeen, J. (2007). Uncovering the sexual self in people with schizophrenia. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 14(4), 411-417. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2007.01099.x>
- Vucic Peitl, M., Rubesa, G., Peitl, V., Ljubicic, Đ., & Pavlovic, E. (2009). Aspects of sexual self-perception in schizophrenic patients. *The European Journal of Psychiatry*, 23(1), 37-46.
- 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>
- Wainberg, M. L., Cournos, F., Wall, M. M., Norcini Pala, A., Mann, C. G., Pinto, D., Pinho, V., & McKinnon, K. (2016). Mental illness sexual stigma : Implications for health and recovery. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 39(2), 90-96. <https://doi.org/10.1037/prj0000168>
- Walsh, C., Mccann, E., Gilbody, S., & Hughes, E. (2014). Promoting HIV and sexual safety behaviour in people with severe mental illness : A systematic review of behavioural

interventions. *International Journal of Mental Health Nursing*, 23(4), 344-354.

<https://doi.org/10.1111/inm.12065>

Watson, A. C., Corrigan, P., Larson, J. E., & Sells, M. (2007). Self-Stigma in People With Mental Illness. *Schizophrenia Bulletin*, 33(6), 1312-1318. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbl076>

Weiner, B. (1985). Attribution Theory. In B. Weiner (Éd.), *Human Motivation* (p. 275-326). Springer. https://doi.org/10.1007/978-1-4612-5092-0_7

Weiner, B. (2012). An attribution theory of motivation. In *Handbook of theories of social psychology, Vol. 1* (p. 135-155). Sage Publications Ltd. <https://doi.org/10.4135/9781446249215.n8>

Wells, R., Rehman, U. S., & Sutherland, S. (2016). Alexithymia and social support in romantic relationships. *Personality and Individual Differences*, 90, 371-376. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2015.11.029>

Werner, S. (2012). Needs assessment of individuals with serious mental illness : Can it help in promoting recovery? *Community Mental Health Journal*, 48(5), 568-573. <https://doi.org/10.1007/s10597-011-9478-6>

Westfall, J., Kenny, D. A., & Judd, C. M. (2014). Statistical power and optimal design in experiments in which samples of participants respond to samples of stimuli. *Journal of Experimental Psychology: General*, 143(5), 2020-2045. <https://doi.org/10.1037/xge0000014>

White, R., Haddock, G., Campodonico, C., Haarmans, M., & Varese, F. (2021). The influence of romantic relationships on mental wellbeing for people who experience psychosis : A systematic review. *Clinical Psychology Review*, 86, 102022. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2021.102022>

White, R., Haddock, G., Haarmans, M., & Varese, F. (2023). Being more satisfied with romantic relationship status is associated with increased mental wellbeing in people with experience of psychosis. *Frontiers in Psychiatry*, 14, 1232973. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2023.1232973>

- White, R., Haddock, G., & Varese, F. (2020). Supporting the intimate relationship needs of service users with psychosis : What are the barriers and facilitators? *Journal of Mental Health, 29*(3), 314-320. <https://doi.org/10.1080/09638237.2019.1608928>
- White, R., Haddock, G., Varese, F., & Haarmans, M. (2021). “Sex isn’t everything” : Views of people with experience of psychosis on intimate relationships and implications for mental health services. *BMC Psychiatry, 21*(1), 307. <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03262-7>
- Wigand, M. E., Orzechowski, M., Nowak, M., Becker, T., & Steger, F. (2021). Schizophrenia, human rights and access to health care : A systematic search and review of judgements by the European Court of Human Rights. *International Journal of Social Psychiatry, 67*(2), 168-174. <https://doi.org/10.1177/0020764020942797>
- Wittenborn, A. K., Liu, T., Ridenour, T. A., Lachmar, E. M., Mitchell, E. A., & Seedall, R. B. (2019). Randomized controlled trial of emotionally focused couple therapy compared to treatment as usual for depression : Outcomes and mechanisms of change. *Journal of Marital and Family Therapy, 45*(3), 395-409. <https://doi.org/10.1111/jmft.12350>
- Wittenborn, A. K., Woods, S. B., Priest, J. B., Morgan, P. C., Tseng, C.-F., Huerta, P., & Edwards, C. (2022). Couple and family interventions for depressive and bipolar disorders : Evidence base update (2010–2019). *Journal of Marital and Family Therapy, 48*(1), 129-153. <https://doi.org/10.1111/jmft.12569>
- World Health Organization. (2001). *International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)*. <https://www.who.int/standards/classifications/international-classification-of-functioning-disability-and-health>
- World Health Organization. (2006). *Defining sexual health : Report of a technical consultation on sexual health, 28-31 January 2002, Geneva*. World Health Organization.

- World Health Organization. (2019). *Recovery and the right to health : WHO QualityRights core training: mental health and social services: course guide*. World Health Organization.
<https://iris.who.int/handle/10665/329577>
- World Health Organization. (2021). *Guidance on community mental health services : Promoting person-centred and rights-based approaches*.
<https://www.who.int/publications/i/item/9789240025707>
- World Health Organization. (2022a). *Plan d'action global pour la santé mentale 2013-2030*.
<https://www.who.int/fr/publications/i/item/9789240031029>
- World Health Organization. (2022b). *World mental health report : Transforming mental health for all*. World Health Organization.
- Wright, E. R., Wright, D. E., Perry, B. L., & Foote-Ardah, C. E. (2007). Stigma and the Sexual Isolation of People with Serious Mental Illness. *Social Problems*, 54(1), 78-98.
<https://doi.org/10.1525/sp.2007.54.1.78>
- Yanos, P. T., Lucksted, A., Drapalski, A. L., Roe, D., & Lysaker, P. (2015). Interventions Targeting Mental Health Self-Stigma : A Review and Comparison. *Psychiatric rehabilitation journal*, 38(2), 171-178. <https://doi.org/10.1037/prj0000100>
- Yanos, P. T., Roe, D., Markus, K., & Lysaker, P. H. (2008). Pathways Between Internalized Stigma and Outcomes Related to Recovery in Schizophrenia Spectrum Disorders. *Psychiatric Services*, 59(12), 1437-1442. <https://doi.org/10.1176/ps.2008.59.12.1437>
- Yu, B. C. L., Chio, F. H. N., Mak, W. W. S., Corrigan, P. W., & Chan, K. K. Y. (2021). Internalization process of stigma of people with mental illness across cultures : A meta-analytic structural equation modeling approach. *Clinical Psychology Review*, 87, 102029.
<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2021.102029>

Yvon, F., & Prouteau, A. (2017). Vers une compréhension de la stigmatisation : Quel est le stéréotype associé à la schizophrénie ? *Santé mentale au Québec*, 42(2), 125-131.

<https://doi.org/10.7202/1041919ar>

Yzerbyt, V., & Demoulin, S. (2019). Chapitre 2. La perception et les représentations des groupes. In *Les relations intergroupes* (p. 27-47). Presses universitaires de Grenoble.

<https://www.cairn.info/les-relations-intergroupes--9782706142529-p-27.htm>

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>

Annexes

Annexe 1 : Item 10 et 11 de la Grille de Mesure de l'Activité et de la Participation.....	272
Annexe 2 : CIRCULAIRE N° DGCS/SD3B/2021/147 du 5 juillet 2021.....	277
Annexe 3 : Comité de Pilotage d'INTIMate.....	286
Annexe 4 : Plaquette d'information : Les interventions promouvant les relations intimes des personnes en situation de handicap psychique.....	287
Annexe 5 : Protocole en ligne de l'étude 2 ' <i>INTIMate Factors</i> '.....	289
Annexe 6 : Protocole en ligne de l'étude 3 ' <i>INTIMate Stigma</i> '.....	308
Annexe 7 : Echelle d'auto-stigmatisation des relations intimes.....	316
Annexe 8 : Curriculum Vitae.....	325

Annexe 1 : Item 10 et 11 de la Grille de mesure de l'activité et de la participation

Item 10 : Couple (si approprié) / relations amoureuses

Il y a d'autres types de relations avec les gens. On va en aborder plusieurs si vous le voulez bien, mais parlons d'abord des relations amoureuses, du couple. Actuellement, vous êtes en couple ? Vous aimeriez l'être ?

NB : il existe ici plusieurs cas de figure (*), la cotation doit porter sur la situation spécifique de l'individu (ex : en couple versus célibataire)

1- Activité

Pourriez-vous avoir une relation de couple / relation amoureuse ?

- 0 :** pourrait entretenir une relation de couple
- 1 :** pourrait entretenir une relation de couple mais avec difficultés
- 2 :** ne pourrait pas entretenir une relation de couple

Complément d'informations : qu'est-ce qui vous en empêche actuellement ?

Autres compléments d'information, selon les cas :

*En couple : Si vous deviez améliorer l'entente au sein de votre couple, comment feriez-vous ?

- 0 :** proposerait des sorties de loisirs en couple, prendrait le temps de discuter et d'écouter son conjoint, verbaliserait à son conjoint ce qui le tracasse, prendrait rendez-vous pour une thérapie de couple ...
- 1 :** essaierait une des propositions ci-dessus, donnerait des idées
- 2 :** ne ferait rien et/ou attendrait que le changement vienne du conjoint

*Célibataire : Si vous souhaitiez être en couple, comment feriez-vous ? Par quels moyens pensez-vous qu'il est plus facile de rencontrer quelqu'un ? C'est quoi pour vous être en couple ? Selon vous comment se passe le quotidien d'un couple ?

- 0 :** essaierait les clubs de rencontre réels et/ou virtuels, sortirait seul dans différents lieux, lors de dîners avec des amis, etc.
- 1 :** n'envisage qu'une solution
- 2 :** ne sait pas, ne pourrait pas être en couple

2- Participation

Selon les cas :

*En couple : Etes-vous satisfait de votre vie de couple en ce moment ?

Comment définissez-vous votre place et rôle de conjoint / partenaire (échanges de sentiments, partage des responsabilités, projets / activités communes) ? Comment se passent vos relations avec votre conjoint / partenaire ? Y a-t-il eu des changements depuis l'accident / la maladie ?

Que faites-vous pour que ça se passe bien ? Y a-t-il des choses que vous aimez faire en compagnie de votre conjoint(e) ?

Selon vous, votre conjoint(e) est-il (elle) satisfait de votre vie de couple actuellement ?

Comment se passent vos relations au sein du couple ? Vous vous entendez bien tous les deux ? Il y a des sujets de conversation conflictuels entre vous ? Vous restez en général à la maison ? Faites-vous des sorties ensemble (juste tous les deux ou avec d'autres amis) ? Quels types de sortie faites-vous (pour les besoins de l'un ou de l'autre. Exemples : accompagner le conjoint chez le médecin, pour faire les courses, pour les loisirs, les vacances). Sortez-vous ensemble autant de fois que vous le souhaitez ?

0 : entretient une relation de couple, place et rôle de conjoint au sein du couple, arrive à échanger avec le conjoint, est en mesure de résoudre un conflit conjugal

Gêne : __

1 : entretient une relation de couple conflictuelle ou place et rôle peu définis, ne fait que certaines choses avec le conjoint

2 : n'entretient pas de relation de couple, ne fait rien avec le conjoint

*Célibataire / pas en couple : Comment se passent vos relations amoureuses ? Est-il facile pour vous de rencontrer quelqu'un ? Comment faites-vous ?

0 : entretient des relations amoureuses

Gêne : __

1 : est en difficulté pour entretenir des relations amoureuses (ex : ne rencontre des personnes que dans un certain contexte ou évite parfois ou en partie les situations où des contacts pourraient être créés avec une personne qui lui plaît)

2 : n'entretient pas de relation amoureuse ou très peu ou très peu satisfaisantes

3- Soutien social (disponibilité) SSD

Avec qui pouvez-vous parler de vos relations de couple / relations amoureuses ? Qui peut vous donner des conseils par rapport à ça ? Qui peut vous soutenir, vous reconforter ? Est-ce qu'il y a quelqu'un par exemple qui est disponible pour vous aider à être en relation avec votre conjoint ?

Nombre de catégories (de personnes) d'aide : 0 1 2 3 : préciser lesquelles : _____

Y'a-t-il quelqu'un d'autre que cette ou ces personnes ?

4- Soutien social (satisfaction) SSS

Êtes-vous satisfait du soutien que vous recevez ? Est-ce que cela vous suffit ? (Si pas d'aide : est-ce que ça vous convient de ne pas avoir de soutien, en êtes-vous satisfait ?)

Insatisfait (1) Plutôt insatisfait (2) Moy. Satisfait (3) Plutôt satisfait (4) Satisfait (5)

5- Attitudes

Votre conjoint vous fait-il des remarques, des réflexions particulières (*qu'il ne faisait pas avant pour les TC*) ? Ces remarques sont-elles encourageantes ou au contraire décourageantes ? Le regard des autres a-t-il une influence sur vos (éventuelles, potentielles) relations amoureuses ?

Facilitateur (1) Obstacle (2) Les deux (3) Indifférent (4) NSP / NC

Préciser le facteur :

6- Systèmes et politiques

Est-ce que vous pensez que vous êtes aidé dans les relations que vous entretenez avec votre conjoint / les relations amoureuses que vous avez /pourriez avoir ? Par qui ? Est-ce que vous pensez qu'il pourrait y avoir d'autres aides ? Lesquelles par exemple ? Est-ce que les différents moyens de communications tels qu'ils existent à l'heure actuelle ont une influence sur les relations amoureuses que vous entretenez / pourriez entretenir ?

Facilitateur (1) Obstacle (2) Les deux (3) Indifférent (4) NSP / NC

Préciser le facteur :

Item 11 : Sexualité

Nous allons parler maintenant de sexualité. Vous savez qu'après un choc au cerveau (des problèmes de santé psychologique), les gens peuvent avoir des difficultés dans la vie intime, pour avoir des relations sexuelles satisfaisantes par exemple, ou trouver des partenaires. D'autres personnes ont moins d'envie, moins de désir, et ça peut poser des problèmes, faire souffrir la personne elle-même, ou le conjoint (l'amie).

1- Activité

Vous seriez d'accord pour qu'on parle un peu de ça maintenant ? Ou vous pensez que cela ne vous concerne pas ? **Pourriez-vous avoir une sexualité ? Des pratiques sexuelles ? Ou votre sexualité est-elle gênée, empêchée du fait de votre maladie ?**

- 0 :** pourrait avoir des relations sexuelles / une sexualité
- 1 :** pourrait avoir une sexualité, mais avec difficulté (ex : problèmes érectiles, de libido), difficulté pour rencontrer un partenaire
- 2 :** ne pourrait pas avoir de sexualité du tout

Complément d'informations : si vous deviez avoir des relations sexuelles, cela vous poserait-il des difficultés (physiques, psychologiques) ?

2- Participation

Actuellement, avez-vous des relations sexuelles / une sexualité satisfaisante pour vous ? Vous avez des envies, des désirs quand vous voyez une belle fille (*garçon*), quelqu'un de désirable, ou devant des photos, ou un film ?

Gêne :

- 0 :** a des relations sexuelles / une sexualité satisfaisante
- 1 :** aimerait avoir des relations plus fréquentes / plus satisfaisantes
- 2 :** n'a aucune relation sexuelle / sexualité

3- Soutien social (disponibilité) SSD

Avec qui pouvez-vous parler de sexualité ? Qui peut vous donner des conseils ? Qui peut vous soutenir, vous reconforter ? Est-ce qu'il y a quelqu'un par exemple qui est disponible pour vous aider sur ces questions là ? Un ami, un confident, votre médecin, un sexologue, un conseiller conjugal...

Nombre de catégories (de personnes) d'aide : **0 1 2 3** : préciser lesquelles : _____

Y'a-t-il quelqu'un d'autre que cette ou ces personnes ?

4- Soutien social (satisfaction) SSS

Êtes-vous satisfait du soutien que vous recevez ? Est-ce que cela vous suffit ? (Si pas d'aide : est-ce que ça vous convient de ne pas avoir de soutien, en êtes-vous satisfait ?)

Insatisfait (1) Plutôt insatisfait (2) Moy. Satisfait (3) Plutôt satisfait (4) Satisfait (5)

5- Attitudes

Avez-vous l'impression que c'est un sujet tabou, difficile à aborder et que les gens peuvent avoir des comportements gênants et / ou rassurants quand on leur parle de ces choses là ?

Facilitateur (1) Obstacle (2) Les deux (3) Indifférent (4) NSP / NC

Préciser le facteur :

6- Systèmes et politiques

Y a-t-il des personnes à qui l'ont peut s'adresser pour parler de sexualité ? Avez-vous eu des informations à ce sujet ? Par exemple sur les répercussions de votre maladie au niveau des relations sexuelles, sur les gens à qui on peut s'adresser (médecin, sexologue,...). Est-ce qu'il y aurait d'autres choses qui pourraient être mises en place pour transmettre des informations complémentaires ?

Eventuellement : pensez-vous que dans notre pays il devrait y avoir des aidants sexuels comme il en existe dans d'autres pays ?

Facilitateur (1) Obstacle (2) Les deux (3) Indifférent (4) NSP / NC

Préciser le facteur :

Annexe 2 : CIRCULAIRE N° DGCS/SD3B/2021/147 du 5 juillet 2021



**SECRETARIAT D'ÉTAT
CHARGÉ DES PERSONNES
HANDICAPÉES**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

Direction Générale de la Cohésion Sociale

Sous-direction de l'autonomie des
personnes handicapées et des personnes
âgées

Bureau Insertion, Citoyenneté et Parcours
de vies des personnes handicapées

Personne chargée
du dossier : Tél. :

Mél. : DGCS-HANDICAP@social.gouv.fr

La Secrétaire d'Etat auprès du Premier
ministre, chargée des personnes
handicapées

à

Mesdames et Messieurs les directeurs
généraux des agences régionales de santé

CIRCULAIRE N° DGCS/SD3B/2021/147 du 5 juillet 2021 relative au respect de l'intimité, des droits sexuels et reproductifs des personnes accompagnées dans les établissements et services médico sociaux relevant du champ du handicap et de la lutte contre les violences.

Date d'application :
immédiate NOR :
SSAA2120779C

Classement thématique : Action Sociale - Handicapés

Validée par le CNP le 25 juin 2021 - Visa CNP 2021-77

Document opposable : non
Déposée sur le site
Légifrance : oui Publiée au
BO : non

Catégorie : mise en œuvre des réformes et des politiques publiques comportant des objectifs ou un calendrier d'exécution.
Résumé : La présente circulaire rappelle le droit à la vie affective, intime et sexuelle des personnes en situation de handicap accompagnées par des ESSMS. Cette circulaire vise également à lutter contre les violences physiques, psychologiques et sexuelles, dont les personnes en situation de handicap peuvent faire l'objet.
Mention Outre-mer : cette circulaire est applicable aux territoires ultramarins.
Mots-clés : Handicap – Etablissements et services médico-sociaux – établissements et services médico-sociaux, handicap - vie affective, intime et sexuelle - droits des usagers - violence à l'encontre des femmes - Grenelle de lutte contre les violences conjugales
Circulaire(s) / instruction(s) abrogée(s) : Néant
Circulaire(s) / instruction(s) modifiée(s) : Néant
Annexe(s) : - Annexe : Le respect de l'intimité, des droits sexuels et reproductifs des personnes accompagnées dans les établissements et services médico sociaux relevant du champ du handicap et de la lutte contre les violences
Diffusion : Etablissements et services médico sociaux du secteur handicap enfants et adultes, organismes gestionnaires

La construction d'une société inclusive garantit à l'ensemble des personnes en situation de handicap l'accessibilité universelle : accès à l'éducation, accès à l'emploi, accès à un logement, accès à la culture etc. Cette accessibilité universelle reconnaît également le droit pour les personnes en situation de handicap d'avoir une vie affective, relationnelle, intime, amoureuse et sexuelle au même titre que l'ensemble des citoyens français et des citoyennes françaises.

Cette vie personnelle, intime et sexuelle assure un état de bien-être physique, émotionnel, mental aux personnes concernées et participe à l'acceptation du handicap et de ses conséquences. Ce déterminant de santé ne saurait être négligé.

A cet égard, une mesure du Comité interministériel du handicap du 16 novembre 2020 et la Stratégie nationale de santé sexuelle prévoient de sensibiliser la société sur la sexualité des personnes handicapées, de faciliter leur vie sociale tout en préservant l'intimité et le respect de la santé sexuelle. Les recommandations de la HAS portant sur ce sujet devront être prises en compte lors de leur publication.

Face aux violences à l'encontre des femmes en situation de handicap, il est également rappelé les obligations des professionnels emportant leur responsabilité pénale notamment en référence aux décisions prises par le Conseil de l'Europe sur le sujet.

La mise en œuvre d'une éducation à la sexualité par une approche positive, la reconnaissance de l'expertise des personnes, la coéducation avec les parents par les professionnels accompagnant les personnes en situation de handicap permet l'épanouissement dans la vie affective, intime et sexuelle des personnes concernées.

Cet accompagnement pour l'accès à la vie affective, relationnelle, intime et sexuelle permet également de sensibiliser les personnes en situation de handicap aux violences sexuelles dont elles peuvent faire l'objet. Les femmes en situation de handicap sont particulièrement touchées. La DREES révèle dans une publication de juillet 2020 que les femmes handicapées sont deux fois plus victimes que les femmes sans handicap.

Fort de ce constat alarmant, le Grenelle des violences conjugales décline trois mesures à destination des personnes en situation de handicap en veillant particulièrement à la protection des femmes en situation de handicap.

Ces mesures sont les suivantes :

- **La création et le déploiement de centres de ressources à partir du premier trimestre 2021 dans chaque région pour accompagner les personnes en situation de handicap dans leur vie intime et sexuelle et leur parentalité** : ils organiseront un réseau d'acteurs de proximité afin que chaque personne en situation de handicap puisse trouver ses réponses, qu'il s'agisse de sa vie intime ou face à des violences subies. A travers cette organisation, les personnes en situation de handicap seront soutenues dans leur pouvoir d'agir.
- **Le développement d'une formation en ligne pour les professionnels** : cette formation permettra de faire monter massivement en compétences les différents professionnels qui interviennent, notamment dans les établissements et services médico-sociaux.
- **Une instruction à destination des ESMS** rappelant la nécessité de respecter le droit à l'intimité, la vie amoureuse, et les droits sexuels et reproductifs des personnes en situation de handicap, et lutter contre les violences dont elles peuvent faire l'objet.

C'est dans le cadre de cette dernière mesure que cette instruction s'inscrit.

Objectif de la présente instruction :

Cette instruction adressée aux professionnels et aux directions des ESMS rappelle le droit pour les personnes en situation de handicap d'avoir une vie affective, relationnelle, intime et sexuelle. L'instruction promeut et encourage le développement de pratiques professionnelles respectueuses de cette vie privée. Elle décline des pratiques et des outils à développer pour la mise en œuvre effective de ce droit, et identifie ce qui peut être une entrave.

L'accompagnement des professionnels doit également permettre de sensibiliser les personnes à leur santé sexuelle : suivi gynécologique et urologique, choix de la contraception, habilités sociales, prévention, groupe de parole, consentement, interruptions de grossesse, choix et consentement à des stérilisations à visée contraceptive, accompagnement à la parentalité. Ce socle de connaissances, et cette sensibilisation permettront de lutter et de prévenir les violences physiques, psychologiques et sexuelles. L'accès à cette connaissance est un levier pour lutter contre les faits de violence à l'encontre des femmes en les armant contre les phénomènes d'emprise et en libérant leur parole.

Ces pratiques positives doivent être valorisées lors de la négociation des CPOM dans l'axe « Qualité des accompagnements » global.

Cette instruction a été co-rédigée par le groupe de travail « Handicap » constitué suite au Grenelle des violences conjugales, co-piloté par la Direction Générale de la Cohésion Sociale et le Secrétariat Général du Comité Interministériel du Handicap.

Vous voudrez bien diffuser ces consignes à l'ensemble des ESMS accompagnant des personnes en situation de handicap ; il conviendra, éventuellement en les réunissant, de vous assurer de la prise en compte de la question et de son appropriation par les établissements et services. Vous pourrez notamment à cet effet vous appuyer sur une présentation aux comités départementaux de la citoyenneté et de l'autonomie.

Signé

Sophie CLUZEL

Le respect de l'intimité, des droits sexuels et reproductifs des personnes accompagnées dans les établissements et services médico sociaux relevant du champ du handicap et de la lutte contre les violences

L'accès à une vie affective, relationnelle, intime et sexuelle des personnes en situation de handicap est un droit garanti aux personnes accueillies et accompagnées dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESMS) prévu par l'article 7 de la loi 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale (article L311-3 du code de l'action sociale et des familles). Ce droit à une vie affective, relationnelle, intime et sexuelle doit être soutenu par les équipes dirigeantes et les professionnels.

Il convient également de soutenir ce droit en prévenant les violences physiques, psychologiques et sexuelles dont les personnes handicapées peuvent faire l'objet. A cet égard, il conviendra également de lutter contre toutes les formes de violences gynécologiques dont les femmes en situation de handicap peuvent faire l'objet (contraceptions imposées, stérilisations à visée contraceptives non consenties, absence de suivi gynécologique permettant les dépistages des cancers génitaux ou mammaires etc.).

Pour à la fois accompagner au mieux les personnes en situation de handicap dans leur vie intime et pour repérer, prévenir les violences et accompagner les personnes qui en sont victimes, l'annexe formule des recommandations et rappelle aux professionnels les dispositifs sur lesquels ils peuvent s'appuyer.

1) Le droit des personnes handicapées et la prévention des violences

La vie affective, relationnelle, intime et sexuelle des personnes en situation de handicap est un enjeu qui ne saurait être ignoré dans l'accompagnement. Il est l'un des vecteurs d'épanouissement, d'autonomisation et de bien-être ; il convient que les professionnels des établissements et des services médico-sociaux accompagnent les personnes concernées, et respectent les choix ou envies qu'elles formulent.

Les établissements et services développeront des pratiques respectueuses des besoins exprimés par les personnes en situation de handicap.

Les directions des établissements :

- Veillent à promouvoir la place et le respect de la vie affective, relationnelle, intime et sexuelle des personnes accueillies dans le contrat de séjour, le règlement de fonctionnement de l'établissement, le projet d'établissement ou de service, le projet personnalisé. Les documents rappelleront également les droits des personnes en situation de handicap si elles font l'objet de violences physiques, psychologiques, sexuelles, et gynécologiques et les actions judiciaires ouvertes ainsi que les moyens mis en œuvre pour être accompagnés. Une charte de la vie affective, intime, et sexuelle est rédigée, en collaboration avec les personnes accompagnées. Elle peut être intégrée dans la charte des droits et libertés.
- Forment et sensibilisent les professionnels des ESMS et les accompagnants (conseil d'administration, bénévoles...) au droit à la vie affective, relationnelle, intime et sexuelle en incluant à leurs plans de formation des modules consacrés à ces sujets. Ces formations

donnent aux professionnels des outils pour mesurer la connaissance des droits et libertés, repérer une personne victime de violences (question du consentement, questionnement systématique ; signaux d'alertes).

Ils peuvent également sensibiliser l'ensemble des professionnels à ces questions en faisant appel à la formation suivante : <https://www.skillbar.fr/detox/han/>.

ou <https://handiconnect.fr/fiches-conseils/les-violences-faites-aux-personnes-en-situation-de-handicap-adultes-focus-sur-les-violences-conjugales-et-violences-sexuelles>

- Désignent une référente ou un référent dans chaque établissement et service qui puisse garantir l'effectivité des droits des personnes. Cette personne bénéficie d'une formation lui permettant d'être une ressource pour les professionnels de la structure ainsi que pour les personnes accompagnées. Ce professionnel « ressource » peut conduire des actions collectives innovantes, et accompagne les personnes, si elles le souhaitent, leurs proches et les professionnels, dans toutes leurs démarches.
- Travaillent en partenariat avec l'ensemble des actrices et acteurs de proximité concernés, notamment les centres ressources à la vie intime, affective et sexuelle et de soutien à la parentalité. Ils travaillent en partenariat avec notamment les centres de planification et les EVARS, les centres d'informations sur le droit des femmes, les associations de lutte contre les violences, les plannings familiaux et les associations LGBTQIA, les dispositifs de soutien à la périnatalité et à la parentalité des parents en situation de handicap.
- Organisent l'information sur le droit à la vie affective, relationnelle, intime et sexuelle (exposée dans le 2) notamment avec la mise en place des groupes d'expression animés par des personnes expertes pour permettre aux personnes accompagnées d'exprimer leurs besoins.
- Prévoient un agencement des lieux de vie respectueux de l'intimité des personnes accompagnées : le dégagement à l'entrée, des chambres et des espaces de toilettes individuels adaptés aux personnes, des chambres permettant une vie de couple accueillie dans les ESMS, la possibilité de fermer sa porte.
- Portent une vigilance toute particulière aux recrutements des professionnels en ayant recours à la consultation du fichier judiciaire automatisé des auteurs d'infractions sexuelles et violentes (FIJAIS) par l'intermédiaire de leur autorité de tutelle, en plus du B.2, pour tout recrutement au sein des ESSMS⁴⁰. Cela relève de leur responsabilité.
- Prévoient une procédure de protection et de prise en charge si l'une des personnes accompagnées fait l'objet de violences : Cette procédure est portée à la connaissance des professionnels, mais également des personnes accompagnées, des familles et des responsables légaux. La procédure permet de dénoncer les violences, prévoit la protection de la personne victime, décline les procédures judiciaires suite à ces violences et précise l'accompagnement qu'il convient de mettre en œuvre pour accompagner la victime. Cette procédure s'adapte au mode d'accueil (accueil de jour, prise en charge à temps complet). Celle-ci doit être accessible (FALC, pictogrammes, braille...) et affichée dans l'établissement (affichage à la bonne hauteur pour les enfants). Cette procédure doit également identifier des personnes ressources, services extérieurs à l'établissement ainsi que porter à la connaissance le nom et les coordonnées de la personne qualifiée qui intervient au sein des établissements et services sociaux et médico-sociaux qui assure une

⁴⁰ Les directeurs d'établissement peuvent interroger le FIJAIS par l'intermédiaire de leur autorité de tutelle (ARS-Conseil départemental).

coordination et accompagne la personne afin de lui permettre de faire valoir ses droits. Les directions des établissements assurent le suivi des signalements, et la mise en œuvre des actions prévues.

- Prévoient des mesures adaptées vis-à-vis de l'auteur de violence qu'il soit un professionnel de l'établissement, une personne intervenant dans l'établissement, un membre de la famille ou de l'entourage ou une personne accompagnée par l'ESMS.
- Communiquent sur ces sujets en adaptant le message au regard du handicap des personnes accompagnées : il peut s'agir notamment d'afficher des fiches techniques accessibles qui signalent des numéros d'urgence, sensibilisent au droit à la vie affective, intime et sexuelle, précisent la procédure en cas de violences, sensibilisent à la notion de consentement, etc. Les fiches seront révisées régulièrement au regard des nouveaux dispositifs et/ou évolutions et transmises chaque année. Elles pourront servir de support aux réunions. Il importe également d'impliquer le conseil de la vie sociale (CVS).

<https://santebd.org/les-fiches-santebd/sexualite-contraception>

- Organisent des consultations médicales régulières par des médecins gynécologues ou des sages-femmes pour un suivi gynécologique, et accompagne les femmes en situation de handicap dans leur vie intime en veillant à ce que cet accompagnement médical soit respectueux des besoins et des souhaits de la personne en matière de contraception.

2) L'accompagnement dans la vie affective, relationnelle, intime et sexuelle des personnes en situation de handicap :

Pour les professionnels des ESMS, il s'agit dans leur accompagnement de :

- Développer dès le plus jeune âge des programmes de développement de l'expression des émotions et des compétences psychosociales.
- Délivrer une information qui peut prendre la forme d'une formation, sensibilisation, tout support d'information sur le droit à la vie affective, relationnelle, intime et sexuelle. Ces actions doivent être adaptées et accessibles aux personnes qu'elles concernent. Elles peuvent être mises en place en faisant appel à des pairs accompagnants et des partenaires extérieurs. Elles s'inscrivent dans une démarche permanente et dynamique. Cette information porte sur les sujets suivants :

- Le droit aux personnes accompagnées de disposer de leur corps, de vivre une relation amoureuse, être en droit de dire non, etc.
- La sensibilisation à la notion de consentement, à la différence entre la séduction et la violence, les habilités psychosociales (savoir respecter le consentement ou le refus de l'autre) et sur les recours judiciaires dont elles disposent pour dénoncer ces agissements sexistes et violents. Ce temps de sensibilisation permet également de décliner la procédure de protection créée par l'établissement, et d'identifier la personne référente au sein de la structure. Elle peut être animée et construite en partenariat avec des acteurs locaux compétents : centre de ressources, planning familial, le Centre d'Information du Droit des Femmes et de la Famille (CIDFF), etc.
- Les méthodes contraceptives, et sur les maladies et infections sexuellement transmissibles : Afin de prévenir toutes formes de violences, les personnes seront également informées des méthodes de stérilisation à visée contraceptive (l'objectif de ces chirurgies, leurs conséquences, leur droit à recourir à cette méthode mais aussi leur droit de refuser cette chirurgie) et sur les interruptions

volontaires de grossesse (IVG). Une fois encore, il s'agira de rappeler le droit de recourir à cette méthode, mais également le droit de la refuser si celle-ci est non consentie.

- Le droit pour les personnes concernées de devenir parents et l'accompagnement en cas de grossesse, et à la parentalité.
- Développer une écoute attentive et respectueuse des besoins exprimés par les personnes en situation de handicap pour leur vie affective, relationnelle, intime et sexuelle, et prendre en compte ces demandes dans les accompagnements en veillant à ne pas s'immiscer dans leur choix.
- Veiller à respecter les identités de genre et leurs expressions, l'orientation sexuelle des personnes accompagnées en travaillant notamment avec les associations LGBTQIA.
- Accompagner les personnes dans leur choix de mode de contraception si elles souhaitent y avoir recours.
- Requérir systématiquement le consentement de l'enfant ou de l'adulte avant d'intervenir sur son corps dans les actes de la vie quotidienne (toilette, habillage, mobilisation de la personne, repas).
- Respecter l'intimité des personnes lors des prises en soins ou d'accompagnement dans les actes de vie quotidienne (toilettes, habillage, etc.) notamment vis-à-vis de l'environnement (pas de portes ouvertes).
- Accompagner le désir de parentalité et le respecter : les professionnels veilleront à aider les adultes dans la construction du projet parental en amont de la naissance. Ce soutien à la parentalité doit se poursuivre après la naissance de l'enfant en mettant à disposition des parents les outils et les ressources pour les accompagner dans ce projet de vie. Il pourra se faire en lien avec les dispositifs de périnatalité et de soutien à la parentalité des personnes en situation de handicap qui seront généralisés dans toutes les régions à partir de 2022.

3) Agir et réagir en cas de violences :

Les violences sexuelles à l'encontre des personnes en situation de handicap désignent plusieurs actes :

- Les atteintes sexuelles, définies par l'article 222-22 du code pénal : « *toute atteinte sexuelle commise avec violence, contrainte, menace ou surprise* ». Dans toutes les situations, l'agresseur n'a pas obtenu le consentement clair et explicite de la victime : attouchements, caresses, baisers etc.
- Le viol, défini par l'article 222-23 du code pénal comme étant « tout acte de pénétration, de quelle que nature qu'il soit, ou tout acte bucco-génital commis sur la personne d'autrui ou sur la personne de l'auteur par violence, contrainte, menace ou surprise.
- Les comportements outrageants définis comme des comportements à connotation sexuelle imposés à autrui. Il peut s'agir d'harcèlement sexuel, d'exhibition sexuelle, de propos insultants sexistes et discriminants.
- La corruption ou l'incitation à la débauche : ces violences désignent deux types de comportement. L'auteur des violences impose la vision d'actes sexuels à la personne (se masturber, avoir une relation sexuelle avec un tiers devant la personne), lui montre des

revues ou des films à caractère pornographique sans son consentement.

Face à de tels agissements, les professionnels de la structure et de l'équipe dirigeante sont dans l'obligation d'alerter et de signaler les violences sexuelles. Le code pénal rappelle cette obligation et les condamnations encourues : « *Le fait, pour quiconque ayant connaissance de privations, de mauvais traitements ou d'agressions ou atteintes sexuelles infligés à un mineur ou à une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge, d'une maladie, d'une infirmité, d'une déficience physique ou psychique ou d'un état de grossesse, de ne pas en informer les autorités judiciaires ou administratives ou de continuer à ne pas informer ces autorités tant que ces infractions n'ont pas cessé est puni de trois ans d'emprisonnement et de 45 000 euros d'amende.* » (article 434- 3 du code pénal).

Le code de la santé publique prévoit la possibilité pour les professionnels de santé ou de l'action sociale de lancer l'alerte auprès des autorités judiciaires, médicales ou administratives concernant des informations relatives à des sévices, privations, atteintes ou mutilations sexuelles lorsque le consentement de la victime a été préalablement obtenu (art.226-14 du code pénal). Lorsque la victime est mineure ou n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique, son accord n'est cependant pas nécessaire pour révéler ces faits.

Ce devoir d'alerte permet notamment de lever le secret professionnel et le secret partagé auxquels sont soumis les professionnels du médico-social.

3.1) Rappel des mesures de signalement

Pour tous les établissements :

Le code de l'action sociale et des familles (art. L. 331-8-1) énonce un principe général de déclaration de signalement, par les établissements et services médico-sociaux, de « *tout dysfonctionnement grave dans leur gestion ou leur organisation susceptible d'affecter la prise en charge des usagers, leur accompagnement ou le respect de leurs droits et de tout évènement ayant pour effet de menacer ou de compromettre la santé, la sécurité ou le bien-être physique ou moral des personnes prises en charge ou accompagnées.* »

Ces événements doivent être déclarés par le responsable de la structure aux autorités de tarification et de contrôle compétentes (Conseil départemental, Préfecture, ARS, ou deux de ces autorités en cas d'autorisation conjointe) au moyen d'un formulaire dédié. Il en est de même pour tout signalement d'évènement indésirable grave associé à des soins (EIGS). Le signalement doit être fait sans délai et par tout moyen et confirmé par écrit dans les 48 heures. Le CVS doit être tenu informé en s'assurant du respect de l'anonymat des personnes concernées.

Pour les enfants, il convient également de réaliser les démarches suivantes :

- La transmission d'une information préoccupante auprès de la cellule de recueil des informations préoccupantes (CRIP) : une information préoccupante désigne tout élément d'information susceptible de laisser craindre qu'un enfant se trouve en danger, subit peut-être des agressions sexuelles, et qu'il puisse avoir besoin d'aide.
- Le signalement auprès du procureur de la république : ce signalement est adressé au procureur de la république du tribunal de grande instance du lieu des faits. Il permet de dénoncer des situations lors de suspicion d'infractions à caractère sexuel ou de violences sexuelles.
- Un signalement anonyme : lorsqu'un professionnel souhaite dénoncer de manière anonyme des faits de violences sexuelles, il peut également contacter le 119, ou le numéro vert

d'enfance et partage au 0 800 05 12 34.

Pour les adultes :

- Le signalement auprès du procureur de la république : ce signalement est adressé au procureur de la république du tribunal de grande instance du lieu des faits. Il permet de dénoncer des situations lors de suspicion d'infractions à caractères sexuels ou de violences sexuelles.
- Un signalement anonyme : lorsqu'un professionnel souhaite dénoncer de manière anonyme des faits de violences sexuelles, il peut également contacter le 3919, 3977 ou le numéro de l'association « femmes pour le dire, femmes pour agir », numéro dédié aux femmes handicapées : **01 40 47 06 06**

3.2) Les mesures d'accompagnement à prendre :

Lorsque les professionnels ont connaissance de violences, que les usagers et usagères dénoncent des violences, il convient d'agir auprès des publics suivants :

- Les mesures pour protéger la ou les victimes :
 - Accueillir la parole : mettre en confiance la victime, avoir une écoute attentive, lui indiquer les possibilités pour être accompagnée
 - Prévoir une procédure de mise de protection immédiate de la victime et d'éloignement du présumé auteur ;
 - Faire établir un certificat médical et rassembler les preuves ;
 - Accompagner, si elle le souhaite, la victime pour le dépôt de plainte. S'il s'agit d'un mineur ou d'une personne sous mesure de protection, cette démarche doit être partagée avec le tuteur ou le responsable légal.
 - Mettre en relation avec des associations d'aide aux femmes subissant des violences, faire intervenir des membres de ces associations ou accompagner la victime auprès d'ellesPrévoir une prise en charge des symptômes post-traumatiques pour la victime.
- Les mesures à destination des témoins :
 - Il convient d'accompagner les témoins de cette violence et leur proposer un accompagnement psychologique si les personnes le souhaitent.
 - Il convient de repérer, de proposer un accompagnement également aux personnes non témoins et exposées.
- Pour les auteurs de violence, les accompagner en leur proposant une prise en charge psychologique et médicale.
- Si les actes de violence commis ont impacté l'ensemble du collectif de travail, il importe de mettre en place des actions adaptées à la situation permettant aux professionnels de s'exprimer sur la situation, d'échanger sur l'évaluation des mesures prises. Le recours à une supervision extérieure est recommandé.

Annexe 3 : Comité de Pilotage d'INTIMate

GUIONNET Sarah Ingénieur d'étude	CAIADA Meryl Coordonatrice	Pr. PROUTEAU Antoinette Porteur du projet	Pr. DESTAILLATS Jean-Marc Partenaire du Projet Chef de Pôle de Psychiatrie Adulte CH de Jonzac
FELIX Simon Doctorant Université de Bordeaux			BONILLA GUERRERO Julien Ergothérapeute Coordinateur ESPPAIR CH de Jonzac
Dr. VALERY Kevin-Marc Docteur en psychologie Université de Bordeaux			LEFEBVRE Laurent Médiateur Santé Pair administrateur à l'UNAFAM
TISON Emma Doctorante Université de Bordeaux			TOUROUDE Roselyne Vice-présidente de l'UNAFAM
Dr. CARRIER Antonin Docteur en psychologie Université de Bordeaux			LOGIOU Enora Éducatrice spécialisée
Pr. BADEL Maryse Responsable DU Expert Handicap Faculté de Droit et Science Politique Université de Bordeaux			JOUVIE Jessika Directrice et représentantes des usagers Clubhouse de Bordeaux
VIGNEAULT Luc Pair-Aidant partenaire de recherche et d'enseignement Doctorat honoris causa Université de Laval			SUREAU Patrick Ergothérapeute Institut de Formation en Ergothérapie Centre Hospitalier Universitaire de Bordeaux
CROCHON François Directeur du CERHES Sexologue clinicien, Systemicien			SABRE Mathilde Chargée d'études sur le Programme National Médiateur de Santé-Pairs Centre Collaborateur de l'OMS
STAEDEL Bérénice Responsable du programme Médiateur santé-pair Quality Rights OMS Centre Collaborateur de l'OMS			


Annexe 4. Plaquette d'information : Les interventions promouvant les relations intimes des personnes vivant avec un enjeu de santé mentale

QUI SOMMES-NOUS ?



Équipe RAHP - RECHERCHES APPLIQUÉES SUR LE HANDICAP PSYCHIQUE


Étude des facteurs d'influence de la participation sociale des personnes en situation de handicap psychique et du rétablissement (e.g., stigmatisation).
Étude des pratiques en santé mentale (e.g., pratiques orientées rétablissement).

INTIMate
Programme de recherche visant à développer des connaissances fiables sur les relations intimes dans le handicap psychique, afin de fournir des solutions concrètes pour faciliter l'accompagnement de ces dernières.



Equipe RAHP - <https://labesau-bordeaux.fr/traquac-de-recherche/rahp>

 [intimate_pgm](https://www.instagram.com/intimate_pgm)
 meryl.calada@u-bordeaux.fr
antoINETTE.prouTEAU@u-bordeaux.fr



SOURCE

Calada, M., Felix, S., Guionnet, S., Valery, K. M., Bonilla-Guerrero, J., Destallats, J. M., & Proureau, A. Promoting Intimate Relationships in Mental Illness: A Systematic Review of Interventions. *Community Mental Health Journal*, 60, 554-551 (2024). <https://doi.org/10.1007/s10597-023-01204-z>

REFERENCES

Boucher, M. E., Groleau, D., & Whitley, R. (2016). Recovery and severe mental illness: The role of romantic relationships, intimacy, and sexuality. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 39(2), 180-182. <https://doi.org/10.1037/prj0000193>

Canada, M., Valery, K.M., Felix, S., Guionnet, S., Tison, E., Gonn, M., Bonilla-Guerrero, J., Destallats, J.M., Pillaud, N. & Proureau, A. (soumis). Stigmatization of Intimate Relationships in Schizophrenia: a Study Comparing Mental Health Professionals, Health Students and the General Population.

Haechel-Labellie, C., Abdel-Baki, A., Lepoige, M., Laurin, A.-S., Guillon, A., Francoeur, A., Bergeron, S., & Lecomte, T. (2021). Romantic relationship group intervention for men with early psychosis: A feasibility, acceptability and potential impact pilot study. *Early Intervention in Psychiatry*, 15(4), 755-761. <https://doi.org/10.1111/eip.13012>

McCam, E. (2010). The sexual and relationship needs of people who experience psychosis: Quantitative findings of a UK study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 17(4), 295-303. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2009.01522.x>

REMERCIEMENTS

Les membres de l'équipe **RAHP** : Pr. Antoinette Proureau, Dr. Kevin Marc Valery, Sarah Guionnet, Simon Felix, Emma Tison, Meryl Calada.

Les membres du Comité de Pilotage du programme de recherche **INTIMate**.



LES INTERVENTIONS

PROMOUVANT LES

RELATIONS INTIMES DES

PERSONNES VIVANT

AVEC UN ENJEU DE

SANTÉ MENTALE



L'équipe de Recherche Appliquée dans le Handicap Psychique (RAHP)
Dirigée par le Pr. Antoinette Proureau


CONTEXTE

RELATIONS INTIMES

Les relations intimes (amoureuses et sexuelles) sont décrites comme **facilitatrices** du **rétablissement** par les personnes vivant avec un enjeu de santé mentale.

BESOINS INSATISFAITS

Les personnes vivant avec un enjeu de santé mentale rapportent des **difficultés** à **développer** et à maintenir des **relations intimes**. Ces difficultés génèrent des **besoins d'intimité et de proximité** :

 **73%** des personnes concernées par une schizophrénie rapportent des besoins, qui ne sont pas comblés, dans leurs relations intimes

QUELLES SOLUTIONS ?

Il est nécessaire que les **professionnels de santé mentale** disposent de **solutions** et de **leviers efficaces** pour **accompagner** les personnes concernées qui expriment le besoin.



Pour accéder à l'article complet

OBJECTIF

Identifier les **interventions promouvant les relations intimes** des personnes concernées par un trouble psychique sévère (trouble bipolaire, trouble du spectre de la schizophrénie, dépression).

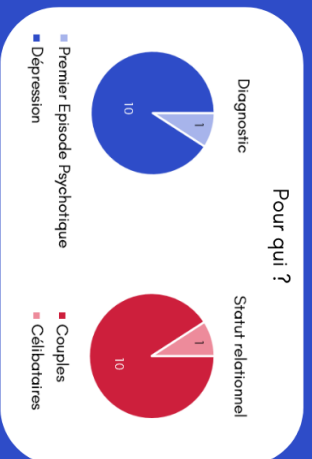
METHODE

Revue **systématique (exhaustive)** de la littérature selon les recommandations **PRISMA**.

RESULTATS

Seulement 11 études ont été identifiées dans la littérature scientifique internationale...

... malgré le **fort désir** des personnes concernées de développer des relations intimes et les **besoins d'accompagnement** que cela peut engendrer.



CONCLUSIONS

Les interventions sont principalement destinées aux personnes concernées par une **dépression**, qui sont **en couple**. Il s'agit de thérapies d'orientation cognitivo-comportementale ou systémique.

Notre étude a permis d'identifier **une seule intervention** destinée aux personnes **célibataires** souhaitant **développer** des relations intimes :

- « À deux c'est mieux » (Lecomte, laboratoire L'ESPOIR)
- Les premières études de validation, menées auprès de personnes concernées par un **trouble psychotique**, indiquent une **amélioration** des relations intimes (Cloutier et al., 2023).

Depuis cette étude, **deux autres interventions** destinées aux personnes concernées par un **trouble psychotique** ont été identifiées (Dubreucq et al., 2023 ; Kageyama et al., 2023). Toutefois, les données existantes ne permettent pas de conclure quant à leur **efficacité sur les relations intimes**.

D'autres études sont nécessaires pour :

- fournir des données sur **l'efficacité** des **thérapies de couple**
- développer et **valider** scientifiquement des **interventions inclusives** (incluant les différentes orientations sexuelles) qui facilitent le **développement** des relations intimes

Ces résultats pourraient refléter le tabou et la stigmatisation associés aux relations intimes des personnes concernées par un trouble psychique

Annexe 5. Protocole en ligne de l'étude 2 'INTIMATE Factors'

Relations intimes et troubles psychiques : facteurs obstacles et facilitateurs

Confidentialité

Le document ci-dessous détaille les aspects réglementaires et juridiques concernant votre participation à la présente étude (y compris vos droits concernant l'utilisation de vos données personnelles). Si vous le souhaitez, vous pouvez directement télécharger le document au format .pdf en bas de page. Il vous est également demandé de notifier votre accord pour participer à notre étude. Merci !

Relations intimes et troubles psychiques : facteurs obstacles et facilitateurs INTIMATE factors		
Coordonnées du Promoteur	Coordonnées du Responsable scientifique	Coordonnées du Délégué à la Protection des Données
Dean LEWIS	Antoinette PROUTEAU	Xavier DAVERAT
Université de Bordeaux Président 35 place Pey Berland 33000 Bordeaux promotion- recherche@ubordeaux.fr	Laboratoire de Psychologie EA 4139 05 57 57 30 40 antoinette.prouteau@ubordeaux.fr	Université de Bordeaux DPO 35 place Pey Berland 33000 Bordeaux dpo@u-bordeaux.fr

Qui peut participer ?

Les personnes pouvant participer à cette recherche sont des personnes **volontaires** qui ont exprimé leur nonopposition à participer à cette étude. Plus particulièrement, il s'agit de personnes déclarant avoir reçu un **diagnostic de trouble du spectre de la schizophrénie**. Enfin, elles doivent avoir entre **18 et 65 ans**. Les personnes ne pouvant pas participer à cette recherche sont des personnes qui ne déclarent pas avoir reçu un diagnostic de trouble du spectre de la schizophrénie ou qui déclarent être sous mesure de protection. A noter qu'il n'existe aucune contre-indication à participer à une autre recherche.

Quels sont les bénéfices attendus ?

Il n'existe aucun bénéfice direct individuel en participant à cette étude. Toutefois, votre participation permettra de faire avancer la recherche et les connaissances dans la création et le maintien des relations intimes. En effet, les avantages attendus de cette recherche sont d'obtenir une meilleure compréhension des éléments qui empêchent ou facilitent la création et le maintien de relations intimes par les personnes qui ont reçu un diagnostic de trouble du spectre de la schizophrénie. Une meilleure compréhension de ces éléments pourra contribuer à aider les personnes à créer et maintenir des relations intimes si elles le désirent. A noter que les personnes participant à cette étude ne sont pas indemnisées.

Quels sont les inconvénients et risques possibles ?

Répondre à cette enquête en ligne ne peut avoir d'impact sur votre santé, votre bien-être, votre personne et vie personnelle dans son ensemble et dans sa globalité. De plus, les données recueillies sont anonymes vous assurant une totale confidentialité concernant les informations que vous partagerez. Toutefois, vous devez avoir conscience que le questionnaire auquel vous serez amené à répondre dans le cadre de cette étude prend entre 15 et 25 minutes à remplir. Ce temps de passation relativement conséquent peut être un léger inconvénient pour vous et s'avérer fatiguant. De plus, bien que le questionnaire ne soit pas invasif, répondre aux questions peut être mobilisant sur le plan psychologique. Si besoin, un numéro d'aide pour personnes en détresse psychologique (3114) vous sera proposé à la fin du questionnaire. Enfin, elle n'impose aucune restriction en termes de traitements ou de participations à d'autres études cliniques, puisque cette recherche est observationnelle.

Quels sont vos droits ?

Nous devons vous fournir toutes les explications nécessaires concernant cette étude. Vous avez le droit de décider à tout moment **d'interrompre votre participation** à l'étude sans aucune conséquence, ni justification. Vous avez le droit de vous opposer à ce que vos données soient utilisées pour cette recherche et les retirer à quelque moment que ce soit, et quel que soit le motif.

Votre décision de participer, de refuser de participer ou de cesser de participer n'aura aucune conséquence sur votre vie, statut ou relation avec le laboratoire de Psychologie ou l'Université de Bordeaux.

Traitement des données personnelles

Dans le cadre de la recherche à laquelle l'Université de Bordeaux vous propose de participer, seules des données anonymisées seront traitées.

Le responsable du traitement des données est : UNIVERSITE DE BORDEAUX, représenté par son représentant légal en exercice. 35 Place PEY BERLAND 33000 BORDEAUX.

La licéité du traitement de vos données repose sur la poursuite d'une mission d'intérêt public. Ces informations seront relatives à :

- Votre identification : âge, genre - Votre niveau de formation : nombre d'années d'étude
- Votre situation familiale ou vos habitudes de vie. Par exemple : les relations intimes que vous entretenez, si vous êtes en couple et de quel type (par exemple : officiel ou libre), le nombre de partenaires que vous avez et la durée de vos relations intimes
- Votre santé. Par exemple : le(s) diagnostic(s) que vous avez reçu, votre situation de handicap, votre symptomatologie psychiatrique, vos compétences en cognition sociale, en mémoire verbale, votre estime de vous-même, votre style d'attachement, etc.

Votre vie sexuelle : orientation sexuelle et fonctionnement sexuel

Ces informations seront rapportées sur un fichier excel propre à l'étude, appelé « base de données ».

L'investigateur de l'étude et les autres personnels autorisés de l'étude recueilleront des informations à votre sujet après l'obtention de votre non-opposition. Seules les informations strictement nécessaires à la finalité de la recherche seront recueillies. Le recueil de ces données sera fait à des fins de recherche scientifique et leur traitement aura pour finalité de répondre aux objectifs de ces recherches. Ces données seront conservées jusqu'à 2 ans après la dernière publication de l'étude puis archivées pendant une durée de 15 ans suivant la fin de la recherche, conformément à la réglementation. Ces données seront enregistrées sur des serveurs informatiques sécurisés.

Aspects réglementaires : Conformément à la loi Jardé, cette étude a été soumise au Comité de Protection des Personnes nom du CPP ayant émis un avis favorable à sa réalisation le date. L'Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé (ANSM) a été renseignée de l'étude. Enfin, cette dernière respecte les principes fixés par le code de déontologie des Psychologues. Résultats de la recherche : Les résultats de cette étude peuvent faire l'objet de publications scientifiques et / ou de communications lors de congrès ou manifestation scientifiques. Les données présentées dans ce cadre seront **anonymes et ne permettront pas votre identification**. Nous vous remercions de l'attention que vous avez bien voulu porter à ce document d'information

Antoinette Prouteau, responsable scientifique

Vous pouvez cliquer sur le lien ci-dessous pour télécharger le document au format PDF :

Télécharger le document (http://file:///D:/THESE/INTIMATEfactors/PPP/PPP%20032023/2022-A00348-35_NIFC_V2.1_20230307_INTIMATEfactors.pdf)

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

J'ai pris connaissance des informations ci-dessus et j'accepte de participer à cette recherche

Données démographiques

*Avez-vous déjà reçu un diagnostic de trouble psychique ? **

- Oui
- Non

Si oui, lequel(/lesquels) ? Veuillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- Troubles du Spectre de la Schizophrénie Trouble Bipolaire
- Trouble lié à l'usage de substances
- Trouble du comportement alimentaire (par exemple: anorexie, boulimie ...)
- Trouble de Stress post-traumatique
- Episode Dépressif Majeur
- Trouble(s) Anxieux

Age

Veuillez écrire votre réponse ici

Etes-vous sous mesure de protection (curatelle, tutelle, autre) ?

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non

Niveau d'étude : en années, à partir du CP, sans compter les redoublements. (Par exemple, brevet = 9 ans, CAP/BEP = 11 ans, Baccalauréat = 12 ans, Licence = 15)

Veuillez écrire votre réponse ici :

Genre :

- Femme
- Homme
- Autre

*Etes-vous en situation de handicap ? (Psychique, cognitif, mental, sensoriel, physique) **

- Oui
- Non

*Quelle est votre situation de handicap ? **

- Handicap psychique
- Handicap moteur
- Handicap cognitif
- Handicap sensoriel
- Handicap mental

Relations intimes

Les relations intimes sont décrites comme des relations étroites ou tendres avec d'autres personnes, comme entre conjoints, amants ou partenaires sexuels. Ce sont les relations sexuelles, amoureuses, maritales. Ici, les relations intimes ne sont pas des relations familiales ou amicales.

Actuellement, avez-vous des relations intimes ?

- Oui
- Non

De quelle(s) nature ?

- Couple officialisé (marié, pacsé)
- Couple non officialisé
- Couple libre
- Partenaire(s) sexuel(s)
- Relation tendre sans relations sexuelles
- Autre

Avec :

- Un(e) seul(e) partenaire
- Plusieurs partenaires

*Depuis combien de temps dure cette relation ? (en mois ou années) **

Année(s)

Mois

*Etes-vous satisfait(e) de cette relation ? **

1. Très satisfait(e)
2. Satisfait(e)
3. Ni satisfait(e), ni insatisfait(e)
4. Insatisfait(e)
5. Très insatisfait(e)

*Actuellement, aimeriez-vous avoir des relations intimes ? **

- Oui
- Non

*Quel type de relation aimeriez-vous avoir ? **

- Couple officialisé (marié, pacsé)
- Couple non officialisé
- Couple libre
- Partenaire(s) sexuel(s)
- Relation tendre sans relations sexuelles
- Autre

A quel point êtes-vous gêné(e) par le fait de ne pas avoir de relations intimes ? *

Pas du tout	Un peu	Beaucoup	Extrêmement
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Auto-stigmatisation

A cause de mon trouble psychique, la plupart des personnes ne voudraient pas avoir de relation intime avec moi.

Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Ni d'accord, ni pas d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Cet élément empêche, facilite ou n'a pas d'influence sur mes relations intimes (amoureuses, sexuelles, maritales):

Empêche beaucoup	Empêche	Empêche un peu	Sans influence	Facilite un peu	Facilite	Facilite beaucoup
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Valeur sociale

J'ai de la valeur aux yeux des autres et de la société. Par exemple, je suis important(e)/précieux(se) pour au moins une personne.

Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Ni d'accord, ni pas d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Cet élément empêche, facilite ou n'a pas d'influence sur mes relations intimes (amoureuses, sexuelles, maritales) :

Empêche beaucoup	Empêche	Empêche un peu	Sans influence	Facilite un peu	Facilite	Facilite beaucoup
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Aliénation sociale

J'ai le sentiment d'être proche des autres. Par exemple, je me sens proche d'au moins une personne :

Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Ni d'accord, ni pas d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Cet élément empêche, facilite ou n'a pas d'influence sur mes relations intimes (amoureuses, sexuelles, maritales) :

Empêche beaucoup	Empêche	Empêche un peu	Sans influence	Facilite un peu	Facilite	Facilite beaucoup
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Difficultés en cognition sociale : perception des émotions

J'ai des difficultés à reconnaître les émotions des autres grâce aux expressions du visage, au langage corporel ou à la voix (intonation) :

Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Ni d'accord, ni pas d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Cet élément empêche, facilite ou n'a pas d'influence sur mes relations intimes (amoureuses, sexuelles, maritales) :

Empêche beaucoup	Empêche	Empêche un peu	Sans influence	Facilite un peu	Facilite	Facilite beaucoup
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Difficultés en cognition sociale : théorie de l'esprit

J'ai des difficultés à voir les choses du point de vue des autres, me mettre moi-même à la place des autres. Par exemple, j'ai du mal à comprendre pourquoi quelqu'un est contrarié ou en colère dans une situation particulière.

Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Ni d'accord, ni pas d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Cet élément empêche, facilite ou n'a pas d'influence sur mes relations intimes (amoureuses, sexuelles, maritales) :

Empêche beaucoup	Empêche	Empêche un peu	Sans influence	Facilite un peu	Facilite	Facilite beaucoup
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

J'ai des difficultés à comprendre des plaisanteries subtiles, le sarcasme, et les insultes dans la conversation :

(Par exemple, quelqu'un affirme pendant un repas que c'est la meilleure nourriture qu'il ait jamais mangée sur un ton sarcastique et je ne réalise pas qu'il s'agit d'une insulte et/ou d'un sarcasme.)

Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Ni d'accord, ni pas d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Cet élément empêche, facilite ou n'a pas d'influence sur mes relations intimes (amoureuses, sexuelles, maritales) :

Empêche beaucoup	Empêche	Empêche un peu	Sans influence	Facilite un peu	Facilite	Facilite beaucoup
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

J'ai des difficultés à reconnaître les émotions des autres grâce aux expressions du visage, au langage corporel ou à la voix (intonation) :

Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Ni d'accord, ni pas d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Cet élément empêche, facilite ou n'a pas d'influence sur mes relations intimes (amoureuses, sexuelles, maritales) :

Empêche beaucoup	Empêche	Empêche un peu	Sans influence	Facilite un peu	Facilite	Facilite beaucoup
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Difficultés en cognition sociale : théorie de l'esprit

J'ai des difficultés à voir les choses du point de vue des autres (me mettre moi-même à la place des autres) :

(Par exemple, j'ai du mal à comprendre pourquoi quelqu'un est contrarié ou en colère dans une situation particulière).

Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Ni d'accord, ni pas d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Cet élément empêche, facilite ou n'a pas d'influence sur mes relations intimes (amoureuses, sexuelles, maritales) :

Empêche beaucoup	Empêche	Empêche un peu	Sans influence	Facilite un peu	Facilite	Facilite beaucoup
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

J'ai des difficultés à comprendre des plaisanteries subtiles, le sarcasme, et les insultes dans la conversation :

(Par exemple, quelqu'un affirme pendant un repas que c'est la meilleure nourriture qu'il ait jamais mangée sur un ton sarcastique et je ne réalise pas qu'il s'agit d'une insulte et/ou d'un sarcasme.)

Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Ni d'accord, ni pas d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Cet élément empêche, facilite ou n'a pas d'influence sur mes relations intimes (amoureuses, sexuelles, maritales)

Empêche beaucoup	Empêche	Empêche un peu	Sans influence	Facilite un peu	Facilite	Facilite beaucoup
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

J'ai des difficultés à comprendre les indices sociaux subtils, les allusions ou demandes indirectes :

(Par exemple, quelqu'un essaie de lire un livre ou de regarder la télé et je continue à parler à cette personne, même si elle émet des allusions/signaux subtils comme quoi me parler ne l'intéresse pas à ce moment.)

Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Ni d'accord, ni pas d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Cet élément empêche, facilite ou n'a pas d'influence sur mes relations intimes (amoureuses, sexuelles, maritales)

Empêche beaucoup	Empêche	Empêche un peu	Sans influence	Facilite un peu	Facilite	Facilite beaucoup
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Difficultés en cognition sociale : perception sociale

J'ai des difficultés à m'adapter à mon interlocuteur en fonction du contexte dans lequel je me trouve :

(Par exemple, j'ai tendance à m'adresser de la même façon à mon médecin qu'à un ami, ou encore je me comporterais de la même façon qu'aujourd'hui si on se croisait dans un supermarché).

Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Ni d'accord, ni pas d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Cet élément empêche, facilite ou n'a pas d'influence sur mes relations intimes

Empêche beaucoup	Empêche	Empêche un peu	Sans influence	Facilite un peu	Facilite	Facilite beaucoup
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Dans une situation sociale, j'ai des difficultés à distinguer les informations qui ont de l'importance de celles qui n'en ont pas :

(Par exemple j'ai l'impression d'être aussi attentif à la couleur des vêtements de la personne ou à ses gestes qu'à ce qu'elle exprime).

Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Ni d'accord, ni pas d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Cet élément empêche, facilite ou n'a pas d'influence sur mes relations intimes

Empêche beaucoup	Empêche	Empêche un peu	Sans influence	Facilite un peu	Facilite	Facilite beaucoup
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Alexithymie : Identification des émotions

J'ai des difficultés à identifier mes sentiments / mes émotions :

Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Ni d'accord, ni pas d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Cet élément empêche, facilite ou n'a pas d'influence sur mes relations intimes

Empêche beaucoup	Empêche	Empêche un peu	Sans influence	Facilite un peu	Facilite	Facilite beaucoup
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Alexithymie : Description des émotions

J'ai des difficultés à trouver les mots qui correspondent bien à mes sentiments / émotions

Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Ni d'accord, ni pas d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Cet élément empêche, facilite ou n'a pas d'influence sur mes relations intimes

Empêche beaucoup	Empêche	Empêche un peu	Sans influence	Facilite un peu	Facilite	Facilite beaucoup
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Difficultés en mémoire verbale : long terme

J'ai des difficultés à me souvenir du contenu d'une conversation qui s'est déroulée quelques jours auparavant

Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Ni d'accord, ni pas d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Cet élément empêche, facilite ou n'a pas d'influence sur mes relations intimes

Empêche beaucoup	Empêche	Empêche un peu	Sans influence	Facilite un peu	Facilite	Facilite beaucoup
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

Difficultés en mémoire verbale : court terme

J'ai des difficultés à suivre une conversation car j'oublie ce que l'on vient de me dire

Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Ni d'accord, ni pas d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Cet élément empêche, facilite ou n'a pas d'influence sur mes relations intimes (amoureuses, sexuelles, maritales)

Empêche beaucoup	Empêche	Empêche un peu	Sans influence	Facilite un peu	Facilite	Facilite beaucoup
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Estime de soi

Dans l'ensemble, je suis satisfait(e) de moi :

Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Ni d'accord, ni pas d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Cet élément empêche, facilite ou n'a pas d'influence sur mes relations intimes (amoureuses, sexuelles, maritales) :

Empêche beaucoup	Empêche	Empêche un peu	Sans influence	Facilite un peu	Facilite	Facilite beaucoup
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Il m'arrive de penser que je suis un(e) bon(ne) à rien

Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Ni d'accord, ni pas d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Cet élément empêche, facilite ou n'a pas d'influence sur mes relations intimes (amoureuses, sexuelles, maritales) :

Empêche beaucoup	Empêche	Empêche un peu	Sans influence	Facilite un peu	Facilite	Facilite beaucoup
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Attachement : anxiété face à l'abandon

*Je m'inquiète à l'idée d'être abandonné(e) : **

Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Ni d'accord, ni pas d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Cet élément empêche, facilite ou n'a pas d'influence sur mes relations intimes (amoureuses, sexuelles, maritales)

Empêche beaucoup	Empêche	Empêche un peu	Sans influence	Facilite un peu	Facilite	Facilite beaucoup
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Je m'inquiète de me retrouver seul(e)

Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Ni d'accord, ni pas d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Cet élément empêche, facilite ou n'a pas d'influence sur mes relations intimes (amoureuses, sexuelles, maritales)

Empêche beaucoup	Empêche	Empêche un peu	Sans influence	Facilite un peu	Facilite	Facilite beaucoup
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Attachement : évitement de la proximité

Je ne me sens pas à l'aise de m'ouvrir aux autres :

Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Ni d'accord, ni pas d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Cet élément empêche, facilite ou n'a pas d'influence sur mes relations intimes :

Empêche beaucoup	Empêche	Empêche un peu	Sans influence	Facilite un peu	Facilite	Facilite beaucoup
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

*Je me permets difficilement de compter sur les autres : **

Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Ni d'accord, ni pas d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Cet élément empêche, facilite ou n'a pas d'influence sur mes relations intimes(amoureuses, sexuelles, maritales) :

Empêche beaucoup	Empêche	Empêche un peu	Sans influence	Facilite un peu	Facilite	Facilite beaucoup
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Fonctionnement sexuel perçu : désir

Pendant mes relations sexuelles j'ai peu de désir :

Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Ni d'accord, ni pas d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord	Non concerné(e)
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Cet élément empêche, facilite ou n'a pas d'influence sur mes relations intimes(amoureuses, sexuelles, maritales)

Empêche beaucoup	Empêche	Empêche un peu	Sans influence	Facilite un peu	Facilite	Facilite beaucoup
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Fonctionnement sexuel perçu : excitation

Je suis facilement excité(e) sexuellement :

Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Ni d'accord, ni pas d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord	Non concerné(e)
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Cet élément empêche, facilite ou n'a pas d'influence sur mes relations intimes (amoureuses, sexuelles, maritales) :

Empêche beaucoup	Empêche	Empêche un peu	Sans influence	Facilite un peu	Facilite	Facilite beaucoup
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Fonctionnement sexuel perçu : érection – lubrification

Je peux facilement avoir et maintenir une érection :OU La lubrification de mon vagin se fait facilement :

Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Ni d'accord, ni pas d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord	Non concerné(e)
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Cet élément empêche, facilite ou n'a pas d'influence sur mes relations intimes (amoureuses, sexuelles, maritales) :

Empêche beaucoup	Empêche	Empêche un peu	Sans influence	Facilite un peu	Facilite	Facilite beaucoup
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Fonctionnement sexuel perçu : orgasme

J'ai des facilités à atteindre l'orgasme :

Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Ni d'accord, ni pas d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord	Non concerné(e)
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Cet élément empêche, facilite ou n'a pas d'influence sur mes relations intimes (amoureuses, sexuelles, maritales)

Empêche beaucoup	Empêche	Empêche un peu	Sans influence	Facilite un peu	Facilite	Facilite beaucoup
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Fonctionnement sexuel perçu : satisfaction de l'orgasme

Je suis satisfait(e) de mes orgasmes :

Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Ni d'accord, ni pas d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord	Non concerné(e)
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Cet élément empêche, facilite ou n'a pas d'influence sur mes relations intimes(amoureuses, sexuelles, maritales) :

Empêche beaucoup	Empêche	Empêche un peu	Sans influence	Facilite un peu	Facilite	Facilite beaucoup
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Soi sexuel perçu : estime de soi sexuelle

Je pense que je suis un(e) très bon(ne) partenaire sexuel :

Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Ni d'accord, ni pas d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord	Non concerné(e)
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Cet élément empêche, facilite ou n'a pas d'influence sur mes relations intimes(amoureuses, sexuelles, maritales) :

Empêche beaucoup	Empêche	Empêche un peu	Sans influence	Facilite un peu	Facilite	Facilite beaucoup
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Soi sexuel perçu : préoccupation sexuelle

Je pense beaucoup au sexe :

Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Ni d'accord, ni pas d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord	Non concerné(e)
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Cet élément empêche, facilite ou n'a pas d'influence sur mes relations intimes (amoureuses, sexuelles, maritales) :

Empêche beaucoup	Empêche	Empêche un peu	Sans influence	Facilite un peu	Facilite	Facilite beaucoup
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

Image du corps : évaluation de l'apparence

Je n'aime pas mon physique :

Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Ni d'accord, ni pas d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Cet élément empêche, facilite ou n'a pas d'influence sur mes relations intimes (amoureuses, sexuelles, maritales) :

Empêche beaucoup	Empêche	Empêche un peu	Sans influence	Facilite un peu	Facilite	Facilite beaucoup
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Je suis physiquement peu attrayant(e) :

Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Ni d'accord, ni pas d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Cet élément empêche, facilite ou n'a pas d'influence sur mes relations intimes (amoureuses, sexuelles, maritales) :

Empêche beaucoup	Empêche	Empêche un peu	Sans influence	Facilite un peu	Facilite	Facilite beaucoup
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Evènements traumatiques

J'ai vécu des événements que je considère comme traumatisants (comme par exemple des violences psychologiques, physiques ou sexuelles, accidents, blessures, décès) :

Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Ni d'accord, ni pas d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord	Non concerné(e)
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Cet élément empêche, facilite ou n'a pas d'influence sur mes relations intimes (amoureuses, sexuelles, maritales)

Empêche beaucoup	Empêche	Empêche un peu	Sans influence	Facilite un peu	Facilite	Facilite beaucoup
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Soutien social personnel : disponibilité

J'ai des personnes dans mon entourage qui sont disponibles pour me soutenir, m'apporter de l'aide dans le domaine des relations intimes (hors professionnels de santé) :

Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Ni d'accord, ni pas d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Cet élément empêche, facilite ou n'a pas d'influence sur mes relations intimes (amoureuses, sexuelles, maritales) :

Empêche beaucoup	Empêche	Empêche un peu	Sans influence	Facilite un peu	Facilite	Facilite beaucoup
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Soutien social personnel : satisfaction

Je suis satisfait(e) du soutien apporté par mon entourage (ils répondent suffisamment à mes besoins) :

Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Ni d'accord, ni pas d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Cet élément empêche, facilite ou n'a pas d'influence sur mes relations intimes (amoureuses, sexuelles, maritales) :

Empêche beaucoup	Empêche	Empêche un peu	Sans influence	Facilite un peu	Facilite	Facilite beaucoup
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Soutien social professionnel : disponibilité

Des professionnels (médecin, gynécologue, infirmier, psychologue ...) sont disponibles pour me soutenir, m'apporter de l'aide dans le domaine des relations intimes :

Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Ni d'accord, ni pas d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Cet élément empêche, facilite ou n'a pas d'influence sur mes relations intimes (amoureuses, sexuelles, maritales) :

Empêche beaucoup	Empêche	Empêche un peu	Sans influence	Facilite un peu	Facilite	Facilite beaucoup
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Soutien social professionnel : satisfaction

Je suis satisfait(e) du soutien apporté par les professionnels (ils répondent suffisamment à mes besoins) :

Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Ni d'accord, ni pas d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Cet élément empêche, facilite ou n'a pas d'influence sur mes relations intimes (amoureuses, sexuelles, maritales) :

Empêche beaucoup	Empêche	Empêche un peu	Sans influence	Facilite un peu	Facilite	Facilite beaucoup
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Lieu de vie

Concernant mon logement, je suis satisfait(e) de mon intimité :

Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Ni d'accord, ni pas d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Cet élément empêche, facilite ou n'a pas d'influence sur mes relations intimes (amoureuses, sexuelles, maritales) :

Empêche beaucoup	Empêche	Empêche un peu	Sans influence	Facilite un peu	Facilite	Facilite beaucoup
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Discrimination

Je me sens traité(e) différemment des autres à cause de certains de mes attributs (couleur de peau, religion, maladie, orientation sexuelle)

Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Ni d'accord, ni pas d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord	Non concerné(e)
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Cet élément empêche, facilite ou n'a pas d'influence sur mes relations intimes (amoureuses, sexuelles, maritales) :

Empêche beaucoup	Empêche	Empêche un peu	Sans influence	Facilite un peu	Facilite	Facilite beaucoup
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Traitements pharmacologiques

Les médicaments que je prends me posent des problèmes :

Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Ni d'accord, ni pas d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord	Non concerné(e)
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Cet élément empêche, facilite, ou n'a pas d'influence sur mes relations intimes (amoureuses, sexuelles, maritales) :

Empêche beaucoup	Empêche	Empêche un peu	Sans influence	Facilite un peu	Facilite	Facilite beaucoup
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Annexe 6. Protocole en ligne de l'étude 3 'INTIMate Stigma'

Enquête sur les croyances relatives aux relations intimes

L'Université de Bordeaux vous propose de participer à une recherche clinique portant sur les relations intimes et les croyances qui y sont associées.

Cette enquête a pour objectif d'étudier les croyances relatives aux relations intimes des personnes en bonne santé, des professionnels de santé et des personnes ayant reçu un diagnostic de schizophrénie.

Votre participation implique de répondre à une enquête en ligne. La durée de l'enquête est d'environ 15 minutes.

Ce questionnaire est strictement anonyme, ce qui signifie qu'il ne contient aucune information qui permet d'identifier la personne qui y répond (les adresses IP ne sont pas enregistrées).

Cette recherche ne présente aucun inconvénient ou risque. Les bénéfices attendus sont ceux relatifs à l'objectif, c'est-à-dire, de prendre connaissance des croyances relatives aux relations intimes des différents groupes cités.

Vous êtes libre d'accepter ou non de participer à cette recherche. Vous pourrez également à tout moment décider d'interrompre votre participation sans aucune conséquence, ni justification. Vous avez le droit de vous opposer à ce que vos données soient utilisées pour cette recherche et les retirer à quelque moment que ce soit, et quel que soit le motif. Votre décision de participer, de refuser de participer ou de cesser de participer n'aura aucune conséquence sur vos notes, statut ou relations avec le laboratoire EA4139 ou l'Université de Bordeaux.

Le responsable du traitement des données est : UNIVERSITE DE BORDEAUX, représenté par son représentant légal en exercice. 35 Place PEY BERLAND. 33000 BORDEAUX.

Seules les informations strictement nécessaires à la finalité de la recherche seront recueillies. Le recueil de ces données sera fait à des fins de recherche scientifique et leur traitement aura pour finalité de répondre aux objectifs de ces recherches. Ces données seront conservées pendant la durée de l'étude, soit 2 ans, jusqu'au rapport final ou jusqu'à la dernière publication puis archivées pendant une durée de 15 ans suivant la fin de la recherche, conformément à la réglementation. Ces données seront enregistrées sur des serveurs informatiques sécurisés.

Vous pouvez exercer vos droits (d'accès et de rectification sur vos informations personnelles, de restriction du traitement de vos informations personnelles, d'opposition au traitement de vos données et de demander que vos informations personnelles vous soient fournies, ou fournies à un tiers, sous un format numérique) en le demandant auprès du délégué à la protection des données de l'Université de Bordeaux par email (dpo@u-bordeaux.fr)

Les résultats de cette étude peuvent faire l'objet de publications scientifiques et / ou de communications lors de congrès ou manifestations scientifiques. Les données présentées dans ce cadre seront anonymes et ne permettront pas votre identification.

Nous vous remercions de l'attention que vous avez bien voulu porter à ce document d'information.

Identifier les stéréotypes

Sur ces échelles, où placeriez-vous ces différentes personnes: « personnes atteintes de schizophrénie », « population générale (personnes en bonne santé sans schizophrénie) » et « moi-même »:

	Ne savent pas du tout entretenir des relations intimes de bonne qualité						Savent parfaitement entretenir des relations intimes de bonne qualité
	1	2	3	4	5	6	7
Personnes atteintes de schizophrénie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Population générale*	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Moi-même	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

* Personnes sans schizophrénie

	Leurs projets de couple (mariage, enfant) sont toujours irréalisables						Leurs projets de couple sont toujours réalisables (mariage, enfant)
	1	2	3	4	5	6	7
Personnes atteintes de schizophrénie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Population générale*	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Moi-même	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

* Personnes sans schizophrénie

	N'ont aucune maîtrise de leurs émotions envers leur(s) partenaire(s)						Ont une grande maîtrise de leurs émotions envers leur(s) partenaire(s)
	1	2	3	4	5	6	7
Personnes atteintes de schizophrénie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Population générale*	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Moi-même	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

* Personnes sans schizophrénie

	Pas du tout compétent(e)s lorsqu'il s'agit de prendre des décisions concernant leurs relations intimes						Très compétent(e)s lorsqu'il s'agit de prendre des décisions concernant leurs relations intimes
	1	2	3	4	5	6	7
Personnes atteintes de schizophrénie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Population générale*	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Moi-même	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

* Personnes sans schizophrénie

	Physiquement pas attirantes du tout						Très attirantes physiquement
	1	2	3	4	5	6	7
Personnes atteintes de schizophrénie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Population générale*	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Moi-même	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

* Personnes sans schizophrénie

	Les relations intimes aggravent dangereusement la santé mentale						Les relations intimes améliorent grandement la santé mentale
	1	2	3	4	5	6	7
Personnes atteintes de schizophrénie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Population générale*	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Moi-même	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

* Personnes sans schizophrénie

	N'ont jamais besoin de relations intimes						Ont toujours besoin de relations intimes
	1	2	3	4	5	6	7
Personnes atteintes de schizophrénie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Population générale*	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Moi-même	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

* Personnes sans schizophrénie

	Très violentes pour leur(s) partenaire(s)						Pas violentes du tout pour leur(s) partenaire(s)
	1	2	3	4	5	6	7
Personnes atteintes de schizophrénie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Population générale*	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Moi-même	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

* Personnes sans schizophrénie

	Très Manipulatrice(s)/eur avec leur(s) partenaire						Pas manipulatrice(s)/eur du tout avec leur(s) partenaire
	1	2	3	4	5	6	7
Personnes atteintes de schizophrénie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Population générale*	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Moi-même	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

* Personnes sans schizophrénie

Facteurs associés

A quel point pensez-vous partager des similitudes, points communs avec les personnes qui ont une schizophrénie ?

Je ne partage pas de similitudes, points communs avec les personnes qui ont une schizophrénie							Je partage des similitudes, points communs avec les personnes qui ont une schizophrénie
1	2	3	4	5	6	7	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

Indiquez votre niveau d'accord avec les propositions suivantes

	Pas du tout d'accord						Tout à fait d'accord
	1	2	3	4	5	6	7
La schizophrénie est simplement une exagération du fonctionnement normal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Les symptômes de la schizophrénie comme entendre des voix ou se sentir persécuté sont en fait commun à tout le monde	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

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

Que pensez-vous de cette affirmation?

	Totalement faux						Totalement vrai
	1	2	3	4	5	6	7
Les personnes atteintes de schizophrénie peuvent se rétablir (vivre une vie satisfaisante, productive et pleine d'espoir malgré la maladie).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Données démographiques

Indiquez votre genre :

Femme Homme Autre

Indiquez votre âge :

A quel groupe appartenez-vous ?

- Professionnel de santé mentale
- Population générale (sans SCZ)
- Etudiant en santé

Indiquez votre profession.

- Psychiatre
- Infirmier
- Aide-soignant
- Ergothérapeute
- Orthophoniste
- Psychologue
- Educateur
- Moniteur
- Assistants de services sociaux
- Animateur

- Secrétaire
- Agent de Service Hospitalier
- Autre

*Indiquez votre domaine d'étude. **

- Psychiatre
- Infirmier
- Aide-soignant
- Ergothérapeute
- Orthophoniste
- Psychologue
- Educateur
- Moniteur
- Assistants de services sociaux
- Animateur
- Secrétaire
- Agent de Service Hospitalier
- Autre

***Pour les professionnels :**

Choisissez la réponse appropriée:

	Pas du tout utile pour les gens que j'accompagne									Très utile pour les gens que j'accompagne
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Je me sens	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Choisissez la réponse appropriée:

	Pas du tout utile pour eux									Très utile pour eux
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Selon moi, les personnes que j'accompagne me trouvent	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Pour les étudiants et les professionnels :

Avez-vous été formé au sujet de la sexualité/intimité des personnes atteintes de schizophrénie ?

- Oui
- Non

Quelle est votre considération quant à la question des relations intimes dans votre (futur) travail?

	Pas du tout d'accord					Tout à fait d'accord	
	1	2	3	4	5	6	7
Selon vous, accompagner et soutenir les personnes ayant une schizophrénie au sujet de leurs relations intimes fait partie de votre travail ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Pour tous :

Avez-vous déjà reçu un diagnostic de schizophrénie ?

- Oui
- Non

Annexe 7 : Echelle d'auto-stigmatisation des relations intimes

Les questions suivantes visent à évaluer les **croyances** que vous avez par rapport à **vos propres relations intimes** (relations amoureuses et sexuelles) **en tenant compte du fait que vous avez reçu un diagnostic de trouble psychique / mental.**

Si vous n'avez pas de partenaire actuellement, essayez d'imaginer ce qui se rapprocherait le plus de vos croyances si vous aviez un.e partenaire

Nous nous intéressons ici à **ce que vous pensez de vous-même.** Cochez la case qui correspond le mieux à vos **croyances.**

1. Je crois que

	Je suis tout à fait capable de tenir mes engagements dans mon couple									Je ne suis pas du tout capable de tenir mes engagements dans mon couple
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

2. Je crois que

	Je n'ai rien pour plaire à un.e partenaire									J'ai tout pour plaire à un.e partenaire
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

3. Je crois que

	Dans mes relations intimes, je ne m'emballe jamais trop vite									Dans mes relations intimes, je m'emballe toujours trop vite
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

4. Je crois que

	Mes relations intimes ne me									Mes relations intimes me

troublent pas du tout									troublent beaucoup trop
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

5. Je crois que

Je suis désirable pour plaire à un.e partenaire									Je ne suis pas désirable pour plaire à un.e partenaire
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

6. Je crois que

Mon/ma partenaire ne m'abandonnera pas si je lui dévoile mon trouble									Mon/ma partenaire m'abandonnera si je lui dévoile mon trouble
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

7. Je crois que

Je mérite tout à fait d'être aimé.e									Je ne mérite pas du tout d'être aimé.e
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

8. Je crois que

Mes fantasmes sexuels sont normaux pour la société									Mes fantasmes sexuels sont anormaux pour la société
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

9. Je crois que

Mon.ma partenaire ne me jugera pas si je lui dévoile mon trouble									Mon.ma partenaire me jugera si je lui dévoile mon trouble
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

10. Je crois que

Mes projets de couple sont totalement réalisables	Mes projets de couple sont irrécussibles								
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

11. Je crois que

Les gens veulent avoir des relations sexuelles avec moi	Les gens ne veulent pas avoir des relations sexuelles avec moi								
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

12. Je crois que

Je ne devrais pas forcément avoir des relations intimes qu'avec des personnes ayant un trouble	Je devrais forcément avoir des relations intimes qu'avec des personnes ayant un trouble								
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

13. Je crois que

Il est tout à fait possible pour moi de trouver l'amour	Il est impossible pour moi de trouver l'amour								
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

14. Je crois que

J'ai l'espoir de trouver un.e partenaire sexuel.le	Je n'ai aucun espoir de trouver un.e
---	---

									partenaire sexuel.le
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

15. Je crois que

Je garde les pieds sur terre quand je tombe amoureux/se									Je perds la tête quand je tombe amoureux.se
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

16. Je crois que

Je suis attirant.e physiquement									Je ne suis pas attirant.e physiquement
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

17. Je crois que

Il n'est pas du tout normal que mes relations intimes fassent partie de mes priorités									Il est tout à fait normal que mes relations intimes fassent partie de mes priorités
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

18. Je crois que

C'est ma faute si je rencontre des partenaires à problèmes									Ce n'est pas ma faute si je rencontre des partenaires à problèmes
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

19. Je crois que

Je n'ai aucune maîtrise de mes émotions envers mon partenaire									Je maîtrise parfaitement mes émotions envers mon partenaire
--	--	--	--	--	--	--	--	--	---

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

20. Je crois que

Au vu de mon histoire de vie, il est tout à fait possible que je rencontre quelqu'un de bien					Au vu de mon histoire de vie, il est impossible que je rencontre quelqu'un de bien				
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

21. Je crois que

Je ne suis pas du tout à la hauteur sexuellement parlant					Je suis tout à fait à la hauteur sexuellement parlant				
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

22. Je crois que

Je suis tout à fait capable d'avoir des relations intimes saines (i.e. basées sur le respect, le soutien)					Je ne suis pas du tout capable d'avoir des relations intimes saines (i.e. basées sur le respect, le soutien...)				
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

23. Je crois que

Les gens veulent avoir une relation amoureuse avec moi					Les gens ne veulent pas avoir une relation amoureuse avec moi				
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

24. Je crois que

On peut difficilement me manipuler dans mes relations intimes									On peut facilement me manipuler dans mes relations intimes
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

25. Je crois que

Je ne suis pas dangereux.se pour mon partenaire									Je suis dangereux.se pour mon partenaire
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

26. Je crois que

Je ne suis pas assez intelligent.e pour plaire à un.e partenaire									Je suis assez intelligent.e pour plaire à un.e partenaire
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

27. Je crois que

Je ne dépends pas émotionnellement de mon partenaire									Je dépends émotionnellement de mon partenaire
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

28. Je crois que

Mon/ma partenaire ne prendra pas peur si je lui dévoile mon trouble									Mon/ma partenaire prendra peur si je lui dévoile mon trouble
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

29. Je crois que

Il est impossible pour moi d'être en couple									Il est tout à fait possible pour moi d'être en couple
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

30. Je crois que

Je ne suis pas un fardeau dans mon couple									Je suis un fardeau dans mon couple
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

31. Je crois que

Un.e partenaire amoureux.se pourrait aider à mon rétablissement									Un.e partenaire amoureux.se pourrait nuire à mon rétablissement
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

32. Je crois que

Je suis tout à fait capable de prendre des initiatives dans mes relations intimes									Je ne suis pas du tout capable de prendre des initiatives dans mes relations intimes
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

33. Je crois que

Mon/ma partenaire acceptera mon diagnostic si je lui dévoile mon trouble									Mon/ma partenaire n'acceptera pas mon diagnostic si je lui dévoile mon trouble
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

34. Je crois que

Je suis tout à fait capable de soutenir mon partenaire lorsqu'il/elle fait face à des difficultés personnelles					Je ne suis pas du tout capable de soutenir mon/ma partenaire lorsqu'il/elle fait face à des difficultés personnelles				
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

35. Je crois que

Je peux me permettre d'être sélectif.ve dans mon choix de partenaire					Je ne peux pas me permettre d'être sélectif.ve dans mon choix de partenaire				
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

36. Je crois que

Les relations intimes ne déséquilibrent pas ma santé mentale					Les relations intimes déséquilibrent ma santé mentale				
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

37. Je crois que

Les relations intimes me font beaucoup de bien					Les relations intimes ne me font pas du tout de bien				
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

38. Je crois que

Il est tout à fait possible de rencontrer un.e partenaire qui corresponde à mes attentes					Il est impossible de rencontrer un.e partenaire qui corresponde à mes attentes				
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

39. Je crois que

J'ai besoin d'avoir des relations intimes									Je n'ai pas besoin d'avoir des relations intimes
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

40. Je crois que

Mon/ma partenaire voudra tout de même s'engager dans une relation avec moi si je lui dévoile mon trouble									Mon/ma partenaire ne voudra plus s'engager dans une relation avec moi si je lui dévoile mon trouble
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Annexe 8 : Curriculum Vitae

Septembre 2024

Meryl CAIADA

0770801998

meryl.caiada@u-bordeaux

Née le 09 septembre 1998 à Voiron, France

Adresse professionnelle

UF de Psychologie – Laboratoire de psychologie LabPsy UR4139 – Université de Bordeaux

3 ter place de la Victoire

33076 Bordeaux cedex

Tel : 05 57 57 30 27

STATUT

A partir de Janvier 2025

- **Post-doctorante** à l'Université de Montréal (sous la supervision du Pr. Tania Lecomte)
- **Post-doctorante** à l'Université du Québec à Montréal (sous la supervision du Pr. Marc Corbière)

Depuis 2021 - Doctorante en psychologie, Laboratoire de Psychologie de Bordeaux, Labpsy UR4139, Faculté de Psychologie, Université de Bordeaux

Depuis 2021 - Coordinatrice du programme de recherche INTIMate : (« Promouvoir les relations intimes dans le handicap psychique »)

EMPLOIS

2023 / 2025 – Agent Contractuel de Droit Public (Université de Bordeaux)

2021 / 2023 – Assistante de Recherche Clinique (Centre Hospitalier de Jonzac)

2021 / 2021 – Attachée Temporaire Vacataire (Université de Bordeaux)

FORMATIONS INITIALES

2021 – Doctorat de psychologie – Université de Bordeaux, sous la direction du Pr. Antoinette Prouteau (en cours)

2019 / 2021 – Master de psychologie – Neuropsychologie Clinique, Université de Bordeaux, Major de promotion, mention bien, obtention du titre de « **psychologue spécialisée en neuropsychologie** »

2016 / 2019 – Licence de psychologie, Université de Bordeaux

FORMATIONS COMPLEMENTAIRES

2023 – Programme Quality Rights (Centre Collaborateur de l’Organisation Mondiale de la Santé)

2022 – Premiers Secours en Santé Mentale

2023 – MOOC Intégrité Scientifique dans les métiers de la recherche

EXPERIENCE INTERNATIONALE

De Mai 2023 à Aout 2023 : Stage de recherche : Laboratoire L’ESPOIR, Université de Montréal, sous la direction du Pr. Tania Lecomte

ENSEIGNEMENTS (VACATIONS)

Depuis 2021 – Licence 2 et 3 de psychologie

- Traitement des données
- Démarche de l'entretien et méthode de l'évaluation
- Relations intimes et troubles psychiques

Depuis 2021 – Master de Psychologie (neuropsychologie clinique)

- Stigmatisation des troubles psychiques
- Relations intimes et troubles psychiques
- Introduction à la neuropsychologie
- Travail de recherche en neuropsychologie clinique

Depuis 2022 – Licence Professionnelle – Médiateurs de Santé-Pair

- Tutorat
- Communication sur le rétablissement
- Stigmatisation des troubles psychiques
- Relations intimes et troubles psychiques

Encadrement de travaux de recherche (TER) en Master de Psychologie

- Auto-stigmatisation, résistance à l'auto-stigmatisation et relations intimes (2023/2034)
- Mémoire autobiographique et relations amoureuses : étude de la quantité et de la qualité des souvenirs définissant le soi (2023/2034)
- Les spécificités d’intégration des souvenirs définissant le soi, parfois présentes chez les personnes ayant un Trouble du Spectre Schizophrénique, sont-elles associées à la

- qualité des relations intimes ?(2022/2023)
- Relations intimes en psychiatrie adulte : mieux communiquer pour mieux les considérer (2022/2023)
- Relations intimes et trouble du spectre schizophrénique : stigmatisation et contenus de stéréotype (2021/2022)
- Étude des facteurs facilitateurs des relations significatives dans les troubles du spectre de la schizophrénie (2021/2022)

RESPONSABILITES ADMINISTRATIVES

Depuis 2023 : Membre de la Comité Mixte de Recherche « Pair-Aidance », Université de Bordeaux

2022-2023 : Représentante des doctorants du Laboratoire de Psychologie Labpsy, Université de Bordeaux

Depuis 2022 – Co-présidente de l’association « Prospairs » : promouvoir et développer des activités autour des thèmes de la santé mentale (communications, informations, recherche, etc.)

PUBLICATIONS SCIENTIFIQUES

Documents publiés dans des revues dotées de comité de pairs

- *Soumis*

Caiada, M., Guionnet, S., Felix, S., Valery, K.M., Tison, E., Bonilla-Guerrero, J., Destailats, J.M., & Prouteau, A. (2024). *Obstacles and Facilitators of Intimate Relationships: an Exploratory Study in Schizophrenia and the General Population. Psychiatric Rehabilitation Journal* [Manuscript submitted for publication]. Psychology Laboratory, University of Bordeaux.

Valery, K.-M., Felix, S., Seguela, A., **Caiada**, M., Dubos, J., Ducasse, A., Duffa, J., Dumoras, C., Fournier, T., Guillet, M., Guionnet, S., Laumier, M., Tison, E., Violeau, L., Violet, M., & Prouteau, A. (2024). *Measuring relation in neuropsychological assessment : The development of the RiNAScale*. [Manuscript submitted for publication]. Psychology Laboratory, University of Bordeaux.

Valery, K.-M., Guionnet, S., Boivert, P., Bonilla-Guerrero, J., **Caiada**, M., Destailats, J.-M., Felix, S., Fournier, T., Seguela, A., Tison, E., Berrier, P.-A., & Prouteau, A. (2024). *When mental healthcare is helpful : A mixed-method user-led study in France*. [Manuscript submitted for publication]. Psychology Laboratory, University of Bordeaux.

- *Publié*

Caiada, M., Valery, K.-M., Felix, S., Guionnet, S., Tison, E., Gonin, M., Bonilla-Guerrero, J., Destailats, J.-M., Pillaud, N., & Prouteau, A. (2024). Stigmatizing intimate relationships in schizophrenia : A study comparing mental health professionals, health students and the

general population. *Journal of Mental Health*, 1-11.
<https://doi.org/10.1080/09638237.2024.2390378>

Caiada, M., Felix, S., Guionnet, S., Valery, K.-M., Bonilla-Guerrero, J., Destailats, J.-M., & Prouteau, A. (2024). Promoting Intimate Relationships in Mental Illness : A Systematic Review of Interventions. *Community Mental Health Journal*, 60(3), 536-551.
<https://doi.org/10.1007/s10597-023-01204-z>

Valery, K. M., Roulin, M., **Caiada**, M., Felix, S., Guionnet, S., Tison, E., Fournier, T., Violeau, L., Chadapeaud, L., Pachnopoulos, J.-B. & Prouteau, A. (2024). Les stéréotypes sur l'enfant ayant un diagnostic de TDAH chez les neuropsychologues en France. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*.
<https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2024.04.002>

Felix, S., Valery, K.-M., **Caiada**, M., Guionnet, S., Bonilla-Guerrero, J., Destailats, J.-M., & Prouteau, A. (2024). Personal recovery self-report outcome measures in serious mental illness : A systematic review of measurement properties. *Clinical Psychology Review*, 112, 102459. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2024.102459>

Munuera, C., Felix, S., Prouteau, A., **Caiada**, M., Guionnet, S., Valéry, K.-M., Fombouchet, Y., Gard, S., Chevrier, F., Minois, I., & M'bailara, K. (2024). Characterizing personal recovery in severe mental illness: French psychometric validation of the Questionnaire about the Process of Recovery (QPR-Fr). *Psychiatric Rehabilitation Journal*.
<https://doi.org/10.1037/prj0000601>

Valery, K. M., Roulin, M., **Caiada**, M., Felix, S., Guionnet, S., Tison, E., Fournier, T., Violeau, L., Chadapeaud, L., Pachnopoulos, J.-B. & Prouteau, A. (2024). Les stéréotypes sur l'enfant ayant un diagnostic de TDAH chez les neuropsychologues en France. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*.
<https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2024.04.002>

Valery, K. M., Violeau, L., Fournier, T., **Caiada**, M., Felix, S., Guionnet, S., Destailats, J.-M. & Prouteau, A. (2023). How do mental health professionals stigmatize incompetence in schizophrenia? *Stigma and Health*.
<https://doi.org/10.1037/sah0000476>

COMMUNICATIONS

- **Communications orales**

Caiada, M., Felix, S., Guionnet, S., Valery, K. M., Bonilla, J., Destailats, J. M. & Prouteau, A. (2022, mai). Relations intimes dans le handicap psychique : enquête en population générale. [communication affichée et orale]. Colloque GREPACO 2022, Lausanne.

Caiada, M., Felix, S., Guionnet, S., Valery, K. M., Bonilla, J., Destailats, J. M., & Prouteau, A. (2022) Relations intimes dans le handicap psychique. [communication orale]. L'intimité pour toutes et tous ? Aix Marseille Université, France. (chercheur invité)

- **Communications affichées**

Caiada, M., Felix, S., Guionnet, S., Valery, K.M., Bonilla Guerrero, J., Destailats, J.M. & Prouteau, A. (2024, april). *Promoting Intimate Relationships in Mental Illness: A Systematic Review of Interventions*. [communication par affiche]. Schizophrenia International Research Society, Italy. Florence

Caiada, M., Felix, S., Guionnet, S., Lamontagne, J., Tison, E., Valery, K.M., Vigneault, L., Prouteau, A. & Lecomte, T. (2024, april). *Self-Stigma in Intimate Relationships of Persons with Serious Mental Illness: Scale Development and Validation*. [communication affichée]. Schizophrenia International Research Society, Florence.

Caiada, M., Valery, K.M., Gonin, M., Felix, S., Guionnet, S., Bonilla, B., Destailats, J.M. & Prouteau, A. (2023, may). *Are Intimate Relationship Stigmatized in Schizophrenia?* [communication affichée]. Schizophrenia International Research Society, Toronto.

Caiada, M., Valery, K. M., Felix, S., Guionnet, S., Bonilla, J., Destailats, J. M. & Prouteau, A. (2022, novembre). *Stéréotypes des relations intimes des personnes ayant reçu un diagnostic de schizophrénie*. [communication affichée]. Congrès Français de Psychiatrie 2022, Lille.

FINANCEMENTS OBTENUS

2022 – 2024 : « INTIMate : Promouvoir les Relations Intimes dans le Handicap Psychique », financé par la FIRAH (94 407€)

2023 – University of Bordeaux Graduate Research School International Mobility (2700€)