

**Appel à recherches 2019**  
**« Handicap et Perte d'autonomie » - session 10**  
**de l'Institut pour la Recherche en Santé Publique**

**Rapport scientifique final**

**I. Renseignements administratifs**

**A. Identification du projet**

<b>Identification du projet</b>	
Titre du projet	<b>STIGMApro</b> : Déstigmatiser les pratiques professionnelles dans le handicap psychique
Coordinateur scientifique du projet (société/organisme - laboratoire ou entité de rattachement)	PROUTEAU Antoinette – Professeure des Universités (PU) en Neuropsychologie  Université de Bordeaux  Laboratoire de Psychologie UR 4139  3 ter place de la Victoire 33076 Bordeaux Cedex
Référence de l'appel à projets (nom + année)	Appel à projet de recherche 2019 « Handicap et Perte d'autonomie » - session 10 de l'Institut de Recherche en Santé Publique
Citez les équipes partenaires (organismes, structures ou laboratoire de rattachement)	DESTAILLATS Jean-Marc – Praticien Hospitalier (PH)  UF Recherche – Pôle de psychiatrie adulte – CH de Jonzac

	Domaine des fossés – St Martial de Vitaterne 17500 JONZAC
Durée <b>initiale</b> du projet	36 mois
Période du projet (date début – date fin)	1 <sup>er</sup> avril 2020 – 31 mars 2023
Avez-vous bénéficié d'une prolongation ? Si oui, de quelle durée ?	Non.
<u>Le cas échéant</u> , expliquez succinctement les raisons de cette prolongation.	
<b>Identification du rédacteur</b>	
Nom du rédacteur du rapport	GUIONNET Sarah
Fonction au sein du projet ( <i>si différent du Coordinateur scientifique du projet</i> )	Ingénierie d'étude / Psychologue
Téléphone	05 57 57 30 40
Adresse électronique	sarah.guionnet@u-bordeaux.fr
Date de rédaction du rapport	31 mai 2023

### B. Indiquer la liste du personnel recruté dans le cadre du projet

Nom	Prénom	Qualifications	Date de recrutement	Durée contrat (en mois)	Type de contrat (CDD, vacation ...)
Fournier	Thomas	Doctorant	01.04.2020	8 mois	CDD
Guionnet	Sarah	Ingénierie d'étude / Psychologue	01.12.2020	28 mois	CDD

Suite à 8 mois de participation au projet, Mr Fournier Thomas a souhaité interrompre son doctorat et a pris un poste de neuropsychologue clinicien dans le secteur hospitalier. Pour assurer la continuité du projet jusqu'au rapport final et solidifier la communication du projet, une ingénierie d'étude psychologue (même niveau de qualification qu'un doctorant) a été recrutée : Mme Guionnet Sarah. Après sa participation au projet, Mme Guionnet a été recrutée en tant qu'ingénierie d'étude sur un autre projet de recherche mené au sein de l'Université de Bordeaux. Par la suite, elle pourrait avoir différentes opportunités : un contrat d'ingénierie à

l'Université, une activité clinique ou une formation de délégué à la protection des données et une intégration dans une entreprise ou un établissement public en tant que telle.

### C. Donner la liste des autres personnes impliquées dans le projet

Nom	Prénom	Qualifications	% de son temps consacré au projet
Prouteau	Antoinette	PU en Neuropsychologie	50%
Violeau	Louis	Doctorant	30%
Valery	Kévin-Marc	Doctorant	10%
Destaillats	Jean-Marc	PH en psychiatrie	30%
Bonilla-Guerrero	Julien	Ergothérapeute	30%

### D. Donner la répartition (en pourcentage) des disciplines mobilisées dans le projet

- Psychologie (Neuropsychologie Clinique, Psychologie sociale, Psychologie du Travail et des Organisations) : 50%
- Psychiatrie : 15%
- Ergothérapie : 15%
- Ingénierie de recherche (coordination du projet, gestion des aspects éthiques et réglementaires, statistiques, communication des résultats) : 20%

## II. Synthèses et rapport scientifique

### A. Synthèse courte

#### 1. Contexte et objectif du projet

La feuille de route Santé mentale et psychiatrie (Comité stratégique de la santé mentale et de la psychiatrie, 28 juin 2018, p3) rappelle que les troubles psychiques sévères et persistants comme la schizophrénie, combinés à la stigmatisation, ont des effets extrêmement délétères sur l'inclusion sociale des personnes. L'innovation pour transformer notre système de santé en réaffirmant la place des citoyens est un des 4 axes de la stratégie nationale de santé. La psychiatrie française est donc aujourd'hui en pleine mutation. D'une prise en charge biomédicale centrée sur la maladie et les symptômes, elle a évolué vers une vision plus sociale des enjeux de la santé mentale : celle du handicap psychique. L'inscription dans la communauté est devenue une cible thérapeutique prioritaire, comme en témoigne la multiplication des centres de réhabilitations et de réinsertion socio-professionnelle (Duprez, 2008). Ces premières évolutions ont favorisé l'émergence d'un nouveau principe dans les pratiques psychiatriques : le rétablissement (« recovery »), centré sur « le devenir de la personne » (Pachoud, 2012). Il s'agit d'un tournant paradigmatic majeur : la personne n'est plus un « patient », sujet d'une « prise en charge », c'est un « collaborateur », acteur décisif de son parcours de soin et de ses projets. Cependant, la matérialisation de ces principes en pratique de soin et d'accompagnement reste à développer.

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

Pour répondre à ce constat et tout en reposant sur une approche basée sur les preuves, **STIGMApro** s'est donc donné l'objectif de co-construire et évaluer, avec les différents acteurs du handicap psychique (usagers, familles et professionnels), une intervention visant la déstigmatisation des pratiques professionnelles de l'accompagnement du handicap psychique, et leur orientation vers le rétablissement.

#### 2. Méthodologie utilisée

**STIGMApro** est un programme de **recherche participative** où des chercheurs et acteurs de la société (*i.e.* professionnels, usagers, familles) ont participé conjointement à toutes les phases de la recherche (Charte française de sciences et recherches participatives, 2017). Dans ce cadre, un Comité Scientifique a été constitué et formé d'experts : enseignants-chercheurs de plusieurs disciplines, professionnels de santé mentale (*i.e.* psychologues, psychiatre, ergothérapeute, médiatrice de santé-pair, cadre infirmier, directeur de centre hospitalier), représentants d'usagers, de familles (ex-usagers, UNAFAM), d'institutions (ARS Nouvelle-Aquitaine) et acteurs de lutte contre la stigmatisation (Centre Collaborateur de l'OMS, Psycom). De part ce Comité Scientifique et la réalisation de divers focus groups (*e.g.* au Clubhouse de Bordeaux), différents acteurs du terrain ont co-construit ensemble des solutions utiles et pertinentes.

**STIGMApro** s'organise en 2 phases successives :

- une **phase de recherche fondamentale**, dont l'objectif est d'approfondir les connaissances sur la stigmatisation dans les pratiques en santé mentale et de faire émerger des solutions réduisant cette stigmatisation. Plus précisément, il s'agit d'investiguer : 1) les spécificités du stéréotype chez les professionnels 2) les situations de stigmatisation vécues par les usagers et familles auprès des professionnels 3) les processus de stigmatisation et de résistance à la stigmatisation de la schizophrénie.
- une **phase de recherche appliquée**, dont l'objectif est de co-créer, mettre en place et évaluer une intervention pilote visant à réduire la stigmatisation de la schizophrénie dans les pratiques professionnelles en santé mentale. Le contenu de l'intervention est issu des travaux de la première phase.

Au cours de la première phase de recherche fondamentale, différentes études ont été réalisées et reposent sur des méthodes variées (explicites et implicites) : une **revue systématique de la littérature internationale** sur la stigmatisation de la schizophrénie chez les professionnels de santé mentale ; des **enquêtes en ligne**, construites avec des personnes ayant fait l'expérience d'un trouble psychique, afin d'identifier les pratiques stigmatisantes en santé mentale et les facteurs associés à moins de stigmatisation en psychiatrie ; **une étude randomisée contrôlée** afin de tester l'efficacité des solutions identifiées pour réduire la stigmatisation dans les pratiques ; et enfin, une **mesure implicite de la stigmatisation de soi** a été **développée**.

Au cours de la deuxième phase de recherche appliquée, l'intervention pilote **STIGMApro** visant à réduire la stigmatisation dans les pratiques en santé mentale a été co-construite avec les différents acteurs concernés par la problématique (*i.e.* professionnels, usagers et familles). Elle a fait l'objet d'une étude pilote, au CH de Jonzac, évaluant sa viabilité (*i.e.* sa capacité à réussir dans le monde réel - Chen, 2010). Cette étude pilote a permis d'améliorer l'intervention afin de répondre aux besoins et principes de réalité soulignés.

Pour aller plus loin, l'étude de l'efficacité de l'intervention finale, la formation **STIGMApro**, est actuellement en cours via un essai contrôlé randomisé multicentrique.

### 3. Principaux résultats obtenus

Les résultats présentés concernent la première phase du programme, centrée sur le développement des connaissances concernant la stigmatisation dans les pratiques, et la deuxième phase, vouée à la création et l'évaluation de l'intervention pilote.

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

Le point de vue des professionnels de santé mentale a également fait l'objet de plusieurs études. Une première étape a consisté en une revue systématique de la littérature, dont l'objectif était d'identifier les caractéristiques de la stigmatisation de la schizophrénie chez les professionnels de santé mentale et d'identifier des facteurs associés. Les résultats montrent que la schizophrénie est **l'une des maladies mentales les plus stigmatisées** par les professionnels, et ce d'autant plus en cas de comorbidité avec un trouble d'usage des substances. Plusieurs enquêtes chez les professionnels de santé mentale français ont ensuite été conduites. Des solutions anti-stigma potentielles se dégagent de ces premières études : **les pratiques orientées-rétablissement, le sentiment d'utilité professionnelle, l'approche en continuum et enfin la similitude perçue entre le soignant et l'usager**.

L'efficacité de ces solutions anti-stigma a été testée expérimentalement dans une étude randomisée contrôlée. De courtes vidéos visant à activer ces solutions ont été utilisées pour réduire la stigmatisation de la schizophrénie chez les professionnels de santé mentale. Les exemples de rétablissement ont ainsi permis de réduire les croyances pessimistes sur le rétablissement et les croyances d'incompétence lorsqu'il s'agit de prendre des décisions concernant sa santé. Cependant, aucun effet significatif n'a été mis en évidence sur les autres mesures de la stigmatisation et aucun effet significatif de l'approche en continuum ou des similitudes perçues n'a été trouvé. Plusieurs limites identifiées au niveau de la manipulation expérimentale et du recrutement des participants pourraient expliquer ces résultats et fournissent des pistes pour des études subséquentes.

Enfin, une mesure implicite de la stigmatisation de soi a été développée le **Self-Schizophrenia SA-IAT**. Il s'agit d'une tâche informatisée de catégorisation de mots. Cette mesure implicite est en cours de validation.

L'ensemble de ces résultats a permis de développer au cours de la seconde phase et avec les acteurs directement concernés par la problématique (*i.e.* professionnels, usagers et familles), une intervention pilote visant à réduire la stigmatisation dans les pratiques en santé mentale : la formation **STIGMApro**. Dans une logique de co-construction et via une étude de sa viabilité (*i.e.* sa capacité à réussir dans le monde réel – Chen, 2010), l'intervention a été remaniée suite aux retours de ces différents acteurs. Sa validation est actuellement en cours.

En résumé, le programme de recherche **STIGMApro** a de nombreux apports autant en termes de connaissances que d'action de santé publique. Les connaissances développées dans ce programme sont riches et innovantes. En effet, la littérature internationale en matière de stigmatisation chez les professionnels n'était que peu fournie. **STIGMApro** a permis d'approfondir les connaissances sur la stigmatisation dans les pratiques en santé mentale et de faire émerger des cibles et solutions pour réduire cette stigmatisation en contribuant à

mieux appréhender la stigmatisation des maladies mentales chez les professionnels de santé mentale (quelle en est la spécificité ? quels sont les facteurs associés à cette stigmatisation ?), à identifier 15 situations concrètes de stigmatisation en psychiatrie, à identifier de potentiels solutions anti-stigma et à fournir des données françaises inédites sur le sujet.

L'ensemble de ces connaissances a de nombreuses implications en termes d'action de santé publique. Elles permettent d'établir des recommandations pour cibler la stigmatisation dans les pratiques professionnelles et d'offrir des leviers concrets pour les déstigmatiser. Sur la base de ces leviers et des connaissances développées, une intervention visant à déstigmatiser les pratiques en santé mentale a ainsi été développée : la formation **STIGMApro**. Former les professionnels pour réduire la stigmatisation dans les pratiques peut avoir des bénéfices directs pour les familles et usagers qui considèrent que « la stigmatisation est pire que la maladie elle-même » (Thornicroft et al., 2022), et également pour la psychiatrie française. Cette dernière étant en pleine mutation avec un changement de paradigme majeur vers des pratiques-orientées rétablissement, les résultats de **STIGMApro** proposent des solutions concrètes pour débloquer et encourager la transformation des pratiques et lutter contre un des freins à cette transformation : la stigmatisation.

#### 4. Impacts potentiels de ces résultats et perspectives pour la décision publique

Ces résultats originaux ont des retombées à de multiples niveaux dans le champ de la santé mentale, et plus particulièrement du handicap psychique. Ils mettent en lumière les différentes situations de stigmatisation qu'il existe dans les pratiques en santé mentale françaises, les spécificités de la stigmatisation chez les professionnels de santé mentale et soulignent qu'il existe des solutions pour lutter contre cette stigmatisation.

Diverses recommandations peuvent émerger de ces résultats. Réduire la stigmatisation dans les pratiques en santé mentale nécessite de viser différentes cibles identifiées dans le programme **STIGMApro** (cf. figure 1 ci-dessous). De plus, **les pratiques orientées-rétablissement, le sentiment d'utilité professionnelle, l'approche en continuum et enfin la similitude perçue entre le soignant et l'usager** apparaissent comme des solutions anti-

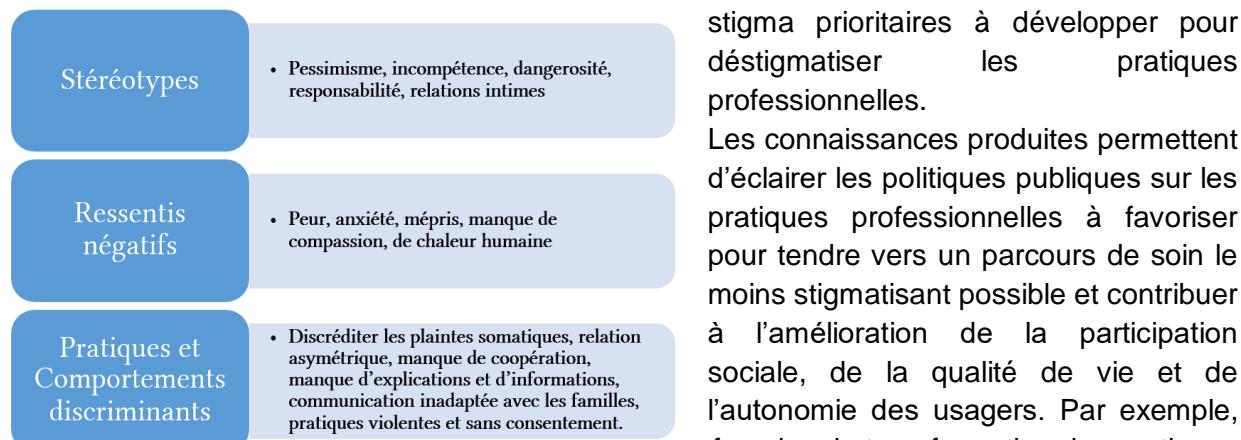


Figure 1. Cibles d'une intervention anti-stigma dans les pratiques en santé mentale selon Valery (2021)

rétablissement apparaît pertinent. Lutter contre la stigmatisation pour encourager cette transformation et améliorer la participation sociale et le bien-être physique et mental des personnes est nécessaire. Les résultats de ce programme de recherche encouragent les politiques à développer des actions visant à déstigmatiser les pratiques professionnelles dans le handicap psychique en ciblant les différentes solutions anti-stigma identifiées et en participant, par exemple, à la diffusion de l'offre de formation développée.

## B. Synthèse longue

### 1. Contexte et objectifs du projet

La stigmatisation est définie comme le fait de réduire une personne à un attribut discréditant (Goffman, 1963). La stigmatisation des maladies mentales, ou le fait de réduire une personne à sa maladie, est un défi majeur en santé mentale. La feuille de route Santé mentale et psychiatrie (Comité stratégique de la santé mentale et de la psychiatrie, 28 juin 2018, p3) rappelle que les troubles psychiques sévères et persistants comme la schizophrénie, combinés à la stigmatisation, ont des effets extrêmement délétères sur l'inclusion sociale des personnes. La stigmatisation des maladies mentales demeure un des obstacles majeurs à la participation sociale des personnes en situation de handicap psychique. L'innovation pour transformer notre système de santé en réaffirmant la place des citoyens est un des 4 axes de la stratégie nationale de santé. La psychiatrie française est donc aujourd'hui en pleine mutation. D'une prise en charge biomédicale centrée sur la maladie et les symptômes, elle a évolué vers une vision plus sociale des enjeux de la santé mentale : celle du handicap psychique. L'inscription dans la communauté est devenue une cible thérapeutique prioritaire, comme en témoigne la multiplication des centres de réhabilitations et de réinsertion socio-professionnelle (Duprez, 2008). Ces premières évolutions ont favorisé l'émergence d'un nouveau principe dans les pratiques psychiatriques : le rétablissement, centré sur « le devenir de la personne » (Pachoud, 2014, p258). Il s'agit d'un tournant paradigmique majeur : la personne n'est plus un « patient », sujet d'une « prise en charge », c'est un « collaborateur », acteur décisif de son parcours de soin et de ses projets. Cependant, la matérialisation de ces principes en pratique de soin et d'accompagnement reste à développer.

Une question cruciale dans ce contexte est : comment transformer les pratiques professionnelles pour qu'elles intègrent davantage les principes du rétablissement ? L'un des freins majeurs à cette transformation réside dans la stigmatisation de la maladie mentale. Elle représente un enjeu mondial de santé publique selon le Plan d'Action pour la Santé Mentale 2013- 2020 de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS, 2013) et plus récemment en France avec le rapport Lafourcade (2016, p21, p78), ou selon les instructions de la DGOS relatives aux projets territoriaux de santé mentale (5 juin 2018). Elle a un impact négatif sur la santé mentale des personnes et de leur famille.

Les professionnels de santé mentale sont au cœur de cette problématique, notamment parce ce qu'ils sont eux-mêmes une source de stigmatisation : 22% des situations de stigmatisation rapportées par les personnes ayant une schizophrénie et leurs familles sont vécues « lors de contacts avec les professionnels de santé mentale », contre 17% de situations d'interaction avec des inconnus, ou encore 9 % de situations en rapport avec l'emploi (Schulze, 2007, p138). Les situations de stigmatisation vécues auprès des professionnels de santé mentale constituent donc la plus grande source de stigmatisation selon les usagers et les familles. Il apparaît essentiel, voire crucial, de développer des interventions visant à réduire la stigmatisation dans les pratiques en santé mentale.

Malgré l'importance sociétal de la problématique et les recommandations (inter)nationales, aucune étude n'était publiée sur ce thème en France. La littérature internationale en matière de stigmatisation chez les professionnels restait peu fournie, en comparaison avec les données en population générale, et celles de l'auto-stigmatisation. Pourtant, il existait des méthodologies rigoureuses pour l'étude approfondie des croyances, attitudes et

comportements stigmatisants des professionnels de santé mentale, qui restaient à être appliquées au contexte spécifique de la psychiatrie française. De plus, les programmes pour lutter contre la stigmatisation des maladies mentales développés dans les pays anglo-saxons (Friedrich et al., 2013; Morgan et al., 2021; *Time To Change | let's end mental health discrimination*, s. d.) ne peuvent que partiellement être appliqués en France tant le contexte culturel a son importance (Valery & Prouteau, 2020). Il était donc essentiel, pour développer des interventions visant à réduire la stigmatisation dans les pratiques en santé mentale d'approfondir les connaissances scientifiques sur cette stigmatisation et de faire émerger des solutions pouvant la réduire.

Pour répondre à ce constat le programme **STIGMApro** s'est donc donné l'objectif de co-construire et évaluer, avec les différents acteurs du handicap psychique (usagers, familles et professionnels), une intervention visant la désstigmatisation des pratiques professionnelles et leur orientation vers le rétablissement. Pour co-construire une telle intervention, l'objectif était d'investiguer en amont : 1) les spécificités du stéréotype chez les professionnels 2) les situations de stigmatisation vécues par les usagers et familles auprès des professionnels 3) les processus de stigmatisation et de résistance à la stigmatisation de la schizophrénie.

## 2. Méthodologie utilisée

**STIGMApro** est un programme de recherche visant à réduire la stigmatisation dans les pratiques en santé mentale qui repose sur des **recherches participatives** et sur une approche « **evidence-based practice** » qui exige la prise en compte de l'expertise des professionnels et le respect des valeurs et préférences des usagers. Des chercheurs et acteurs de la société ont ainsi participé conjointement à toutes les phases de la recherche (Charte française de sciences et recherches participatives, 2017). Les différentes études réalisées ont donc été co-construites avec l'ensemble des acteurs concernés par la problématique. Il s'agit d'enseignants-chercheurs de disciplines différentes (*i.e.* neuropsychologie, psychologie clinique, sociale et du travail, ainsi qu'en santé publique), de professionnels de santé mentale (*i.e.* psychologues, psychiatre, ergothérapeute, médiatrice de santé-pair, cadre infirmier, directeur de centre hospitalier), de représentants des usagers et de leurs familles (*i.e.* Luc Vigneault – patient partenaire de recherche -, Clubhouse de Bordeaux, UNAFAM), d'acteurs de la lutte contre la stigmatisation (Centre Collaborateur de l'OMS, Psycom) et de représentants de l'ARS Nouvelle-Aquitaine.

Pour ce faire, un Comité Scientifique a été créé et une collaboration avec le Clubhouse de Bordeaux a vu le jour. Les membres du Comité Scientifique ont été invités à participer à ce projet selon leur appétence vis-à-vis de la problématique étudiée mais surtout selon leur expertise professionnelle et expérientielle du sujet. Par exemple, Luc Vigneault, patient partenaire de recherche et d'enseignement en santé mentale, a été invité à rejoindre le comité pour son savoir expérientiel. En outre, la collaboration avec le Clubhouse Bordeaux a permis d'enrichir le projet **STIGMApro** en interrogeant les membres volontaires de cette association, qui sont des personnes qui ont connu un parcours de soin en santé mentale et sont donc représentatives des usagers des services de soin.

La dimension participative est un aspect fondamental dans **STIGMApro**. La collaboration avec les personnes concernées (usagers, familles, professionnels, décideurs politiques, associations) est au cœur de l'ensemble du processus de recherche. Elle s'opérationnalise notamment par la sollicitation du Comité Scientifique et par le partenariat avec le Clubhouse

de Bordeaux. Plus qu'un rôle consultatif, il est donné un rôle décisionnel à ce Comité Scientifique (Valery, 2021). Sur la base du volontariat, les membres du Clubhouse de Bordeaux, eux, partagent leur savoir expérimentiel aux bénéfices des travaux de recherches en participant à divers focus groups ou ateliers de recherches participatives (e.g. construction des items des enquêtes, interprétation des résultats, etc.).

Le Comité Scientifique et les membres du Clubhouse de Bordeaux participent donc à l'ensemble du processus de recherche en partageant leur expertise, leur savoir, leur expérience afin de co-construire des solutions utiles, pertinentes et favorisant la participation des personnes ayant connu un parcours de soin en psychiatrie. La dimension participative est donc le ciment des méthodologies des différentes études du programme **STIGMApro**.

Tableau 1. Comité Scientifique de **STIGMApro**

Organisme	Nom et Prénom	Fonction
Université de Bordeaux / CH de Jonzac	Prouteau Antoinette	PU en Neuropsychologie Coordonnateur du projet
Université de Bordeaux / CH de Jonzac	Valery Kévin-Marc	Neuropsychologue Doctorant
Université de Bordeaux / CH Edouard Toulouse	Violeau Louis	Neuropsychologue Docteur en psychologie
Université de Bordeaux	Guionnet Sarah	Neuropsychologue Ingénierie d'étude du projet
Université de Bordeaux	Fournier Thomas	Neuropsychologue
Université de Bordeaux	Yvon Florence	Neuropsychologue Docteure en psychologie
Université de Bordeaux	Laberon Sonia	MCU psychologie du travail et des organisations
Université de Bordeaux	Follenfant Alice	MCU psychologie sociale, clinique et psychopathologie
Université de Bordeaux	Carrier Antonin	MCU psychologie sociale
Université de Bordeaux	Pascual Alexandre	MCU-HDR psychologie sociale
CH de Jonzac	Destaillats Jean-Marc	Chef de Pôle Psychiatrie Adulte
CH de Jonzac	Bonilla-Guerrero Julien	Ergothérapeute, Coordinateur Equipe mobile ESPPAIR
CH de Jonzac	Martinez Eric	Directeur du CH de Jonzac
CH de Jonzac	Le Guillermic Daniel	Cadre supérieur de santé
UNAFAM	Touroude Roselyne	Vice-présidente
Université Laval-Québec	Vigneault Luc	Patient partenaire de recherche et d'enseignement en santé mentale
EPSM Lille-Métropole	Ernoult Anne	Médiatrice de Santé-pair

ARS Nouvelle-Aquitaine	Lalbin-Wander Nadia	Chargée de mission santé mentale et psychiatrie
ARS Nouvelle-Aquitaine	Lavaud Anne-Sophie	Responsable Pôle Autonomie et Département Santé Mentale et Publics avec difficultés spécifiques
ISPED / Université de Bordeaux	Cambon Linda	Titulaire Chaire Prévention
ISPED / Université de Bordeaux – Centre de recherche inserm U1219	Decroix Charlotte	Doctorante
ISPED / Université de Bordeaux	Wittwer Jérôme	PU en économie
Psycom	Caria Aude	Directrice
Psycom	Arfeuillere Sophie	Responsable formation et pédaogie
CCOMS	Staedel Bérénice	Responsable de programme (formation médiateur santé-pair)
Clubhouse de Bordeaux	Quemper Danielle	Membre de l'association Clubhouse Bordeaux

**STIGMApro** s'organise en 2 phases successives :

- une **phase de recherche fondamentale**, dont l'objectif est d'approfondir les connaissances sur la stigmatisation dans les pratiques en santé mentale et de faire émerger des solutions réduisant cette stigmatisation.
- une **phase de recherche appliquée**, dont l'objectif est de co-créer, mettre en place et évaluer une intervention pilote visant à réduire la stigmatisation de la schizophrénie dans les pratiques professionnelles en santé mentale. Le contenu de l'intervention est issu des travaux de la première phase.

### **Phase 1 : recherche fondamentale**

Au cours de la première phase de recherche fondamentale, différentes études ont été réalisées et reposent sur des méthodes variées (explicites et implicites). L'objectif de cette première phase était d'investiguer 1) les spécificités du stéréotype chez les professionnels 2) les situations de stigmatisation vécues par les usagers et familles auprès des professionnels, 3) les processus de stigmatisation et de résistance à la stigmatisation de la schizophrénie.

Une **revue systématique de la littérature internationale** a été réalisée en suivant les recommandations PRISMA (Moher, 2009). Elle portait sur la stigmatisation de la schizophrénie chez les professionnels de santé mentale (Quelles connaissances en avons-nous ? Quelle est la spécificité ? Quels facteurs sont associés à cette stigmatisation ?).

Des **enquêtes en ligne** ont également été menées. Dans une optique participative, ces enquêtes ont été préliminairement construites soit via des focus groups conduits auprès de personnes ayant fait l'expérience d'un trouble psychique, soit co-construites et validées par le

Comité Scientifique du programme. Elles avaient pour objectifs i) d'identifier les situations de stigmatisation vécues par les usagers ayant un diagnostic de schizophrénie et leurs familles dans les soins de santé mentale, ainsi que les facteurs associés à ces expériences ; ii) d'identifier les différents domaines de compétence stigmatisés dans la schizophrénie par les professionnels de santé mentale et leur importance respective ; iii) d'identifier les facteurs associés à la stigmatisation de la schizophrénie chez les professionnels français.

Ainsi, des questionnaires ont été construits via le logiciel Limesurvey® et diffusés en ligne afin de faciliter le recrutement d'un large panel de personnes. Des cookies ont été utilisés pour se prémunir d'éventuelles participations multiples. L'anonymat des participants a été assuré en bloquant ou en n'enregistrant pas certaines informations (e.g. les adresses IP). Les participants avaient le temps qu'ils souhaitaient pour répondre aux questionnaires. Ils avaient également la possibilité de sauvegarder leurs réponses et de revenir compléter les questionnaires ultérieurement.

Après avoir donné leur consentement, les participants répondaient aux questionnaires. Leur participation reposait sur le volontariat et ils étaient recrutés via les réseaux sociaux ou via les réseaux associatifs et professionnels (e.g. UNAFAM).

Afin d'aller plus loin, une **étude randomisée contrôlée** a été réalisée. Son objectif était de tester expérimentalement l'efficacité des solutions identifiées pour réduire la stigmatisation dans les pratiques en santé mentale au cours des études et enquêtes précédemment citées.

L'expérimentation a été menée en ligne en utilisant le logiciel Limesurvey®. Des cookies ont été utilisés pour éviter les participations multiples. Afin de protéger l'anonymat des participants, plusieurs paramètres ont été bloqués et non enregistrés par Limesurvey® (e.g. adresse IP). Les réponses des participants ont été recueillies sans contrainte de temps. Néanmoins, les participants ne pouvaient pas sauvegarder leurs réponses afin de pouvoir compléter le questionnaire ultérieurement. De courtes vidéos ont été utilisées afin d'opérationnaliser les différentes solutions anti-stigma.

Les participants étaient recrutés en ligne via les réseaux sociaux et professionnels. Leur participation reposait sur le volontariat. Après avoir donné un consentement éclairé, les participants étaient assignés au hasard à l'une des 5 conditions prédéterminées (randomisation effectuée par le logiciel LimeSurvey). Il était demandé à chaque participant de visionner une vidéo de 3 minutes (une vidéo par condition expérimentale). Via les vidéos, les participants étaient exposés à 5 types d'arguments contre la stigmatisation, dont un neutre, un utilisé habituellement dans les interventions anti-stigma, et 3 faisant partie des solutions identifiées dans le programme **STIGMApro**. Bien que ces vidéos puissent contenir un message anti-stigma, les participants étaient aveugles aux objectifs de l'étude grâce à une fausse consigne : les participants étaient invités à donner leur avis sur des "vidéos éducatives pour les étudiants en psychologie". Après le visionnage, les participants devaient confirmer avoir vu la vidéo et des questions sur le contenu vérifiaient également leur visionnage. Ensuite, les participants remplissaient un questionnaire mesurant la stigmatisation et les différents arguments anti-stigma manipulés. Enfin, des informations socio-démographiques étaient recueillies.

Pour pallier aux différents biais inhérents à l'utilisation de méthodes explicites dans la mesure de la stigmatisation (e.g. biais de désirabilité sociale), une **mesure implicite de la stigmatisation de soi** a été développée : le **Self-Schizophrenia SA-IAT**.

Il s'agit d'une tâche informatisée de catégorisation de mots<sup>1</sup>. Par exemple (cf. figure 2 ci-dessous), chaque personne doit classer le mot situé au centre de l'écran, « imprévisible », avec une des catégories supra-ordonnées qui lui est proposée : « Soi » ou « Autrui ». Ce classement doit être effectué alors même que l'attribut « Schizophrénie » est couplé avec une de ces deux catégories (dans le cas présent avec la catégorie « Soi »). La tâche comprend 3 blocs (un d'entraînement et deux d'expérimentation) et différents essais (40 ou 80 selon les blocs). Certains essais sont congruents, avec la même touche réponse pour « Autrui » et « Schizophrénie », d'autres incongruents avec la même touche réponse pour « Soi » et « Schizophrénie ». Les temps de réponses sont recueillis et analysés pour appréhender l'assimilation du stéréotype de la schizophrénie au concept de soi. Cette mesure implicite est en cours de validation.

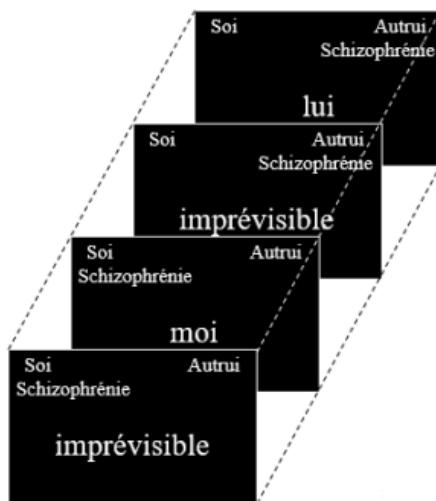


Figure 2. Protocole de la tâche informatisée (tirée du travail doctoral de T.Fournier)

Afin de traiter les résultats des différentes enquêtes et expérimentations présentées ci-dessus, Le logiciel R (version 3.5.1) a été utilisé pour effectuer les analyses. Majoritairement, des tests paramétriques ont été utilisés lors de comparaison de groupe (t de student) et des régressions linéaires multiples ont été utilisées pour tester statistiquement les facteurs associés à la stigmatisation. Une attention particulière a été apportée aux tailles d'effets.

## **Phase 2 : recherche appliquée**

La deuxième phase du programme de recherche **STIGMApro** a pour but de co-construire, avec les différents acteurs du terrain, une intervention pilote réduisant la stigmatisation de la schizophrénie dans les pratiques en santé mentale et de l'évaluer en testant sa viabilité.

L'intervention pilote a été co-construite et se base sur les différents résultats de la première phase du programme. Elle a fait l'objet d'une étude pilote, au CH de Jonzac, évaluant sa viabilité. La viabilité explore la capacité d'une intervention à réussir dans le monde réel via 5 dimensions : l'accessibilité de l'intervention, sa faisabilité, son utilité, son évaluabilité et son acceptabilité (Chen, 2010). L'étude de viabilité prépare les études subséquentes visant à tester l'efficacité de l'intervention. Une étude de viabilité maximise les feed-back des

<sup>1</sup> Cette mesure implicite étant en cours de validation, les informations qui lui sont relatives sont confidentielles et ne pourront donc pas faire l'objet d'une divulgation par l'IReSP.

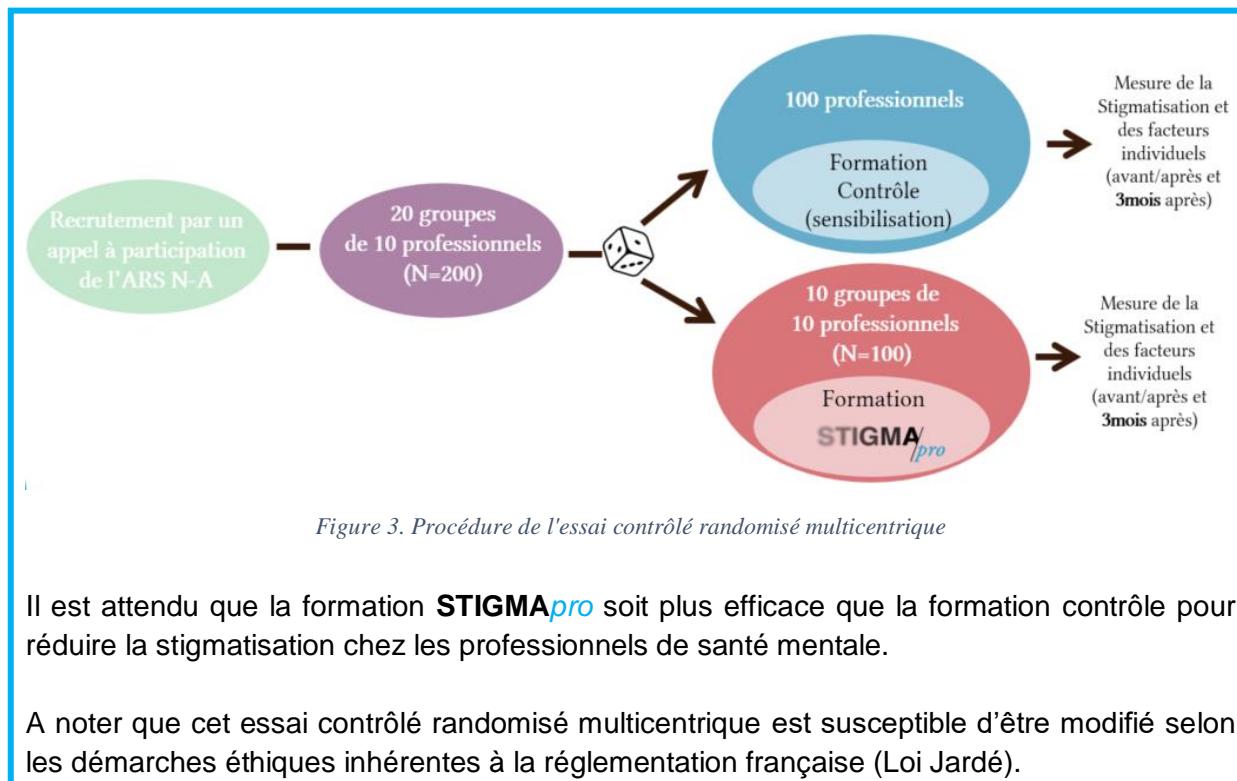
participants à propos de l'intervention, permettant ainsi de pouvoir l'ajuster au mieux. Dans le cadre de **STIGMApro**, des professionnels de santé mentale, des usagers et familles du CH de Jonzac, volontaires, ont participé à l'intervention et ont répondu à des questionnaires portant sur les 5 dimensions de viabilité (avant, pendant, immédiatement après et 3 mois après l'intervention). L'étude de la viabilité d'une intervention permet également d'avoir recours à des focus groups en amont de celle-ci, dans le but de préparer l'implantation de l'intervention pilote dans les meilleures conditions. Ces focus groups sont composés de participants dont l'expertise peut servir à prévenir d'éventuels défauts majeurs dans l'intervention. Dans le cadre de **STIGMApro**, un premier focus group se compose d'usagers grâce au partenariat avec le Clubhouse de Bordeaux, et un deuxième se compose de professionnels de santé mentale extérieurs au programme de recherche. Des analyses descriptives (fréquence, pourcentage, moyenne, écart-type) et qualitatives (analyses thématiques des données qualitatives recueillies en focus group ou via des questions ouvertes) ont été réalisées afin de traiter l'ensemble des données. L'intervention a par la suite été remaniée pour répondre aux besoins et principes de réalités évoqués par les participants à cette étude de viabilité. Ainsi, la version finale de cette intervention n'est autre qu'une formation destinée aux professionnels de santé mentale : la formation **STIGMApro**.

#### Perspective actuelle du projet : étude de validation de la formation **STIGMApro**

Pour aller plus loin, une étude sur l'efficacité de la formation **STIGMApro** est actuellement en cours (avril 2023 – septembre 2024). Il s'agit d'un essai contrôlé randomisé multicentrique<sup>2</sup>. C'est donc une étude comparative où un groupe de professionnels de santé mentale participant à la formation **STIGMApro** va être comparé à un groupe de professionnels ne participant pas à cette formation (groupe contrôle). L'essai est en simple aveugle puisque les participants ne sauront pas dans quel groupe ils se trouvent (à savoir le groupe **STIGMApro** ou le groupe contrôle) mais les investigateurs, eux, seront au courant. Personne ne sera aveugle aux hypothèses concernant la réduction de la stigmatisation mais les participants, contrairement aux investigateurs, ne connaîtront pas les hypothèses concernant les différentes solutions anti-stigma.

Les participants à ce protocole de recherche seront des professionnels de santé mentale volontaires. Après un appel à participation réalisé par l'ARS Nouvelle-Aquitaine (N-A), 20 groupes de 10 professionnels volontaires seront recrutés ( $N = 200$ ). Ils seront randomisés (i.e. répartis aléatoirement) dans une des deux formations donnant lieu à deux groupes : le groupe contrôle composé de 100 professionnels participant à la formation contrôle, et le groupe **STIGMApro** composé de 100 professionnels participant à la formation **STIGMApro**. Les formations seront constituées de 5 à 6 ateliers de 2h à 2h30. Ces ateliers seront espacés de 15 jours (durée totale : 3 mois). La stigmatisation et les facteurs individuels associés seront mesurés dans chaque groupe avant, après et 3 mois après l'intervention (cf. figure 3 ci-dessous). La satisfaction des professionnels concernant la formation à laquelle ils ont participé sera évaluée après et 3 mois après l'intervention. Enfin, les données socio-démographiques, elles, seront recueillies une seule fois avant l'intervention.

<sup>2</sup> Les informations relatives à cet essai contrôlé randomisé multicentrique (ou étude d'efficacité) sont confidentielles et ne pourront donc pas faire l'objet d'une divulgation par l'IReSP.



### Analyse réflexive sur la méthodologie participative adoptée

« L'ampleur des défis auxquels nos sociétés font face suscite en effet des questionnements scientifiques qui vont bien au-delà de la seule communauté des chercheurs puisque ces défis touchent directement l'ensemble des citoyens » (Rapport Houllier, 2016, p 6)<sup>3</sup>. La stigmatisation est un de ces défis et c'est pourquoi le programme de recherche **STIGMApro** s'inscrit dans une démarche de recherche participative. Dans les projets de recherche, la collaboration entre différents acteurs concernés par la problématique étudiée contribue à enrichir les connaissances et les solutions développées (Rapport Houllier, 2016).

La diversité des membres formant le Comité Scientifique et les différentes participations du Clubhouse de Bordeaux ont garanti la mixité et l'hybridation des savoirs en réunissant différents acteurs qui ont co-construits ensembles des solutions utiles et pertinentes pour les acteurs du terrain du handicap psychique (professionnels, usagers et familles). Cette démarche de recherche participative est une force et constitue l'une des principales qualités du programme **STIGMApro**.

Néanmoins, les différentes études menées dans ce programme de recherche possèdent certains avantages mais aussi certaines limites, notamment méthodologiques.

La revue de littérature internationale, menée dans l'objectif d'investiguer la stigmatisation de la schizophrénie chez les professionnels de santé mentale, inclue des études dont la qualité et les mesures qu'elles font de la stigmatisation varient. Elle compare des études de pays différents alors même que le contexte culturel a son importance. De plus, elle est composée d'études qui, conceptuellement, font une confusion entre les différentes composantes de la stigmatisation (*i.e.* stéréotypes, préjugés et discrimination). Ces limites nécessitent d'être prudent dans la généralisation des résultats.

L'enquête en ligne dont un des objectifs était d'identifier les situations de stigmatisation vécues par les usagers ayant reçu un diagnostic de schizophrénie et leurs familles dans les soins de santé mentale doit également être interprétée avec précaution. En effet, il s'agissait

<sup>3</sup> <https://hal.science/hal-02801940/>

d'identifier les situations les plus pertinentes selon les usagers et familles. On ne peut donc pas exclure l'idée que d'autres situations de stigmatisation puissent être vécues dans le parcours de soin en santé mentale.

Les enquêtes en ligne réalisées auprès des professionnels de santé mentale avaient notamment pour objectif d'identifier les facteurs associés à la stigmatisation des professionnels français. Il est nécessaire d'être prudent dans la généralisation des résultats. Les échantillons de professionnels ne sont pas totalement représentatifs des professionnels de santé mentale français. Soit l'échantillon est largement composé de psychiatres, d'infirmiers et de psychologues amenant à une sous-représentation des autres métiers de santé mentale ; soit la répartition des professions dans l'échantillon ne correspond pas à la répartition des professions de santé mentale rapportée en France selon l'Insee en 2019<sup>4</sup>. Toutefois, une contribution méthodologique non négligeable réalisée au cours d'une de ces enquêtes est le développement d'une mesure spécifique de la stigmatisation des professionnels de santé mentale : l'échelle STIGMAPRO. En effet, il n'existe jusqu'à présent aucune mesure exhaustive et spécifique pour les professionnels de santé mentale. Cette mesure de la stigmatisation fut en outre créée pour convenir spécifiquement à ces professionnels, sur la base de toutes les mesures de la stigmatisation rapportées dans la revue de littérature. Pour maximiser la validité de l'échelle, tous les items ont donc été tirés des outils utilisés dans les études précédentes, et les cohérences internes ont été systématiquement contrôlées. L'échelle a été conçue conformément aux trois dimensions de la stigmatisation (Corrigan & Penn, 1999; Fiske, 1998).

L'expérimentation visant à tester l'efficacité des solutions anti-stigma identifiées dans les enquêtes précédentes possède de nombreuses limites méthodologiques. La manipulation expérimentale ne semble pas avoir fonctionné. Les vérifications effectuées n'ont pas pu confirmer que les conditions expérimentales manipulaient les variables souhaitées (*i.e.* les solutions anti-stigma identifiées). L'utilisation de simples vidéos pourrait ne pas être assez puissante pour manipuler les variables et diminuer la stigmatisation des professionnels de santé mentale. Ces limites méthodologiques impliquent de ne pas pouvoir conclure sur la réelle efficacité des solutions anti-stigma testées.

La majorité des études de **STIGMApro** ont été réalisées en ligne ce qui est un réel avantage pour favoriser le recrutement à moindre coût d'un large panel de personnes, même en temps de crise (e.g. pandémie mondiale). Néanmoins, certaines possèdent un biais de recrutement. Ce dernier a été réalisé via les réseaux sociaux. Il a involontairement favorisé le recrutement de participants informés sur le rétablissement et la stigmatisation, ainsi que le recrutement de psychologues. Or, ces variables ont été reliées à moins de stigmatisation (Valery, Violeau, et al., 2022), ce qui pourrait minimiser les scores de stigmatisation recueillis dans ces différentes études.

De manière globale, les différentes études de **STIGMApro** se basent essentiellement sur une méthodologie explicite utilisant des mesures de la stigmatisation explicite et auto-déclarée soumises à différents biais. Cette méthodologie favorise la désirabilité sociale dans les réponses des participants pouvant conduire, par exemple, à une sous-estimation de la stigmatisation de la schizophrénie chez les professionnels de santé mentale ou une sur-estimation de la stigmatisation vécue chez les usagers et familles. Toutefois, il est important de noter que la perspective subjective captée par ces méthodes explicites est pertinente pour enquêter sur la stigmatisation puisque celle-ci est par définition une expérience subjective. De plus, pour pallier aux biais inhérents aux méthodes explicites, une mesure implicite de la stigmatisation de soi a été développée et sa validation est actuellement en cours.

Enfin, d'autres facteurs potentiellement associés à la stigmatisation auraient pu être inclus dans les études compte tenu de leur importance dans la littérature (e.g. croyances biologiques, auto-stigmatisation).

<sup>4</sup> <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3676711?sommaire=3696937>

Selon une approche basée sur les preuves (evidence-based practice), les potentielles solutions anti-stigma issues de l'ensemble des études citées ci-dessus sont soutenues par un niveau de preuve intermédiaire, ainsi que par les valeurs et préférences des usagers (Clubhouse de Bordeaux et Comité Scientifique) et par l'expertise des professionnels concernés par la stigmatisation (Comité Scientifique). A partir de ces résultats, une intervention visant à réduire la stigmatisation de la schizophrénie dans les pratiques en santé mentale a été co-construite sous la supervision du Comité Scientifique : la formation **STIGMApro**. Dans une logique de co-construction et pour consolider cette intervention, une étude de viabilité a été menée afin de remodeler l'intervention selon les remarques des acteurs directement concernés par cette dernière (*i.e.* professionnels, usagers et familles). Cette méthode innovante permet d'enrichir l'intervention et de favoriser son implémentation future dans diverses structures de santé mentale.

En conclusion, le programme de recherche **STIGMApro** est formé de diverses études reposant sur des méthodes variées (recherche participative, enquêtes en ligne, étude de viabilité, explicites ou implicites). Il a mené à la création d'une intervention visant à réduire la stigmatisation dans les pratiques en santé mentale dont les solutions proposées sont soutenues par un niveau de preuve intermédiaire : la formation **STIGMApro**. Des recherches futures sont nécessaires pour compléter les résultats et les méthodes utilisées dans ce projet. Au sein du programme, la validation d'une mesure implicite de la stigmatisation de soi et un essai contrôlé randomisé visant à tester l'efficacité de l'intervention **STIGMApro** sont en cours.

### 3. Principaux résultats obtenus

Les résultats présentés concernent la première phase du programme, centrée sur le développement des connaissances concernant la stigmatisation dans les pratiques, et la deuxième phase, vouée à la création et l'évaluation de l'intervention pilote. Dans une approche evidence-based, centrée sur les solutions, l'objectif de ce programme de recherche était de produire des leviers anti-stigma spécifiques aux pratiques en santé mentale.

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

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

démarcation avec les autres groupes sociaux a été moins claire en ce qui concerne le pessimisme du pronostic, le stéréotype d'incompétence et le désir de distance sociale. Enfin, de nombreux facteurs associés ont été relevés et ont pu faire l'objet des études suivantes.

Deux enquêtes chez les professionnels de santé mentale français ont ensuite été conduites, dont une faisait un focus sur le stéréotype d'incompétence. Le projet était, d'une part, d'identifier les domaines de compétences stigmatisés dans la schizophrénie par les professionnels de santé mentale, et d'autre part, de vérifier si les facteurs associés à la stigmatisation identifiés dans la revue de littérature et ceux suggérés par le Comité Scientifique se retrouvaient chez les soignants français.

Les résultats montrent que les compétences sociales (capacité à entretenir de bonnes relations sociales), les compétences au travail (capacité à être efficace dans le travail), les compétences en santé (capacité à prendre des décisions concernant sa santé) et les compétences émotionnelles (capacité à maîtriser ses émotions) sont des domaines de compétences fortement stigmatisés par les professionnels de santé mentale. La compétence intellectuelle apparaît plus faiblement stigmatisée que les autres dimensions.

Concernant les facteurs associés, les résultats des deux enquêtes concordent, pour la très grande majorité, avec ceux de la revue de littérature (cf. figure 4 ci-dessous). Concernant les facteurs socio-démographiques et contextuels, les enquêtes viennent confirmer qu'ils ne sont pas significativement, ou très faiblement, associés à la stigmatisation des soignants. Les facteurs de croyances théoriques sont ceux ayant été le plus fortement associés à la stigmatisation, suivis de quelques facteurs professionnels individuels.

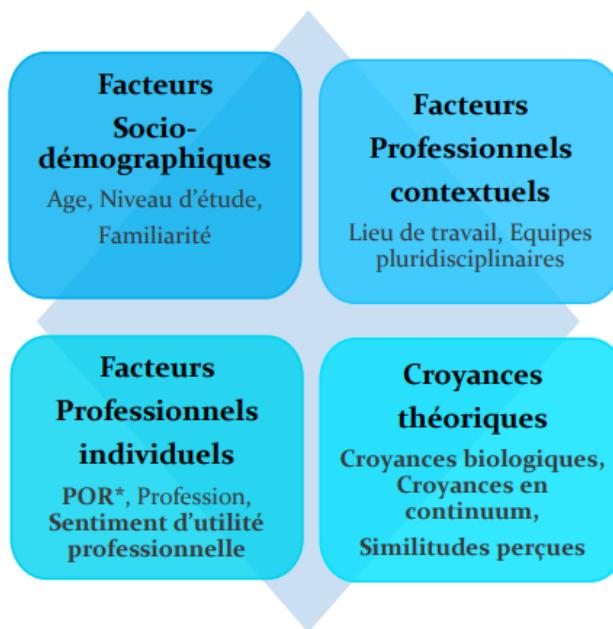


Figure 4. Facteurs associés à la stigmatisation chez les professionnels de santé mentale français

NB : \*POR = Pratique Orientées Rétablissement

En gras = facteurs les plus associés à moins de stigmatisation chez les professionnels.

Plusieurs solutions anti-stigma potentielles se dégagent donc de ces trois premières études : **les pratiques orientées-rétablissement, le sentiment d'utilité professionnelle, l'approche en continuum et enfin la similitude perçue entre le soignant et l'usager**. En outre, **se sentir utile**, avoir des **pratiques orientées rétablissement**, avoir des **croyances de continuum** (i.e. penser la maladie psychique comme l'expression plus intense et plus fréquente de comportements existants dans la population générale) et **percevoir des**

**similitudes entre soi et les personnes accompagnées** est associé à moins de stigmatisation.

L'efficacité de ces solutions anti-stigma a été testée expérimentalement dans une étude randomisée contrôlée. De courtes vidéos ont ainsi été utilisées pour réduire la stigmatisation de la schizophrénie chez les professionnels de santé mentale. 5 conditions étaient ainsi constituées : i) une condition contrôle neutre (vidéo sur les applications de smartphone en santé mentale), ii) une condition contrôle d'intervention de base contre la stigmatisation (définition, conséquence, prévalence), iii) une condition expérimentale où une vidéo sur le dévoilement de soi était diffusée aux participants pour activer les similitudes perçues entre eux et les usagers, iv) une condition expérimentale où une vidéo était diffusée pour activer les croyances de continuum chez les participants, et v) une vidéo utilisée pour activer les croyances sur le rétablissement des participants en diffusant des exemples de rétablissement. Les résultats ne permettent pas d'assurer que les croyances sur le continuum, les croyances sur le rétablissement et les similitudes perçues ont été manipulées. En effet, il n'existe aucune différence significative entre les participants exposés à la vidéo sur le rétablissement ou exposés à la vidéo sur l'approche en continuum ou encore exposés à la vidéo sur le dévoilement de soi et les participants des autres conditions sur les différentes variables d'intérêts (croyances sur le rétablissement, sur le continuum et similitudes perçues). Néanmoins, les exemples de rétablissement ont permis de réduire les croyances pessimistes sur le rétablissement et les croyances d'incompétence lorsqu'il s'agit de prendre des décisions concernant sa santé. Cependant, aucun effet significatif n'a été mis en évidence sur les autres mesures de la stigmatisation et aucun effet significatif de l'approche en continuum ou des similitudes perçues n'a été trouvé. Plusieurs limites identifiées au niveau de la manipulation expérimentale et du recrutement des participants pourraient expliquer ces résultats et fournissent des pistes pour des études subséquentes.

Enfin, une mesure implicite de la stigmatisation de soi a été développée le **Self-Schizophrenia SA-IAT**. Il s'agit d'une tâche informatisée de catégorisation de mots. Cette mesure implicite est en cours de validation.

L'ensemble de ces résultats a permis de développer avec les acteurs directement concernés par la problématique (*i.e.* professionnels, usagers et familles de santé mentale) une intervention pilote visant à réduire la stigmatisation dans les pratiques en santé mentale : la formation **STIGMApro**. Dans une logique de co-construction et via une étude de sa viabilité (*i.e.* la manière dont elle peut réussir dans le monde réel – Chen, 2010), l'intervention a été remaniée suite aux retours de ces différents acteurs. Cette intervention est proposée en tant que formation aux professionnels de santé mentale. 5 à 6 ateliers visent les différentes cibles identifiées dans le programme de recherche et 5 reposent sur les solutions anti-stigma identifiées dans les différentes études exposées ci-dessus. La validation de cette intervention fait actuellement l'objet d'un essai randomisé contrôlé multicentrique.

En résumé, le programme de recherche **STIGMApro** a de nombreux apports autant en termes de connaissances que d'action de santé publique.

Les connaissances développées dans ce programme sont riches et innovantes. En effet, la littérature internationale en matière de stigmatisation chez les professionnels n'était que peu fournie. **STIGMApro** a permis d'approfondir les connaissances sur la stigmatisation dans les pratiques en santé mentale et de faire émerger des cibles et solutions pour réduire cette

stigmatisation en contribuant à mieux appréhender la stigmatisation des maladies mentales chez les professionnels de santé mentale (quelle en est la spécificité ? quels sont les facteurs associés à cette stigmatisation ?, etc.), à identifier 15 situations concrètes de stigmatisation dans les soins en santé mentale en France, à identifier de potentielles solutions anti-stigma et à fournir des données françaises inédites sur la thématique.

L'ensemble de ces connaissances a de nombreuses implications en termes d'action de santé publique. Elles permettent d'établir des recommandations pour cibler la stigmatisation dans les pratiques en santé mentale et d'offrir des leviers concrets pour les déstigmatiser. Par exemple, les résultats suggèrent que pour diminuer la stigmatisation dans les pratiques en santé mentale il faut s'extraire des approches catégorielles matérialisées par l'utilisation de diagnostics et tendre vers une approche en continuum. Ils suggèrent également que les pratiques orientées rétablissement représentent un changement de paradigme essentiel. De plus, il apparaît nécessaire de favoriser la perception de similitudes entre professionnels et personnes accompagnés. Un moyen éventuel d'opérationnaliser cette similitude perçue pourrait être les dévoilements de soi (*i.e.* « des déclarations du thérapeute qui révèle quelque chose de personnel sur lui-même » – Hill & Knox, 2002, p. 255). Enfin, la santé au travail des soignants est un point crucial pour comprendre le phénomène de stigmatisation dans les pratiques en santé mentale. Les professionnels de santé rapportant le moins de sentiment d'utilité sont ceux qui rapportaient le plus de stigmatisation. Favoriser chez les professionnels de santé mentale le sentiment d'utilité professionnelle par la reconnexion du travail à des valeurs personnelles et professionnelles par exemple, pourrait améliorer la qualité de vie au travail des soignants mais également diminuer la stigmatisation dans les pratiques en santé mentale.

Sur cette base, ces connaissances permettent de développer et proposer une intervention visant à réduire la stigmatisation dans les pratiques en santé mentale en utilisant les connaissances et solutions anti-stigma développées dans le programme de recherche. Former les professionnels pour réduire la stigmatisation dans les pratiques en santé mentale peut avoir des bénéfices directs pour les familles et usagers. En effet, la stigmatisation est un frein à la participation sociale des personnes et a de nombreuses conséquences délétères sur les personnes en situation de handicap psychique ou leurs familles au niveau de l'emploi, des relations des soins en santé physique et mentale, de la symptomatologie et du bien-être mental (Shi et al., 2019 ; Sickel et al., 2014 ; Gerlinger et al., 2013). En outre, les personnes en situation de handicap psychique rapportent que cette « stigmatisation est pire que la maladie elle-même » (Thornicroft et al., 2022). Réduire la stigmatisation dans les pratiques en santé mentale pourra également s'avérer bénéfique pour la psychiatrie française. Cette dernière étant en pleine mutation avec un changement de paradigme majeur vers des pratiques-orientées rétablissement, les résultats de **STIGMApro** proposent des solutions concrètes pour débloquer et encourager la transformation des pratiques et lutter contre un des freins à cette transformation : la stigmatisation.

#### 4. Impacts potentiels de ces résultats et perspectives pour la décision publique

Ces résultats originaux ont des retombées à de multiples niveaux dans le champ de la santé mentale, et plus particulièrement du handicap psychique.

Ils mettent en lumière les différentes situations de stigmatisation qu'il existe, en France, dans les pratiques en psychiatrie, les spécificités de la stigmatisation chez les professionnels de santé mentale et soulignent qu'il existe des solutions pour lutter contre cette stigmatisation.

Diverses recommandations peuvent émerger de ces résultats. Réduire la stigmatisation dans les pratiques en santé mentale nécessite de viser différentes cibles identifiées dans le programme **STIGMApro** (cf. figure 5 ci-dessous). Par exemple, refuser de coopérer avec la personne accompagnée ou encore refuser de la faire participer aux décisions parce qu'elle a reçu un diagnostic de maladie mentale sévère fait partie des pratiques stigmatisantes pouvant être expérimentée par les usagers dans leurs parcours de soin. Il apparaît nécessaire d'engager des actions pour tendre vers des pratiques moins stigmatisantes.

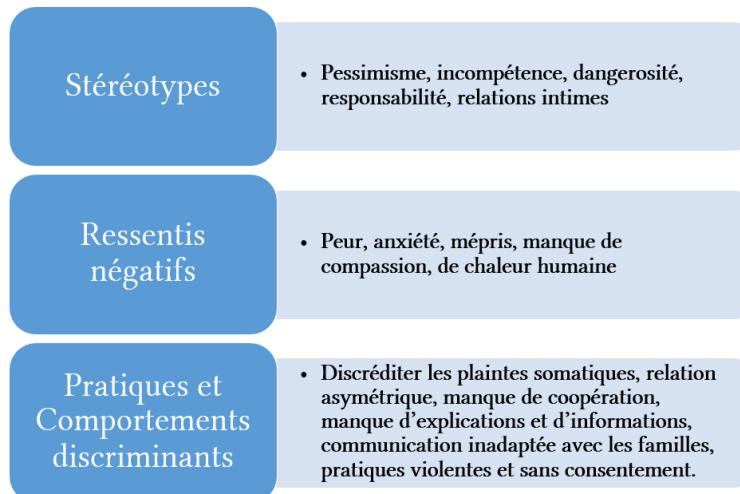


Figure 5. Cibles d'une intervention anti-stigma dans les pratiques en santé mentale selon Valery (2021)

En outre, les différentes composantes de la stigmatisation identifiées dans le programme de recherche **STIGMApro** (i.e. stéréotypes, ressentis négatifs (préjugés) et pratiques et comportements discriminants) doivent constituer des cibles prioritaires pour lutter contre la stigmatisation dans les pratiques en santé mentale. Ces résultats encouragent les politiques de santé publique et de l'autonomie à développer des actions visant ces cibles pour lutter contre la stigmatisation dans les pratiques professionnelles.

Orientés vers la recherche de solutions, les résultats de ces travaux de recherche offrent également des leviers concrets pour déstigmatiser les pratiques en santé mentale. Des solutions anti-stigma ont ainsi été dégagées : **les pratiques orientées-rétablissement, le sentiment d'utilité professionnelle, l'approche en continuum et enfin la similitude perçue entre le soignant et l'usager.**

Les **pratiques orientées rétablissement** sont associées à moins de stigmatisation. Elles offrent ainsi une alternative concrète aux pratiques potentiellement stigmatisantes. Les croyances catégorielles, elles, sont associées à davantage de stigmatisation, il est pertinent de les déconstruire. **L'approche et les croyances en continuum** sont un outil intéressant pour défaire ces idées catégorielles et réduire les croyances stigmatisantes chez les professionnels de santé mentale. Plus il est perçu de **similitudes entre l'accompagnant et l'accompagné** et moins il est rapporté de stigmatisation. Il ne s'agit pas de juste considérer qu'il existe des similitudes mais de les rendre perceptibles aux yeux de la personne accompagnée. Favoriser cette perception est une solution pertinente pour diminuer la stigmatisation dans les pratiques en santé mentale. Enfin, des professionnels qui croient leurs actions utiles aux personnes accompagnées rapportent moins de stigmatisation. Garantir un bon **sentiment d'utilité** aux professionnels peut participer à réduire la stigmatisation.

Toutes ces potentielles solutions anti-stigma devraient donc constituer des cibles prioritaires pour la déstigmatisation des pratiques en santé mentale. En somme, les connaissances produites permettent d'éclairer les politiques publiques sur les pratiques professionnelles à favoriser pour tendre vers un parcours de soin le moins stigmatisant possible et contribuer à l'amélioration de la participation sociale, de la qualité de vie et de l'autonomie des usagers. Par exemple, favoriser la transformation des pratiques vers des pratiques orientées rétablissement apparaît pertinent. Lutter contre la stigmatisation pour encourager cette transformation et améliorer la participation sociale et le bien-être physique et mental des personnes est nécessaire. Les résultats de ce programme de recherche encouragent les politiques à développer des actions visant à déstigmatiser les pratiques professionnelles dans le handicap psychique en ciblant les différentes solutions anti-stigma identifiées.

Dans ce contexte, la sensibilisation et la formation des professionnels à la thématique de la stigmatisation apparaît nécessaire. C'est pourquoi ce programme de recherche a créé une intervention directement opérationnalisable reposant sur les différentes cibles et solutions identifiées. Cette intervention n'est autre qu'une formation proposée aux professionnels de santé mentale : la formation **STIGMApro**. Cette offre de formation pourra être largement diffusée.

## 5. Démarche de diffusion et de communication autour des résultats

La diffusion et la communication des résultats s'articulent autour de différentes stratégies : i) la publication d'articles scientifiques dans des revues à comité de lecture au niveau international et national ou de thèses en libre accès ; ii) la publication d'articles et communications dans des revues de vulgarisation, dans des revues professionnelles et associatives, et auprès des institutions publiques (e.g. ARS) ; iii) la publication d'un chapitre d'ouvrage; iv) la participation à des colloques et congrès d'associations impliquées dans le champ du handicap psychique (e.g. UNAFAM, FIRAH) ; v) l'organisation d'une conférence tout public à l'Université de Bordeaux pour communiquer sur les travaux ; vi) la constitution de livrables destinés aux acteurs de terrain (e.g. livret sur le programme de recherche, plaquettes synthétiques des résultats) ; vii) la création de pages internet dédiées au programme de recherche.

Au total, **5 articles scientifiques** ont été réalisés ou sont en cours : une revue de la littérature internationale concernant la stigmatisation chez les professionnels de santé mentale (Valery et Prouteau, 2020), deux enquêtes visant à identifier les facteurs associés à cette stigmatisation (Valery, Violeau et al., 2022) dont une faisant un focus sur le stéréotype de l'incompétence (Valery et al., soumis), une enquête chez les usagers et familles visant à identifier les situations de stigmatisation dans le parcours de soin en santé mentale (Valery et al., 2023) et un article sur la formation **STIGMApro** et sa logique de co-construction qui est en cours de rédaction.

L'ensemble des travaux menés dans le cadre du projet portant sur la stigmatisation dans le handicap psychique impliquent également 3 thèses : i) une sur les stéréotypes de la schizophrénie dans les évaluations en neuropsychologie clinique (Yvon, 2019) ; ii) une sur la stigmatisation de soi dans la schizophrénie (Violeau Beaugendre, 2020) et iii) une sur la réduction de la stigmatisation de la schizophrénie dans les pratiques en santé mentale (Valery, 2021).

Un certain nombre d'articles de vulgarisation ou à destination des acteurs du terrain (*i.e.* professionnels, associations, institutions publiques) ont été publiés. Une revue de la littérature concernant la stigmatisation chez les professionnels de la santé mentale et les facteurs associés a été publiée par la FIRAH (Prouteau et Valery, 2021). Deux articles concernant la stigmatisation dans les pratiques, et notamment dans les pratiques des neuropsychologues, ont été publiés dans les Cahiers de Neuropsychologie Clinique (Valery, Puyau et al., 2022 ; Fournier et Prouteau, 2022). Un article discutant du potentiel stigmatisant des soignants est également sorti dans Santé Mentale (Valery, Prouteau et Destaillats, 2022).

Un chapitre d'ouvrage (Valery et Prouteau, 2022) a été écrit concernant la stigmatisation dans les pratiques en santé mentale au sein du livre « Préjugés, discrimination et exclusion en santé mentale » co-écrit par Luc Vigneault, Tania Lecomte et collaborateurs en 2022.

Les différents membres de l'équipe du programme de recherche ont participé à de nombreux colloques et congrès donnant lieu à diverses communications orales ou écrites. La majorité de ces communications orales portaient sur la stigmatisation des troubles psychiques, la stigmatisation dans les pratiques en santé mentale et sa réduction. Parmi les communications écrites, on retrouve 5 posters : i) deux posters reprenant les résultats de l'enquête auprès des usagers et familles des services de santé mentale (*i.e.* situations de stigmatisation dans le parcours de soin et leurs niveaux de fréquences, stigmatisation et souffrance – Valery et al., 2022 ; Valery et al., 2022) ; ii) un poster portant sur les stéréotypes des relations intimes des personnes ayant reçu un diagnostic de schizophrénie chez les professionnels de santé mentale, étudiants en santé et la population générale (Caiada et al., 2022) ; iii) un poster exposant les différents facteurs associés à la stigmatisation de la schizophrénie chez les professionnels de santé mentale français (Valery et al., 2022) ; iv) un poster présentant les résultats de la revue systématique de la littérature internationale à propos des connaissances sur la stigmatisation de la schizophrénie et les facteurs qui lui sont associés chez les professionnels de santé mentale (Valery et Prouteau, 2022).

Une conférence tout public nommée “Cap sur le rétablissement” a été organisée à l'Université de Bordeaux en 2020 et faisait intervenir, notamment, Luc Vigneault (auteurs, conférencier, pair-aidant et patient partenaire de recherche à l'Université Laval) à propos de la stigmatisation dans les pratiques en santé mentale et des pratiques orientées rétablissement.

Différents livrables à destination des acteurs du terrain ont été réalisés. Un livret résumant la structure du programme, ses grands principes et ses résultats a été construit (Valery, Guionnet et Prouteau, 2023). Il présente également l'intervention **STIGMA<sup>pro</sup>** co-construite avec les professionnels, usagers et familles des services de santé mentale et visant à lutter contre la stigmatisation dans les pratiques professionnelles. En plus d'être à destination de tout public intéressé par le sujet, ce livret est un véritable outil pour les professionnels de santé mentale en leur donnant des outils pour déstigmatiser leur pratique et des contacts utiles pour participer à l'intervention s'ils le souhaitent. Différentes plaquettes ont également été construites afin de réaliser des synthèses concernant les différents résultats ou méthodes utilisées dans le programme **STIGMA<sup>pro</sup>**.

Enfin, pour favoriser la diffusion des résultats auprès du grand public, des usagers et de leur famille, ainsi que des professionnels, une page internet dédiée au programme **STIGMA**,

incluant **STIGMApro**, a été créée sur le site du laboratoire de Psychologie, qui reprend un descriptif du projet et des partenaires impliqués (<https://labpsy.u-bordeaux.fr/index.php/Travaux-de-recherche/STIGMApro>). Il est également possible d'y retrouver et télécharger des plaquettes d'information sur les différentes études scientifiques menées dans ce projet ou le livret présentant l'intervention **STIGMApro**. De plus, une page Facebook a été créée pour communiquer plus avant sur le projet, ses caractéristiques, ses actualités (<https://www.facebook.com/STIGMApro>).

Pour finir, il est important de notifier que les différents partenaires du projet et le Comité Scientifique de **STIGMApro** ont tous participé à la diffusion des résultats du programme.

Pour plus d'informations concernant la diffusion et la communication des résultats veuillez-vous référer à la partie « stratégie de valorisation scientifique et diffusion des résultats » du rapport scientifique.

## C. Rapport Scientifique

### 1. Contexte de la recherche

#### i. *Introduction*

La feuille de route Santé mentale et psychiatrie (Comité stratégique de la santé mentale et de la psychiatrie, 28 juin 2018, p3) rappelle que les troubles psychiques sévères et persistants comme la schizophrénie, combinés à la stigmatisation, ont des effets extrêmement délétères sur l'inclusion sociale des personnes. L'innovation pour transformer notre système de santé en réaffirmant la place des citoyens est un des 4 axes de la stratégie nationale de santé. La psychiatrie française est donc aujourd'hui en pleine mutation. D'une prise en charge biomédicale centrée sur la maladie et les symptômes, elle a évolué vers une vision plus sociale des enjeux de la santé mentale : celle du handicap psychique. L'inscription dans la communauté est devenue une cible thérapeutique prioritaire, comme en témoigne la multiplication des centres de réhabilitations et de réinsertion socio-professionnelle (Duprez, 2008). Ces premières évolutions ont favorisé l'émergence d'un nouveau principe dans les pratiques psychiatriques : le rétablissement (« recovery »), centré sur « le devenir de la personne » (Pachoud, 2012). Il s'agit d'un tournant paradigmatic majeur : la personne n'est plus un « patient », sujet d'une « prise en charge », c'est un « collaborateur », acteur décisif de son parcours de soin et de ses projets. Cependant, la matérialisation de ces principes en pratique de soin et d'accompagnement reste à développer.

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

Plus qu'un défi majeur en santé mentale, la stigmatisation de la part des professionnels à l'égard des usagers des services de santé mentale est donc un véritable enjeu (inter)nationale de santé publique (Comité Stratégie de la santé mentale et de la psychiatrie, 2018 ; Lafocade, 2016 ; OMS, 2013). Pour y répondre il apparaît essentiel, voire crucial, de mieux appréhender la stigmatisation des maladies mentales chez les professionnels et de développer des interventions visant la désstigmatisation des pratiques de l'accompagnement du handicap psychique et leur orientation vers le rétablissement.

Malgré l'importance sociétal de la problématique et les recommandations (inter)nationales, aucune étude n'est publiée sur ce thème en France. La littérature internationale en matière de stigmatisation chez les professionnels reste peu fournie, en comparaison avec les données en

population générale, et celles de l'auto-stigmatisation. Pourtant, il existe des méthodologies rigoureuses pour l'étude approfondie des croyances, attitudes et comportements stigmatisants des professionnels de santé mentale, qui restent à être appliquées au contexte spécifique de la psychiatrie française. De plus, les programmes pour lutter contre la stigmatisation des maladies mentales développés dans les pays anglo-saxons (Friedrich et al., 2013; Morgan et al., 2021; *Time To Change | let's end mental health discrimination*, s. d.) ne peuvent que partiellement être appliqués en France tant le contexte culturel a son importance (Valery & Prouteau, 2020).

## *ii. Définition et modèles de la stigmatisation*

Dans *Asiles* en 1961, le sociologue Erving Goffman s'inspirait de son immersion dans les institutions psychiatriques américaines pour décrire les « institutions totales » et leurs processus de mortification, de dépersonnalisation ou encore d'aliénation (Goffman, 1961). Partant de l'étymologie grecque stigma – marque physique d'infamie –, Goffman définit par la suite le stigma comme « un attribut profondément discréditant et qui réduit une personne lambda entière à une personne entachée, déconsidérée » (Goffman, 1963). La stigmatisation se définit donc comme le processus par lequel on réduit une personne à un attribut discréditant – ici, le fait d'appartenir à la catégorie sociale « schizophrènes ».

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

La psychologie sociale s'est emparée de cet objet de recherche et a abouti à une modélisation de la stigmatisation en trois dimensions (Corrigan & Penn, 1999; Fiske, 1998) : (i) les **stéréotypes** sont des croyances concernant une personne en fonction de son appartenance à un groupe social, (ii) les **préjugés** sont des évaluations, des émotions, des affects négatifs ressentis à l'encontre d'une personne en fonction de son appartenance à un groupe social et (iii) la **discrimination** est une réaction comportementale à l'encontre d'une personne en fonction de son appartenance à un groupe social. La stigmatisation de la schizophrénie illustre ces différentes dimensions (cf. figure 6 ci-dessous).

## Stigmatisation de la schizophrénie

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

### Stéréotypes

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

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

### Préjugés

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

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

### Discriminations

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

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

*Figure 6. Illustration de la définition et modélisation de la stigmatisation avec l'exemple de la schizophrénie*

### iii. Pratiques en santé mentale : source de stigmatisation

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

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

le partage et la discussion des connaissances professionnelles ne sont pas nécessaires » (Amsalem et al., 2018).

Depuis le début des années 2000, l'équipe d'Angermeyer, sur la base du modèle d'Hayward et Bright (1997) a décrit cinq dimensions du stéréotype de la schizophrénie: imprévisibilité, incurabilité, dangerosité, faible pronostic et incompétence (notamment dans les relations sociales). La dangerosité est une croyance moins présente chez les professionnels que dans la population générale (Jorm et al., 2012 ; Reavley et al., 2014 ; Van Dorn et al., 2005), tout comme la responsabilité (Kingdon et al., 2004). Les croyances de faible pronostic sont rapportées comme plus présentes chez les professionnels quand ils sont exposés à un vignette clinique (Caldwell et Jorm, 2001), mais ceux-ci se montrent plus optimistes que la population générale dans leur réponse à un questionnaire sur la schizophrénie en général (Magliano et al., 2004 ; Kingdon et al., 2004). Si certaines études rapportent que les professionnels associent l'incompétence aux usagers (Peris et al., 2008), aucune ne compare les professionnels à la population générale. Enfin, Ahn et al. (2009) rapportent que les professionnels aux Etats-Unis croient plus en l'efficacité des traitements médicamenteux qu'en celle des psychothérapies. Ils montrent également que la schizophrénie est associée à deux à trois fois plus de croyances en des causes étiologiques biologiques que de causes psycho-environnementales.

Les attitudes (préjugés) sont souvent mesurées via la **distance sociale**, c'est-à-dire la distance que le gens déclarent vouloir garder entre eux et les personnes stéréotypées dans différents contextes sociaux (famille, travail, voisinage etc.). Malgré des connaissances plus pointues et des contacts plus réguliers avec les personnes ayant une schizophrénie, les professionnels de santé mentale ne diffèrent pas de la population générale en terme de distance sociale (Lauber et al., 2004 ; Nordt et al., 2006 ; Van Dorn et al., 2005 ; Reavley et al., 2014 ; Dabby et al., 2015). Enfin, une vignette clinique exposant un cas de schizophrénie décrite avec des explications biologiques suscite moins d'empathie chez les cliniciens qu'une vignette clinique impliquant des explications psycho-sociales (Lebowitz et Ahn, 2014).

Peu d'études ciblent précisément les comportements de discrimination chez les professionnels de santé mentale. Corrigan et al. (2014) rapportent que les professionnels qui croient moins en l'adhésion au traitement (de la part d'un cas présenté en vignette clinique) sont moins enclins à prendre la décision de continuer le traitement actuel contre la douleur (arthrite) et moins enclin à orienter vers un spécialiste. Les choix d'orientation et les décisions cliniques sont rapportés comme des mesures de discrimination pertinentes.

Enfin, il est communément admis aujourd'hui que la schizophrénie n'est pas causée par un seul facteur, biologique, psychologique ou environnemental, mais que son étiologie est multi-causale (Lalonde, 1999). Cependant, la représentation théorique de la schizophrénie comme majoritairement biologique peut occulter les facteurs psycho-environnementaux, ce qui n'est pas sans conséquence sur la stigmatisation. En 2015, Haslam et Kvaale publient le Mixed Blessing Model, qui rend compte de l'effet, en partie contre-productif, des arguments biologiques pour réduire la stigmatisation. Selon ce modèle, si l'argument biologique (« la schizophrénie n'est pas un choix, il y a une part génétique/ héréditaire/biologique dans sa survenue ») réduit la croyance en la responsabilité de la personne dans son trouble, il augmente en revanche la perception de dangerosité et d'incompétence, ainsi que le désir de distance sociale. Ce modèle est validé en population générale par deux méta-analyses (Kvaale, Gottdiener, et Haslam, 2013 ; Kvaale, Haslam et Gottdiener, 2013). Encore peu d'études ont testé ce modèle chez les professionnels (voir Larkings et Brows, 2017, pour une revue rapide). Les premières données montrent que l'argument biologique est associé à moins

d'empathie, à une plus faible croyance en l'efficacité des psychothérapies, à une plus forte croyance en l'efficacité des traitements médicamenteux (Grausgruber et al., 2007 ; Lebowitz et Ahn, 2014 ; Ahn et al 2009).

#### iv. *Conséquences de la stigmatisation*

Les conséquences négatives de la stigmatisation sont nombreuses. La stigmatisation des personnes ayant une maladie mentale a été associée négativement à l'estime de soi et au sentiment d'auto-efficacité, à la qualité des relations sociales, à l'utilisation des services de santé et d'engagement dans le parcours de soin, ou encore à l'accès au logement et à l'emploi (Rusch et al., 2005 ; Hatzenbuehler et al., 2013 ; Corrigan et al., 2014).

L'OMS reconnaît dès 2001 la stigmatisation comme un facteur de handicap. La Classification Internationale du Fonctionnement (CIF) modélise en effet le handicap en termes d'interaction dynamique entre plusieurs composantes : l'origine physico-biologique de déficiences, la capacité de réalisation d'activités, la participation réelle à ces activités et les facteurs contextuels (dynamiques de l'environnement et ressources personnelles). Dans ce modèle, la stigmatisation fait partie des facteurs contextuels environnementaux (e.g. stigmatisation de la part des professionnels) ou personnels (e.g. auto-stigmatisation).

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

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

Quelques études rapportent également des conséquences de la stigmatisation des maladies mentales sur les **professionnels de santé mentale**. Tout d'abord, pour la population générale, certains stéréotypes de la maladie mentale se reportent sur les professionnels, qui sont perçus comme moins empathiques, agréables, prévisibles ou conventionnels (Ebsworth & Foster, 2017). D'autres études rapportent que chez les professionnels de la santé mentale, cette stigmatisation « par association » est corrélée à une plus grande dépersonnalisation, à un plus grand épuisement émotionnel et à une moindre satisfaction professionnelle, voire plus globalement à un risque de burnout plus élevé (Verhaeghe & Bracke, 2012; Yanos et al.,

2020). Dans les unités où les professionnels signalent une stigmatisation par association plus importante, les usagers de services font l'expérience d'une plus grande stigmatisation de soi et d'une moindre satisfaction du soin (Verhaeghe & Bracke, 2012). Enfin, l'utilisation de pratiques coercitives comme la contention ou l'isolement – souvent utilisées sans consentement, désignées violentes par les usagers et critiquées par les soignants – ne sont pas sans conséquences pour les soignants en santé mentale. Une étude rapporte que la majorité des soignants éprouvent de l'impuissance, du chagrin, de l'anxiété, de la colère, de la culpabilité, du désespoir et de la compassion lors de la mise en place de ces mesures (Krieger et al., 2021).

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

## 2. Rappel des objectifs

**STIGMApro** est un programme de recherche créé sous l'impulsion du Pr Antoinette PROUTEAU, en partenariat avec le Centre Hospitalier de Jonzac, l'Université de Bordeaux et l'Agence Régionale de Santé de Nouvelle-Aquitaine (ARS N-A). Lancé au début de l'année 2019, le projet est financé pour quatre ans par l'ARS N-A, l'Institut de Recherche en Santé Publique (IReSP) et la Fondation Internationale de la Recherche Appliquée sur le Handicap (FIRAH).

**STIGMApro** s'est donné pour objectif de créer et évaluer **une intervention visant à réduire la stigmatisation dans les pratiques de santé mentale**, autrement dit dans les pratiques professionnelles de l'accompagnement du handicap psychique, **et leur orientation vers le rétablissement** avec les 3 types d'acteurs du handicap psychique : usagers, familles et professionnels. Pour atteindre cet objectif, le programme s'inscrit dans une démarche d'evidence-based practice (*i.e.* pratique basée sur les preuves). Cette perspective désigne un processus de prise de décision qui conjugue trois « piliers » : les **données probantes** issues de la recherche scientifique (e.g. les résultats scientifiquement validés et mis à jour), **l'expertise clinique** du soignant (sa capacité d'utiliser ses connaissances théoriques et son expérience clinique) et les **valeurs et préférences des usagers** (APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice, 2006).

Le projet comporte **2 phases** successives :

La **phase 1** est une phase de **recherche fondamentale**. L'objectif est de fournir des informations sur i) les spécificités du stéréotype chez les professionnels, ii) les situations de stigmatisation vécues par les usagers et familles auprès des professionnels, iii) les processus de stigmatisation et de résistance à la stigmatisation de la schizophrénie. La phase 1 vise donc à fournir les informations nécessaires au développement de la phase 2, notamment des données spécifiques au contexte de la pratique psychiatrique en France.

La **phase 2** est une phase de **recherche appliquée**. L'objectif est de développer, sur la base des principes dérivés de la littérature internationale et des résultats de la phase 1, une intervention pilote visant à diminuer la stigmatisation de la schizophrénie dans les pratiques professionnelles.

### 3. Méthodologies utilisées

**STIGMApro** est un programme reposant sur des **recherches participatives** et sur une approche « **evidence-based practice** » qui exige la prise en compte de l'expertise des professionnels et le respect des valeurs et préférences des usagers. Des chercheurs et acteurs de la société ont ainsi participé conjointement à toutes les phases de la recherche (Charte française de sciences et recherches participatives, 2017). Les différentes études réalisées ont donc été co-construites avec l'ensemble des acteurs concernés par la problématique. Il s'agit d'enseignants-chercheurs de disciplines différentes (*i.e.* neuropsychologie, psychologie clinique, sociale et du travail, ainsi qu'en santé publique), de professionnels de santé mentale (*i.e.* psychologues, psychiatre, ergothérapeute, médiatrice de santé-pair, cadre infirmier, directeur de centre hospitalier), de représentants des usagers et de leurs familles (*i.e.* Luc Vigneault – patient partenaire de recherche -, Clubhouse de Bordeaux, UNAFAM), d'acteurs de la lutte contre la stigmatisation (Centre Collaborateur de l'OMS, Psycom) et de représentants de l'ARS Nouvelle-Aquitaine.

Pour ce faire, un Comité Scientifique a été créé et une collaboration avec le Clubhouse de Bordeaux a vu le jour. Les membres du Comité Scientifique ont été invités à participer à ce projet selon leur appétence vis-à-vis de la problématique étudiée mais surtout selon leur expertise professionnelle et expérientielle du sujet. Par exemple, Luc Vigneault, patient partenaire de recherche et d'enseignement en santé mentale, a été invité à rejoindre le comité pour son savoir expérimentiel. En outre, la collaboration avec le Clubhouse Bordeaux a permis d'enrichir le projet **STIGMApro** en interrogeant les membres volontaires de cette association, qui sont des personnes qui ont connu un parcours de soin en santé mentale et sont donc représentatives des usagers des services de soin.

La dimension participative est un aspect fondamental dans **STIGMApro**. La collaboration avec les personnes concernées (usagers, familles, professionnels, décideurs politiques, associations) est au cœur de l'ensemble du processus de recherche. Elle s'opérationnalise notamment par la sollicitation de ce Comité Scientifique et par le partenariat avec le Clubhouse Bordeaux.

Le Comité Scientifique est sollicité tout le long du projet afin de formuler un avis concernant la pertinence, la faisabilité et l'éthique des recherches menées dans le projet. Plus qu'un rôle consultatif, il est donné un rôle décisionnel à ce Comité Scientifique (Valery, 2021). En effet, le comité ordonne les axes de recherche selon leur priorité, prend part à la construction des enquêtes, expérimentations, à l'analyse des résultats et de l'intervention finale. Il facilite la diffusion des recherches et de leurs résultats. Le comité scientifique se porte également garant de l'intégrité scientifique, déontologique et éthique des recherches mises en œuvre.

**STIGMApro** s'est aussi engagé dans un partenariat avec le Clubhouse Bordeaux. Les membres de cette association, qui étaient volontaires pour collaborer avec le programme, mettent leur savoir expérimentiel au service des travaux de recherche. Dans une perspective de recherche participative, des sujets tels que la construction des items des enquêtes, l'identification des situations de stigmatisation vécues dans le parcours de soin ou encore l'interprétation des résultats animent des rencontres bimensuelles depuis la phase 1 de **STIGMApro** (Valery, 2021). Par exemple, divers ateliers comprenant différents focus groups sont réalisés au sein de la structure pour les besoins du projet qui nécessite le recueil de l'avis et de l'expertise des usagers (*i.e.* des personnes ayant connu un parcours de soin en santé mentale).

Le Comité Scientifique et les membres du Clubhouse Bordeaux participent donc à l'ensemble du processus de recherche en partageant leur expertise, leur savoir, leur expérience afin de co-construire des solutions utiles, pertinentes et favorisant la participation des personnes ayant connu un parcours de soin en psychiatrie. La dimension participative est donc le ciment des méthodologies des différentes études du programme **STIGMApro**.

Tableau 2. Comité Scientifique de **STIGMApro**

Organisme	Nom et Prénom	Fonction
Université de Bordeaux / CH de Jonzac	Prouteau Antoinette	PU en Neuropsychologie Coordonnateur du projet
Université de Bordeaux / CH de Jonzac	Valery Kévin-Marc	Neuropsychologue Doctorant
Université de Bordeaux / CH Edouard Toulouse	Violeau Louis	Neuropsychologue Docteur en psychologie
Université de Bordeaux	Guionnet Sarah	Neuropsychologue Ingénierie d'étude du projet
Université de Bordeaux	Fournier Thomas	Neuropsychologue
Université de Bordeaux	Yvon Florence	Neuropsychologue Docteure en psychologie
Université de Bordeaux	Laberon Sonia	MCU psychologie du travail et des organisations
Université de Bordeaux	Follenfant Alice	MCU psychologie sociale, clinique et psychopathologie
Université de Bordeaux	Carrier Antonin	MCU psychologie sociale
Université de Bordeaux	Pascual Alexandre	MCU-HDR psychologie sociale
CH de Jonzac	Destaillats Jean-Marc	Chef de Pôle Psychiatrie Adulte
CH de Jonzac	Bonilla-Guerrero Julien	Ergothérapeute, Coordinateur Equipe mobile ESPPAIR
CH de Jonzac	Martinez Eric	Directeur du CH de Jonzac
CH de Jonzac	Le Guillermic Daniel	Cadre supérieur de santé
UNAFAM	Touroude Roselyne	Vice-présidente
Université Laval-Québec	Vigneault Luc	Patient partenaire de recherche et d'enseignement en santé mentale
EPSM Lille-Métropole	Ernoult Anne	Médiatrice de Santé-pair
ARS Nouvelle-Aquitaine	Lalbin-Wander Nadia	Chargée de mission santé mentale et psychiatrie
ARS Nouvelle-Aquitaine	Lavaud Anne-Sophie	Responsable Pôle Autonomie et Département Santé Mentale et Publics avec difficultés spécifiques

ISPED / Université de Bordeaux	Cambon Linda	Titulaire Chaire Prévention
ISPED / Université de Bordeaux – Centre de recherche inserm U1219	Decroix Charlotte	Doctorante
ISPED / Université de Bordeaux	Wittwer Jérôme	PU en économie
Psycom	Caria Aude	Directrice
Psycom	Arfeuillere Sophie	Responsable formation et pédaogie
CCOMS	Staedel Bérénice	Responsable de programme (formation médiateur santé-pair)
Clubhouse de Bordeaux	Quemper Danielle	Membre de l'association Clubhouse Bordeaux

**STIGMApro** s'organise en 2 phases :

- Une phase de **recherche fondamentale** (septembre 2019 – septembre 2021), dont l'objectif est d'approfondir les connaissances sur la stigmatisation dans les pratiques de santé mentale et de faire émerger des solutions réduisant cette stigmatisation en permettant d'optimiser la résistance à la stigmatisation chez les professionnels de santé mentale.
- Une phase de **recherche appliquée** (septembre 2021 – Mars 2023), dont l'objectif est de co-créer, mettre en place et évaluer une intervention pilote visant à réduire la stigmatisation de la schizophrénie dans les pratiques professionnelles en santé mentale. Le contenu de l'intervention est issu des travaux de la première phase.

### Méthode de recherche fondamentale : phase 1

La phase 1 est une phase de recherche fondamentale, visant l'obtention d'informations sur 3 thèmes, constituant chacun un objectif.

Objectif 1 : les spécificités du stéréotype chez les professionnels,

Objectif 2 : les situations de stigmatisation vécues par les usagers et familles auprès des professionnels,

Objectif 3 : les processus de stigmatisation et de résistance à la stigmatisation de la schizophrénie chez les professionnels et les usagers.

La phase 1 sollicite des méthodes multiples : revue systématique de la littérature, enquêtes, études expérimentales, méthodes explicites, méthodes implicites. L'utilisation rigoureuse de ces méthodes dépend de la participation au projet de plusieurs doctorants, de spécialistes de la psychiatrie, de l'ergothérapie, et de la psychologie dans plusieurs des sous-disciplines requises (psychologie sociale, psychologie du travail, psychologie clinique et

neuropsychologie). Les axes et méthodes à privilégier dans la phase 1 ont été définis par le Comité Scientifique sur la base des propositions formulées par l'équipe de recherche.

**Une revue systématique de la littérature internationale** a été réalisée (Valery et Prouteau, 2020). L'objectif était de conduire la première revue systématique sur la stigmatisation de la schizophrénie chez les professionnels de santé mentale. Plus précisément, il s'agissait : i) d'identifier les caractéristiques de la stigmatisation de la schizophrénie chez les professionnels de santé mentale en comparaison avec d'autres troubles psychiatriques, ii) d'identifier les spécificités de la stigmatisation chez les professionnels de santé mentale en comparaison avec d'autres groupes sociaux et iii) d'identifier les facteurs associés à cette stigmatisation.

Cette revue a suivi une méthodologie PRISMA (Moher, 2009). Les études ont été identifiées en consultant les bases de données électroniques PsychINFO (EBSCO), PsychARTICLES (EBSCO) et Psychology and Behavioral Sciences Collection (EBSCO), compte tenu de leur capacité à couvrir le domaine de la recherche sur la stigmatisation. La recherche a été effectuée en utilisant les termes suivants dans le titre ou le résumé des études : ("schizophrenia" OR "psychosis") AND ("structural stigma" OR "institutional stigma" OR "stigma" OR "attitude" OR "stereotype" OR "belief" OR "discrimination" OR "acceptance" OR "social distance") AND ("professional" OR "mental health professional" OR "nurse" OR "psychologist" OR "psychiatrist"). Les références connexes de personnes déjà sélectionnées pour la revue ont également été examinées. La recherche s'est concentrée sur les recherches menées au cours des 21 années précédant le 01/01/2020.

Les études ont été incluses si elles répondaient aux critères suivants : i) données originales publiées en anglais dans des revues à comité de lecture ; ii) avoir reporté des données quantitatives avec une analyse statistique ; iii) avoir évalué la stigmatisation au sens large : croyances, préjugés et comportements à l'égard de la schizophrénie, des personnes qui en souffrent ou des soins associés à la schizophrénie (traitement, thérapie, etc.) ; iv) avoir inclu des échantillons composés uniquement de professionnels de santé mentale (et non des groupes mixtes où des professionnels de santé mentale sont mélangés avec des personnes qui ne sont pas des professionnels de santé mentale tels que les étudiants, les infirmiers ou les médecins généralistes). Compte tenu du nombre limité d'études réalisées sur le sujet, il n'y a pas eu de critère d'exclusion supplémentaire concernant le design de l'étude. Le premier auteur de cet article (Kévin-Marc Valery) a évalué l'éligibilité des études recensées de manière standardisée, tel que définit précédemment avec le second auteur (Pr. Antoinette Prouteau). Les études ont d'abord été sélectionnées par le titre, puis par le résumé et enfin par le texte complet.

Les potentiels biais méthodologiques des études incluses ont été étudiés : i) biais d'échantillonnage ; ii) respect de l'anonymat des participants, limitant la désirabilité sociale dans les réponses de ces mêmes participants ; iii) la comparabilité des conditions de collecte des données dans les groupes de comparaison ; iv) la randomisation ou le contrebalancement des mesures utilisées pour éviter l'effet de mesure.

Finalement, les 38 études incluses ont porté sur 10926 participants : 4526 psychiatres, 2620 psychologues et 3705 infirmiers de santé mentale. Cependant, nous ne pouvons pas exclure la possibilité que les mêmes échantillons aient été utilisés dans plusieurs études. Seules 18 études ont indiqué le taux de réponse de leur échantillon (moyenne = 50,23%). Les détails de la méthodologie sont disponibles dans Valery et Prouteau (2020).

Des **enquêtes en ligne** ont ensuite été menées. L'une d'entre elles avait pour objectif d'identifier les situations de stigmatisation vécues par les usagers ayant un diagnostic de schizophrénie et leurs familles dans les soins de santé mentale, ainsi que les facteurs associés à ces expériences. Plusieurs situations ont déjà été répertoriées comme stigmatisantes, cependant, les études rapportant ces situations comportent de nombreuses limites. Certaines des situations citées concernaient globalement les services de santé, sans savoir si les participants faisaient référence spécifiquement aux services de santé mentale (Mestdagh & Hansen, 2014). En outre, les proches des usagers sont une source d'information rarement consultée sur le sujet de la stigmatisation vécue dans le parcours de soin. Enfin, il n'existe aucune étude publiée sur ce sujet dans le contexte des services de santé mentale en France, alors que l'aspect culturel de la stigmatisation est déterminant (Hengartner et al., 2012). Une enquête en ligne a donc été conduite (Valery et al., 2023). Dans une approche centrée sur les solutions, l'objectif était également de mesurer les facteurs associés à cette stigmatisation de la schizophrénie, dans l'espoir de pouvoir en tirer de potentiels leviers anti-stigma pour la suite du programme.

Suite à la revue systématique, deux enquêtes ont été réalisées chez les professionnels de santé mentale français. En effet, la stigmatisation de la schizophrénie chez les professionnels n'avait fait l'objet d'aucune étude française jusqu'ici. Une enquête avait pour objectif de vérifier si les soignants français rapportaient les mêmes facteurs associés que ceux révélés par la revue de littérature. De manière plus opérationnelle, l'objectif de l'enquête était d'identifier les facteurs associés à la stigmatisation de la schizophrénie chez les professionnels français. Cette enquête fut co-construite et validée par le Comité Scientifique du programme **STIGMApro**. Le comité scientifique a également suggéré de nouveaux facteurs potentiels, issus de leurs expériences professionnelles et de la littérature d'autres disciplines (e.g. psychologie sociale ou du travail). Une autre originalité de l'étude concernait la mesure de la stigmatisation, basée sur les trois dimensions de la stigmatisation (*i.e.* stéréotype, préjugé, discrimination) : l'échelle STIGMAPRO. Cette mesure de la stigmatisation fut en outre créée pour convenir spécifiquement aux professionnels de santé mentale, sur la base de toutes les mesures de la stigmatisation rapportées dans la revue de littérature. Enfin, la deuxième enquête avait pour objectif d'identifier les domaines de compétences stigmatisés dans la schizophrénie par les professionnels de santé mentale et les facteurs associés à cette stigmatisation. En effet, le rétablissement en santé mentale constitue aujourd'hui une piste prometteuse pour réduire la stigmatisation dans les pratiques en santé mentale (Valery, Fournier, et al., 2023; Valery, Violeau, et al., 2022). Cette approche exige un focus sur les compétences de la personne accompagnée ainsi qu'une confiance dans ses choix et décisions. Le déploiement de cette approche se heurte cependant à la stigmatisation de la schizophrénie, et notamment au stéréotype d'incompétence. Il existe cependant peu d'études sur le sujet, et aucune détaillant les domaines de compétences spécifiques faisant l'objet de croyances stéréotypées chez les professionnels de santé mentale. Le but de cette enquête était donc d'éclairer plus avant les représentations des professionnels sur ces points, et intégrer des informations utiles en Phase 2.

Dans une optique participative, ces enquêtes ont été préliminairement construites soit via des focus groups conduits auprès de personnes ayant fait l'expérience d'un trouble psychique, soit co-construites et validées par le Comité Scientifique du programme.

Ainsi, des questionnaires ont été construits via le logiciel Limesurvey® et diffusés en ligne afin de faciliter le recrutement d'un large panel de personnes. Des cookies ont été utilisés pour se prémunir d'éventuelles participations multiples. L'anonymat des participants a été assuré en bloquant ou en n'enregistrant pas certaines informations (e.g. les adresses IP). Les

participants avaient le temps qu'ils souhaitaient pour répondre aux questionnaires. Ils avaient également la possibilité de sauvegarder leurs réponses et de revenir compléter le questionnaire ultérieurement.

Après avoir donné leur consentement, les participants répondaient aux questionnaires. Leur participation reposait sur le volontariat et ils étaient recrutés via les réseaux sociaux ou via les réseaux associatifs et professionnels (e.g. UNAFAM).

Afin d'aller plus loin, une **étude randomisée contrôlée** a été réalisée. Son objectif était de tester l'efficacité des solutions identifiées pour réduire la stigmatisation dans les pratiques en santé mentale au cours des études et enquêtes précédemment citées. Plus précisément, il s'agissait de tester expérimentalement l'efficacité de plusieurs arguments pour réduire la stigmatisation de la schizophrénie chez les professionnels de santé mentale : les exemples de rétablissement, la similitude perçue via l'approche en continuum et le dévoilement de soi.

La taille d'échantillon souhaitée pour cette étude, les variables incluses, les hypothèses et les analyses prévues ont été préenregistrées sur Open Science Framework avant tout recueil de données. L'expérimentation a été menée en ligne en utilisant le logiciel Limesurvey®. Des cookies ont été utilisés pour éviter les participations multiples. Afin de protéger l'anonymat des participants, plusieurs paramètres ont été bloqués et non enregistrés par Limesurvey® (e.g. adresse IP). Les réponses des participants ont été recueillies sans contrainte de temps. Néanmoins, les participants ne pouvaient pas sauvegarder leurs réponses afin de pouvoir compléter le questionnaire ultérieurement. De courtes vidéos ont été utilisées afin d'opérationnaliser les différents arguments anti-stigma.

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

Les enquêtes précédentes se basent essentiellement sur la passation de questionnaires. L'utilisation de questionnaires fait cependant l'objet des limites inhérentes à toute mesure explicite. L'influence de la désirabilité sociale sur les réponses n'y est par exemple pas contrôlée. Le rappel du diagnostic de « maladie mentale » pourrait également mettre le répondant en situation de menace du stéréotype (Steele & Aronson, 1995; Wheeler & Petty, 2001). De plus, la stigmatisation internalisée pourrait faire appel à des processus psychologiques que les personnes ne pourraient pas rapporter au niveau verbal (Nisbett & Wilson, 1977). Par conséquent, pour pallier aux différents biais inhérents à l'utilisation de

méthodes explicites dans la mesure de la stigmatisation, une **mesure implicite de la stigmatisation de soi** a été développée : le **Self-Schizophrenia SA-IAT**.

La littérature de psychologie sociale portant sur les modèles duaux est nécessaire pour comprendre l'intérêt des mesures implicites. Le modèle APE (*Associative-Propositional Evaluation model*; Gawronski & Bodenhausen, 2006) précise que les outils explicites mesurent des processus attitudinaux propositionnels et contrôlés alors que les outils implicites mesurent des processus attitudinaux associatifs et automatiques.

Les mesures implicites les plus utilisées dans le champ d'étude du stéréotype sont les *Implicit Association Tests* (IAT; Greenwald et al., 1998) et ses dérivés. Les tests d'associations implicites comme l'IAT mesurent des temps de réaction afin de mettre en évidence des effets de facilitations entre des construits interprétés comme étant préférentiellement associés dans les représentations du répondant. Afin d'être utilisés dans le champ de la stigmatisation, ces outils doivent utiliser du matériel verbal contrôlé sur des critères propres au stéréotype. Les traits de personnalité constituent le matériel de choix, puisque le plus adéquat à la description d'une personne (Boies et al., 2001) et au jugement social associé (Anderson, 1968).

Sur la base de ces connaissances, le **Self-Schizophrenia SA-IAT** a été développé<sup>5</sup>. Il s'agit d'une tâche informatisée de catégorisation de mots. Par exemple (cf. figure 7 ci-dessous), chaque personne doit classer le mot situé au centre de l'écran, « imprévisible », avec une des catégories supra-ordonnées qui lui est proposée : « Soi » ou « Autrui ». Ce classement doit être effectué alors même que l'attribut « Schizophrénie » est couplé avec une de ces deux catégories (dans le cas présent avec la catégorie « Soi »). La tâche comprend 3 blocs (un d'entraînement et deux d'expérimentation) et différents essais (40 ou 80 selon les blocs). Certains essais sont congruents, avec la même touche réponse pour « Autrui » et « Schizophrénie », d'autres incongruents avec la même touche réponse pour « Soi » et « Schizophrénie ». Les temps de réponses sont recueillis et analysés pour appréhender l'assimilation du stéréotype de la schizophrénie au concept de soi. Cette mesure implicite est en cours de validation.

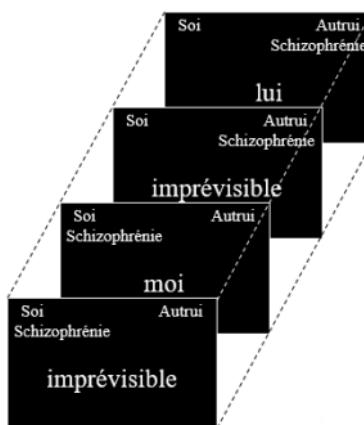


Figure 7. Protocole de la tâche informatisée (tirée du travail doctoral de T. Fournier)

Pour l'ensemble des études ci-dessus, le logiciel R (version 3.5.1) a été utilisé pour effectuer les analyses statistiques. Majoritairement, des tests paramétriques ont été utilisés lors de comparaison de groupe (t de student) et des régressions linéaires multiples ont été

<sup>5</sup> Cette mesure implicite étant en cours de validation, les informations qui lui sont relatives sont confidentielles et ne pourront donc pas faire l'objet d'une divulgation par l'IReSP.

utilisées pour tester statistiquement les facteurs associés. Une attention particulière a été apportée aux tailles d'effets.

Pour plus d'informations sur les méthodologies des différentes études de la phase 1, veuillez vous référer aux annexes p 94.

### **Méthode de recherche appliquée : phase 2**

La deuxième phase du programme de recherche **STIGMApro** a pour but de co-construire avec les différents acteurs du terrain, une intervention pilote réduisant la stigmatisation de la schizophrénie dans les pratiques en santé mentale et d'en tester sa viabilité.

Le concept de viabilité (viable validity) explore la capacité d'une intervention à réussir dans le monde réel (Chen, 2010). L'étude de viabilité prépare les études subséquentes visant à tester l'efficacité de l'intervention. Une étude de viabilité maximise les feed-back des participants à propos de l'intervention, permettant ainsi de pouvoir ajuster au mieux l'intervention. Dans le cadre de **STIGMApro**, des professionnels de santé mentale, des usagers et familles du CH de Jonzac, volontaires, ont participé à l'intervention et ont répondu à des questionnaires portant sur les 5 dimensions de viabilité (avant, pendant, immédiatement après et 3 mois après l'intervention). Une étude de viabilité permet également d'avoir recours à des focus groups en amont de l'intervention, dans le but de préparer l'implantation de l'intervention pilote dans les meilleures conditions. Ces focus groups en amont de l'intervention sont composés de participants dont l'expertise peut servir à prévenir d'éventuels défauts majeurs dans l'intervention. Dans le cadre de **STIGMApro**, un premier focus group se compose d'usagers grâce au partenariat avec le Clubhouse de Bordeaux, et un deuxième se compose de professionnels de santé mentale extérieurs au programme de recherche.

La viabilité s'intéresse principalement aux 5 dimensions suivantes : accessibilité, appropriabilité/faisabilité, utilité, évaluabilité et acceptabilité (Chen, 2010).

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

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

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

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

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

Des analyses descriptives (fréquence, pourcentage, moyenne, écart-type) et qualitatives (analyses thématiques des données qualitatives recueillies en focus group ou via des questions ouvertes) ont été réalisées afin de traiter l'ensemble des données. L'intervention pilote a par la suite été remaniée pour répondre aux besoins et principes de réalités évoqués par les participants à cette étude de viabilité. Ainsi, la version finale de cette intervention n'est autre qu'une formation destinée aux professionnels de santé mentale : la formation **STIGMApro**.

#### Perspective actuelle du projet : étude de validation de la formation **STIGMApro**

Pour aller plus loin, une étude sur l'efficacité de la formation **STIGMApro** est actuellement en cours (avril 2023 – 31 septembre 2024). Il s'agit d'un essai contrôlé randomisé multicentrique<sup>6</sup>. C'est donc une étude comparative où un groupe de professionnels de santé mentale participant à la formation **STIGMApro** va être comparé à un groupe de professionnels ne participant pas à cette formation (groupe contrôle). L'essai est en simple aveugle puisque les participants ne sauront pas dans quel groupe ils se trouvent (à savoir le groupe **STIGMApro** ou le groupe contrôle) mais les investigateurs, eux, seront au courant. Personne ne sera aveugle aux hypothèses concernant la réduction de la stigmatisation mais les participants, contrairement aux investigateurs, ne connaîtront pas les hypothèses concernant les différentes solutions anti-stigma.

Les participants à ce protocole de recherche seront des professionnels de santé mentale volontaires. Après un appel à participation réalisé par l'ARS Nouvelle-Aquitaine (N-A), 20

<sup>6</sup> Les informations relatives à cet essai contrôlé randomisé multicentrique (ou étude d'efficacité) sont confidentielles et ne pourront donc pas faire l'objet d'une divulgation par l'IReSP.

groupes de 10 professionnels volontaires seront recrutés ( $N = 200$ ). Ils seront randomisés (i.e. répartis aléatoirement) dans une des deux formations donnant lieu à deux groupes : le groupe contrôle composé des 100 professionnels participant à la formation contrôle, et le groupe **STIGMA<sup>pro</sup>** composé de 100 professionnels participant à la formation **STIGMA<sup>pro</sup>**. Les formations seront constituées de 5 à 6 ateliers de 2h à 2h30. Ces ateliers seront espacés de 15 jours (durée totale : 3 mois). La stigmatisation et les facteurs individuels associés seront mesurés dans chaque groupe avant, après et 3 mois après l'intervention (cf. figure 8 ci-dessous). La satisfaction des professionnels concernant la formation à laquelle ils ont participé sera évaluée après et 3 mois après l'intervention. Enfin, les données socio-démographiques, elles, seront recueillies une seule fois avant l'intervention.

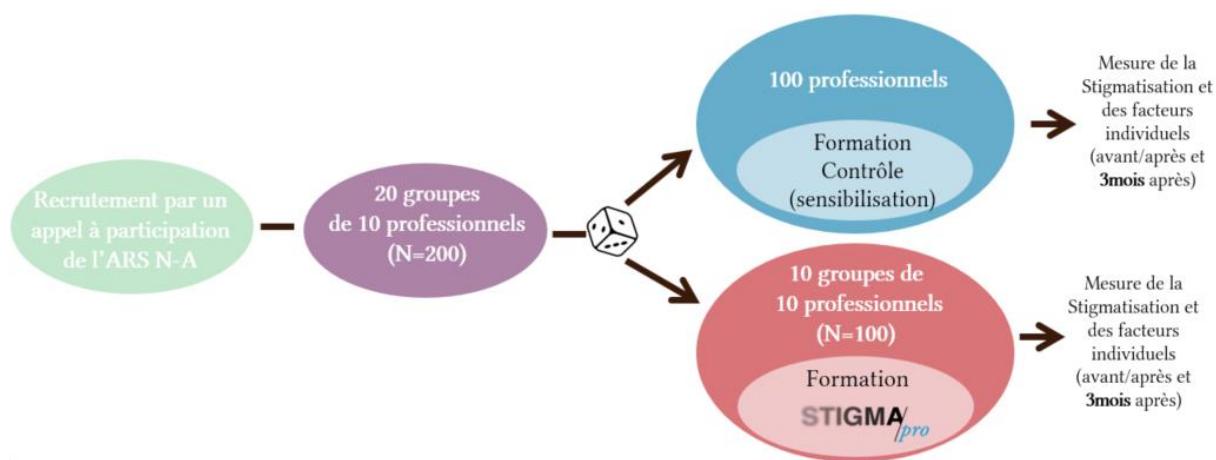


Figure 8. Procédure de l'essai contrôlé randomisé multicentrique

Il est attendu que la formation **STIGMA<sup>pro</sup>** soit plus efficace que la formation contrôle pour réduire la stigmatisation chez les professionnels de santé mentale.

A noter que cet essai contrôlé randomisé multicentrique est susceptible d'être modifié selon les démarches éthiques inhérentes à la réglementation française (Loi Jardé).

#### 4. Résultats significatifs

##### i. Quelles sont les situations de stigmatisation vécues auprès des professionnels de santé mentale ?

L'étude de Valery et al. (2023) avait pour objectif d'identifier les principales situations de stigmatisation que les usagers ayant un diagnostic de schizophrénie et leurs familles vivent dans les soins de santé mentale, ainsi que les facteurs associés à ces expériences. Les résultats ont fourni **15 situations concrètes de stigmatisation dans les soins de santé mentale** (voir tableau 3 ci-dessous). Ils ont également révélé que les pratiques orientées-rétablissement prédisent moins de stigmatisation, alors que les mesures sans consentement prédisent plus de stigmatisation. Cette étude a de nombreuses implications pratiques au regard de l'objectif final du programme **STIGMA<sup>pro</sup>** – qui est de créer une intervention visant à réduire la stigmatisation dans les pratiques en santé mentale. Tout d'abord, cette étude permet d'identifier les situations que l'intervention doit cibler. Les situations identifiées sont

des situations qui freinent l'émergence de pratiques de plus grandes qualités et plus respectueuses des usagers et de leurs familles. En outre, les pratiques orientées-rétablissement se révèlent être de potentielles solutions puisqu'elles sont associées à un vécu moins stigmatisant du parcours de soin. Enfin, les résultats font apparaître certaines spécificités dans le traitement des personnes ayant reçu un diagnostic de schizophrénie. Parmi les situations de stigmatisation, les pratiques violentes ou sans consentement sont non seulement plus fréquentes chez les personnes qui ont reçu un diagnostic de schizophrénie, mais aussi associées à un parcours de soin plus stigmatisant.

Tableau 3. Classement des situations les plus stigmatisantes selon les usagers (N=59) / proches d'usagers (N = 80) ayant vécu un parcours de soins en santé mentale après un diagnostic de schizophrénie.

Situation de stigmatisation	Score de stigmatisation selon les usagers (/7)	Fréquence chez les usagers	Fréquence selon les proches
1. Je ne me suis pas senti(e) pris(e) au sérieux par les professionnels lorsque j'avais une <b>plainte somatique</b> (une douleur physique).	6.00(1.63)	57.63%	56.25%
2. J'ai eu l'impression que les professionnels ne croyaient pas que je pouvais <b>me rétablir</b> (vivre une vie satisfaisante, productive et remplie d'espoir malgré la maladie).	5.97(1.58)	54.24%	60.00%
3. J'ai senti(e) que les professionnels croyaient que j'étais <b>un danger</b> pour les autres.	5.92(1.47)	44.07%	52.50%
4. Je n'ai pas <b>participé aux décisions</b> concernant mon traitement.	5.59(1.94)	83.05%	75.00%
5. Les professionnels n'étaient pas attentifs à mon <b>inclusion dans la société</b> (dans le travail, les relations sociales, le logement, etc.).	5.47(1.66)	61.02%	71.25%
6. Je considère avoir été victime de <b>pratiques violentes physiquement</b> .	5.46(2.25)	40.68%	33.75%
7. Je me suis senti(e) <b>infantilisé(e)</b> .	5.33(1.96)	83.05%	67.50%
8. Je ne me suis pas senti(e) respecté(e) dans <b>mon intimité et ma pudeur</b> .	5.24(2.20)	64.41%	46.25%
9. J'ai <b>manqué d'informations et d'explications</b> durant mon parcours de soin (maladie, traitements, projets).	5.17(1.77)	88.14%	72.50%
10. Les professionnels de santé mentale pensaient que je ne faisais pas beaucoup d' <b>efforts pour m'en sortir</b> .	5.13(1.74)	38.98%	42.50%
11. Le <b>vocabulaire</b> (jargon) des professionnels compliquait le parcours de soin.	5.09(2.09)	37.29%	51.25%
12. Les services de soin que j'ai connus ne m'ont pas informé de mes <b>droits</b> .	4.74(2.18)	72.88%	56.25%
13. J'ai senti <b>peu de compassion</b> de la part des professionnels de santé mentale.	4.48(1.95)	74.58%	63.75%
14. Les professionnels n'ont pas bien géré leur <b>communication avec mes proches</b> .	4.21(2.22)	55.93%	85.00%
15. J'ai dû trop souvent <b>reraconter mon histoire</b> .	3.82(2.20)	74.58%	75.00%

N.B. Se lit : Les usagers ont attribué un score moyen de 5.33/7 à l'infantilisation, une situation vécue par 83,05% des participants usagers et observée par 67,5% des proches.

Pour plus de détails concernant les résultats de cette étude veuillez vous référer aux annexes p 94.

## *ii. Quelles sont les spécificités du stéréotype chez les professionnels ?*

La première phase du programme de recherche avait pour but d'approfondir les connaissances sur la stigmatisation de la schizophrénie chez les professionnels de santé mentale afin d'identifier les facteurs susceptibles d'optimiser la résistance à la stigmatisation chez ces professionnels. Plusieurs revues de la littérature existaient sur le sujet, mais se

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

La revue systématique de la littérature internationale de Valery et Prouteau (2020) avait ainsi pour objectif de mener la première revue systématique sur la stigmatisation de la schizophrénie chez les professionnels de santé mentale. Précisément, les spécificités de la stigmatisation de la schizophrénie ont été étudiées par rapport à d'autres troubles psychiatriques, et les spécificités des professionnels par rapport à d'autres groupes sociaux. Dans une approche tournée vers les solutions, cette revue avait également comme objectif de recenser les facteurs associés à cette stigmatisation, dans l'espoir de faire émerger de potentiels leviers anti-stigma (cf. partie 4.iii ci-dessous).

Les études ont montré que la schizophrénie est l'une des maladies mentales les plus stigmatisées (c'est-à-dire sur les croyances de dangerosité, d'incompétence, de mauvais pronostic et le désir de distance sociale), même si la plupart d'entre elles ont comparé la schizophrénie à la dépression. Ce résultat vient étayer les conclusions de revues antérieures qui ont mis en évidence les différences de stigmatisation à l'égard des maladies mentales (de Jacq et al., 2016 ; Wahl et Aroesty-Cohen, 2010).

Les professionnels de santé mentale rapportent des stéréotypes de dangerosité, d'incompétence, de faible pronostic (pessimisme) et un désir de distance sociale envers les personnes qui souffrent d'une schizophrénie.



Par rapport aux autres groupes sociaux (médecin généraliste, proches, autres professionnels et personnes atteintes de schizophrénie elles-mêmes), les professionnels de santé mentale ont systématiquement rapporté moins de stéréotypes de dangerosité, et plus de confiance concernant le traitement pharmacologique. Néanmoins, les résultats étaient moins cohérents en ce qui concerne le pronostic et le désir de distance sociale, comme indiqué dans des revues précédentes (de Jacq et al., 2016 ; Schulze, 2007 ; Wahl et Aroesty-Cohen, 2010). Il convient de noter que la plupart des études ont comparé les soignants avec la population générale.

L'enquête de Valery et al. (soumis) a réalisé un focus sur les stéréotypes d'incompétence dans la schizophrénie<sup>7</sup>. En effet, le rétablissement constituant une piste prometteuse pour réduire la stigmatisation dans les pratiques en santé mentale (Valery, Fournier, et al., 2023 ; Valery, Violeau, et al., 2022) et nécessitant un focus sur les compétences de la personne accompagnée, il est apparu nécessaire d'éclairer les représentations des professionnels sur ces points. L'objectif de cette étude était donc d'identifier les domaines de compétences stigmatisés dans la schizophrénie par les professionnels de santé mentale et leur importance respective. Toujours dans le but de trouver de potentielles solutions anti-stigma l'étude avait également pour objectif d'identifier les facteurs associés à cette stigmatisation (cf. partie 4.iii ci-dessous).

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

Les résultats concernant les domaines de compétence stigmatisés par les professionnels de santé mentale sont illustrés dans la figure 9 ci-dessous. Dans tous les domaines de compétences, les professionnels se sont accordés un score plus important que celui attribué aux personnes qui ont un diagnostic de schizophrénie. Par ordre de taille d'effet,

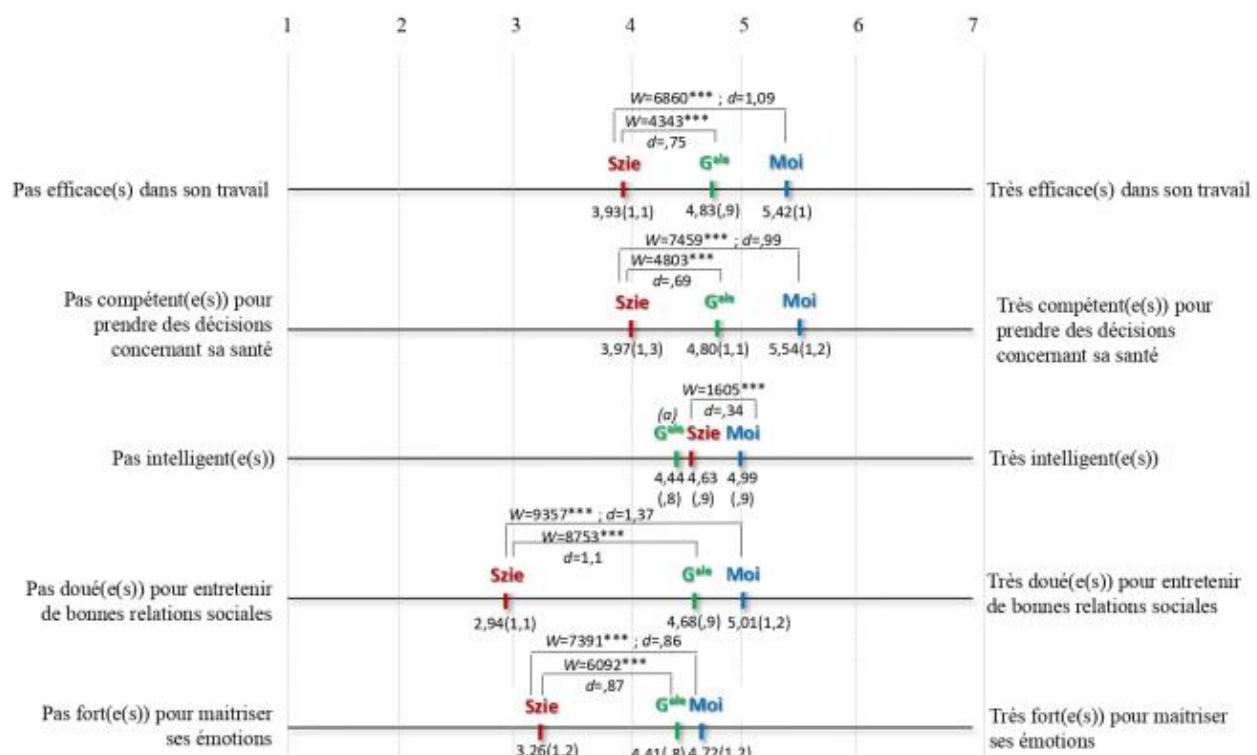


Figure 9. Résultats des comparaisons des scores de compétence attribués par les professionnels de santé mentale ( $N = 158$ ) aux personnes qui ont un diagnostic de schizophrénie, aux membres de la population saine et à eux-mêmes.

<sup>7</sup> Actuellement, les informations relatives à cette enquête ne sont pas diffusables par l'IReSP. En effet, cette enquête n'est pas encore publiée.

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

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

Pris dans leur globalité, ces résultats confirment tout d'abord que l'incompétence est un domaine de stigmatisation dans la schizophrénie (Magliano, et al., 2004; Stuber et al., 2014). Ils montrent de manière originale que ce stéréotype se décline dans plusieurs dimensions de la vie des individus, et dans une moindre mesure dans la sphère intellectuelle. De manière intéressante, ces résultats viennent confirmer les situations de stigmatisation rapportées par les usagers et les familles (Amsalem et al., 2018; Mestdagh & Hansen, 2014; Valery, Fournier, et al., 2023). Par exemple, le stéréotype sur l'incompétence à prendre des décisions de santé fait écho aux situations dans lesquelles les usagers rapportent un refus des soignants de laisser l'usager s'investir dans les décisions concernant son accompagnement (Valery, Fournier, et al., 2023), où bien lorsque l'usager est jugé « non-coopératif » car posant trop de question sur son traitement (Mestdagh & Hansen, 2014). Le stéréotype d'incompétence à gérer les émotions fait écho à des situations rapportées par les usagers et leurs familles, dans lesquelles ils percevaient que les soignants pouvaient avoir peur des usagers et utilisaient des mesures de contention ou des placements en isolement (Valery, Fournier, et al., 2023).

Pour plus de détails concernant les résultats de cette enquête veuillez vous référer aux annexes p 94.

### *iii. Quels sont les facteurs associés à moins de stigmatisation chez les professionnels de santé mentale ?*

Un des objectifs du programme de recherche **STIGMApro** était d'investiguer les processus de stigmatisation et de résistance à la stigmatisation de la schizophrénie chez les professionnels. Ainsi, différentes études se sont appliquées à identifier les facteurs associés à moins de stigmatisation chez les professionnels de santé mentale : la revue systématique de la littérature internationale, l'enquête sur les stéréotypes d'incompétence, l'enquête chez les usagers et familles mais également une enquête spécifique à l'étude des facteurs associés chez les professionnels français.



Figure 10. Synthèse des facteurs associés à la stigmatisation de la schizophrénie chez les professionnels en santé mentale selon la revue de littérature STIGMApro et les enquêtes STIGMApro (usagers, familles, professionnels)

Les résultats de la revue de littérature **STIGMApro** et des enquêtes **STIGMApro** (usagers, familles, professionnels) ont donc permis de faire émerger de potentielles solutions pour réduire la stigmatisation de la schizophrénie dans les pratiques en santé mentale : **les pratiques orientées-rétablissement, le sentiment d'utilité professionnelle, l'approche en continuum et enfin la similitude perçue entre le soignant et l'usager.** Les **pratiques orientées rétablissement** sont associées à moins de stigmatisation. Elles offrent ainsi une alternative concrète aux pratiques potentiellement stigmatisantes. Les croyances catégorielles, elles, sont associées à davantage de stigmatisation, il est pertinent de les déconstruire. **L'approche et les croyances en continuum** sont un outil intéressant pour défaire ces idées catégorielles et réduire les croyances stigmatisantes chez les professionnels de santé mentale. Plus il est perçu de **similitudes entre l'accompagnant et l'accompagné** et moins il est rapporté de stigmatisation. Il ne s'agit pas de juste considérer qu'il existe des similitudes mais de les rendre perceptibles aux yeux de la personne accompagnée. Favoriser cette perception est une solution pertinente pour diminuer la stigmatisation dans les pratiques en santé mentale. Enfin, des professionnels croyant leurs actions utiles aux personnes accompagnées rapportent moins de stigmatisation. Garantir un bon **sentiment d'utilité** aux professionnels peut participer à réduire la stigmatisation.

A noter que l'étude chez les usagers et familles a montré qu'aucun facteur individuel (e.g. comorbidité, âge, sexe, niveau de rétablissement, rôle familial, etc. chez les usagers ou familles) n'est associé à la stigmatisation vécue dans les pratiques en santé mentale. Seules les pratiques professionnelles expérimentées par les usagers et familles sont significativement associées à la stigmatisation. Les pratiques orientées rétablissement prédisent moins de stigmatisation, alors que les mesures sans consentement (i.e. hospitalisation sans consentement et pratiques coercitives) prédisent plus de stigmatisation.

Pour plus de détails concernant les résultats de ces différentes enquêtes veuillez vous référer aux annexes p 94.

Le travail qui suit a approfondi les cadres théoriques de ces potentielles solutions pour distinguer les meilleures façons de les opérationnaliser. Cette analyse sert également la construction d'une expérimentation randomisée contrôlée ayant pour but de tester l'efficacité de ces solutions.

## Approche en continuum

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

Concernant la catégorie diagnostique « troubles du spectre de la schizophrénie » (Crocq et al., 2016), les expériences psychotiques, correspondant aux symptômes majeurs du trouble, sont couramment vécues en population générale (Linscott & Os, 2013; van Os et al., 2009). Seuls 7,4% des individus ayant rapporté une expérience psychotique développent un trouble du spectre de la schizophrénie ou en reçoivent le diagnostic. Les 92,6% restant ont soit reçu un autre diagnostic, soit appartiennent à la population générale. Plusieurs facteurs prédisent le développement ou non du trouble après avoir vécu une expérience psychotique (Larøi et al., 2012). Par exemple, par rapport aux personnes ayant un diagnostic de schizophrénie, les voix entendues par des individus en bonne santé étaient plus susceptibles d'avoir un contenu banal ou positif (vs négatif ou violent), d'être contrôlables (vs envahissantes), d'évaluer les autres, et d'être identifiées comme les voix des membres de la famille (vs voix de personnes connues). Se dessinent alors plusieurs dimensions pour évaluer ces voix et permettre d'établir un continuum d'expérience d'hallucination auditivo-verbale allant du processus psychologique fonctionnel – dit normal – au processus dysfonctionnel – dit pathologique (voir figure 11 ci-dessous).



Figure 11. Exemple de continuum appliqué aux hallucinations auditivo-verbales allant du fonctionnel au dysfonctionnel d'après Larøi et al., 2012.  
Note. Ici, l'individu tend du côté dysfonctionnel du continuum lorsque les voix sont envahissantes avec du contenu négatif.

Dans la population générale, de nombreuses études ont montré des liens entre les approches catégorielles vs continuum et la **stigmatisation** (Violeau et al., 2020). Une récente méta-analyse rapporte les effets des **croyances en continuum** sur la stigmatisation (Peter et al., 2021). Concernant la schizophrénie, les croyances en continuum les plus importantes sont corrélées à moins de croyances de dangerosité, de croyances d'imprévisibilité, de croyances de responsabilité de l'apparition de la maladie, de peur et de distance sociale. Cependant, les

tailles d'effets de ces associations sont faibles, les études manipulant les croyances en continuum n'obtiennent pas de réduction cohérente de la stigmatisation (*i.e.* seulement sur une minorité de dimensions de la stigmatisation), et aucune étude ne rapporte le maintien de ces effets sur le long terme. Réciproquement, les croyances catégorielles sont associées à davantage de croyances de dangerosité, de croyances d'imprévisibilité, de peur et de distance sociale (pour revue voir la thèse de L. Violeau, 2020). Les tailles d'effet varient d'intermédiaires à fortes, même dans les études utilisant des manipulations expérimentales des croyances catégorielles. Les enquêtes **STIGMApro** chez les professionnels révèlent une absence de corrélation entre les croyances de continuum, les stéréotypes et les préjugés. Ces croyances sont en revanche associées à moins de désir de distance sociale (une mesure de la discrimination), avec une faible taille d'effet. Concernant les croyances catégorielles, les enquêtes font état d'une absence de corrélation avec les préjugés, mais d'une association à plus de stéréotypes, notamment les stéréotypes d'incompétences, et à plus de désir de distance sociale, avec des tailles d'effet intermédiaires ou fortes.

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

### **Similitudes perçues**

Les similitudes perçues font référence à la propension d'un individu à penser qu'il partage des similitudes avec une autre personne, qu'ils sont similaires (Violeau et al., 2020). Cette notion se confond parfois avec celle de croyances en un continuum puisque les mesures questionnent, même indirectement, les points communs et similitudes entre population clinique et population générale. Les similitudes perçues sont reliées à moins de stigmatisation.

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

Un concept issu du champ de la relation thérapeutique pourrait permettre d'opérationnaliser ces résultats au sein d'une intervention visant à réduire la stigmatisation dans les pratiques en santé mentale. En effet, le dévoilement de soi permet au soignant de se centrer sur les similitudes entre lui et l'usager, et surtout, de verbaliser ces similitudes (Nguyen

et al., 2021). Les dévoilements de soi peuvent être définis comme des "déclarations du thérapeute qui révèlent quelque chose de personnel sur lui-même" (Hill & Knox, 2002, p. 255). Le thérapeute y dévoile des moments de sa vie personnelle qui ont font écho à ce que dévoile la personne en thérapie (e.g. difficultés rencontrées, évènement émotionnel fort, stratégies utilisées pour faire face à un problème). Les objectifs de cette technique clinique peuvent être de partager des informations utiles pour la thérapie, comme des stratégies de gestion d'émotion, ou bien de renforcer la relation thérapeutique. Une récente méta-analyse (Hill et al., 2019) a émis des recommandations sur l'utilisation du dévoilement de soi, dont certaines indiquent qu'il faut centrer le dévoilement de soi sur la personne accompagnée, souligner les similitudes entre ce qu'elle dévoile et ce que le soignant dévoile. Cette technique représente donc une opérationnalisation des processus de similitudes perçues directement transférable dans les pratiques en santé mentale.

## **Rétablissement**

De même que l'evidence-based practice accorde une place cruciale aux valeurs et préférences des personnes concernées par la maladie mentale (APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice, 2006), le rétablissement place la personne concernée au cœur de son dispositif d'accompagnement (Chamberlin, 1978; Deegan, 1988; Vigneault et al., 2013). Cette approche va clairement à l'encontre des croyances pessimistes ou d'incompétence sur les usagers : « l'espoir et l'autodétermination mènent à une vie significative et à un sens positif de soi, que la maladie mentale soit toujours présente ou non. » (pour revue des définitions subjectives, voir Andresen et al., 2003). Très logiquement, la lutte contre la stigmatisation fait partie des leviers qui permettent d'avancer dans le parcours du rétablissement selon le modèle C.H.I.M.E. (Leamy et al., 2016).

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

Deuxièmement, donner des **exemples de personnes rétablies** est un autre moyen de lutter contre la stigmatisation. Une revue de la littérature qualitative en a même fait un élément clé pour réduire la stigmatisation de la maladie mentale chez les soignants en médecine physique (Knaak et al., 2014). L'exposition des soignants à des exemples de rétablissement apparaît d'autant plus pertinente que ces derniers sont soumis à un biais qui les amène à sous-estimer la fréquence du rétablissement en santé mentale : l'illusion du clinicien. En effet, les professionnels de santé mentale ne reçoivent que les personnes qui souffrent le plus sévèrement de leur maladie mentale : ils ne reçoivent pas les personnes qui ne consultent pas ou plus, les personnes qui se sont rétablies seules, rapidement ou par d'autres moyens. Exposer les soignants à des exemples de rétablissement serait un moyen de contrer ce biais et le pessimisme qu'il induit.

Troisièmement, dans le cadre du développement des pratiques orientées-rétablissement, une nouvelle profession a émergé au sein des équipes de santé mentale: la **pair-aidance professionnelle**. Le pair-aidant professionnel est un membre du personnel dévoilant qu'il vit ou qu'il a vécu un problème de santé mentale. Le partage de son vécu et de son histoire de rétablissement a pour but de redonner de l'espoir, de servir de modèle d'identification, d'offrir de l'inspiration, du soutien et de l'information à des personnes qui vivent des situations similaires (Repper & Carter, 2011). Plusieurs méta-analyses se sont intéressées à l'efficacité de la pair- aidance. Leur premier résultat fut de souligner le manque de rigueur méthodologique des articles portant sur ce sujet, abaissant considérablement le niveau de preuve des résultats rapportés (Lloyd-Evans et al., 2014; Repper & Carter, 2011; White et al., 2020). Les auteurs rapportent néanmoins une efficacité de la pair-aidance sur le rétablissement, l'empowerment, l'espoir ou encore la relation thérapeutique, avec des tailles d'effet faibles mais un maintien de cette efficacité dans le temps. Si le recrutement ou le témoignage d'un pair-aidant professionnel peut donc sembler une solution pour réduire les pratiques stigmatisantes, l'introduction de ce nouveau métier peut connaître des résistances dans les services de soins, pour des raisons directement reliées à la stigmatisation chez les soignants ou à la qualité de vie au travail favorable ou non à l'arrivée de professions innovantes (Franck & Cellard, 2020; Niard et al., 2020; Roelandt & Staedel, 2016).

### **Utilité et accomplissement professionnel perçu**

La qualité de vie au travail des soignants est un domaine qui reste à améliorer. D'après une méta-analyse récente (O'Connor et al., 2018), la prévalence moyenne de l'épuisement émotionnel chez les professionnels en santé mentale était de 40% (entre 8% et 59%), la dépersonnalisation de 22 % (entre 8% et 65%) et le faible sentiment d'accomplissement personnel de 19 % (entre 3% et 38%). La stigmatisation dans les pratiques en santé mentale est associée à la qualité de vie au travail. Une étude récente a mené une enquête sur la stigmatisation chez les professionnels de la santé mentale envers les maladies mentales sévères et la qualité de vie professionnelle (Koutra et al., 2021). Les résultats montrent que la stigmatisation est positivement associée à l'épuisement émotionnel (*i.e.* un sentiment de surcharge et d'épuisement des ressources émotionnelles et physiques), à la dépersonnalisation (*i.e.* une attitude négative et cynique envers les gens), et à la fatigue de compassion (*i.e.* "coût de la sollicitude" qui se caractérise par un épuisement physique et émotionnel et une diminution de la capacité d'empathie). Les croyances positives sont en revanche associées à l'accomplissement personnel (satisfaction des performances professionnelles) et de satisfaction de compassion (*i.e.* le sentiment d'accomplissement ou de

plaisir que les thérapeutes tirent de la bonne exécution de leur travail). De manière cohérente, l'enquête **STIGMApro** chez les professionnels montre également que le sentiment d'utilité professionnelle est négativement associé aux stéréotypes et au désir de distance sociale, avec des tailles d'effet faibles. Aucune association significative n'est rapportée avec les préjugés.

Dans le but de favoriser les pratiques jugées utiles par les usagers, et donc de renforcer le sentiment d'utilité professionnelle chez les soignants, une collaboration avec le Clubhouse Bordeaux a été établie. Elle a permis de recueillir des témoignages de pratiques ayant été vécues comme utiles par les usagers. Ces pratiques positives ont fait l'objet de témoignages vidéos, non inclus dans le présent rapport puisque ce sont les usagers eux-mêmes qui en ont les droits. L'équipe de recherche a ici joué le rôle de facilitateur de cette action, sans en tirer de bénéfice direct pour le programme de recherche **STIGMApro**.

## **Contact**

Les exemples de rétablissement peuvent prendre la forme de contacts directs ou indirects (e.g. livre, vidéo) avec les soignants. Le contact a souvent été évoqué comme le principal levier d'action pour réduire la stigmatisation (Corrigan & Penn, 1999). Paradoxalement, bien que les professionnels de santé mentale aient de nombreux contacts avec les personnes ayant un diagnostic de maladie mentale sévère, ils restent l'une des principales sources de stigmatisation. Les travaux initiaux d'Allport ont mis en lumière quatre conditions pour que le contact soit effectivement déstigmatisant : un statut égal entre les différentes parties ; des objectifs communs ; une coopération ; et le soutien des autorités ou de la loi (Allport, 1954). Une méta-analyse sur les conditions de contact (Pettigrew et al., 2011) montre que si ces conditions ne sont pas nécessaires pour que le contact réduise la stigmatisation, elles en améliorent l'efficacité. Cette méta-analyse rapporte en outre d'autres facteurs d'efficacité du contact : le soutien de l'institution ou encore le contact au sein de programmes structurés. Plus important encore, cette étude insiste sur l'utilisation en commun de ces facteurs d'efficacité, doutant de leur effet s'ils étaient utilisés indépendamment les uns des autres. Néanmoins, une méta-analyse plus récente encore montre qu'il faut prendre ces facteurs avec prudence car les études incluses manquent de rigueur dans leur utilisation de ces facteurs (Paluck et al., 2019). Selon les auteurs, la science n'est pas, à l'heure actuelle, en mesure de conseiller ou non ces facteurs dans une intervention anti-stigma. Les résultats de l'enquête **STIGMApro** chez les usagers et leurs familles montrent clairement que les pratiques stigmatisantes prennent le contre-pied de ces conditions (e.g. infantilisation, manque de participation dans les décisions de soin, manque de coopération avec les familles).

Dans le cadre de la commission d' « Opening Mind Anti-Stigma Initiative », un organisme à l'origine des campagnes canadiennes contre la stigmatisation des personnes ayant une maladie mentale, Knaak et Patten (2016) ont proposé un modèle théorique de construction de programme anti-stigma. La partie « Key ingredients » de ce modèle liste 6 points à développer dans une intervention éducative contre la stigmatisation impliquant les professionnels :

- Une **personne** de référence pour articuler l'intervention, un programmateur « facilitateur » de la compréhension des messages importants
- Inclusion de **témoignages positifs et inspirants d'usagers**
- Utiliser **différentes formes de contact social**
- Montrer des **exemples de rétablissement** en soulignant l'importance qu'ont eu les professionnels de santé mentale dans ce rétablissement

- **Déconstruire les mythes, les idées reçues** des professionnels
- **Augmenter la confiance des professionnels** en leurs capacités.

Ce modèle met également l'accent sur l'utilisation de différentes formes de contacts, de témoignages et d'exemples de rétablissement. Une intervention anti-stigma pourrait s'inspirer de ces différents points soulevés.

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

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

Une étude randomisée contrôlée a ainsi été menée afin de tester expérimentalement l'efficacité de ces solutions anti-stigma (Valery, 2021). De courtes vidéos (3 minutes) ont été utilisées pour réduire la stigmatisation de la schizophrénie chez les professionnels de santé mentale. 5 conditions étaient ainsi constituées : i) une condition contrôle neutre (vidéo sur les applications de smartphone en santé mentale), ii) une condition contrôle d'intervention de base contre la stigmatisation (définition, conséquence, prévalence), iii) une condition expérimentale où une vidéo sur le dévoilement de soi était diffusée aux participants pour activer les **similitudes perçues** entre eux et les usagers, iv) une condition expérimentale où une vidéo était diffusée pour activer les **croyances de continuum** chez les participants, et v) une vidéo utilisée pour activer les **croyances sur le rétablissement** des participants **en diffusant des exemples de rétablissement**.

Les résultats ne permettent pas d'assurer que les croyances sur le continuum, les croyances sur le rétablissement et les similitudes perçues ont été manipulées. En effet, il n'existe aucune différence significative entre les participants exposés à la vidéo sur le rétablissement ou exposés à la vidéo sur l'approche en continuum ou encore exposés à la vidéo sur le dévoilement de soi et les participants des autres conditions sur les différentes variables d'intérêts (croyances sur le rétablissement, sur le continuum et similitudes perçues).

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

stigmatisation. Ces résultats ne sont a priori pas cohérents avec les études ayant fondé nos hypothèses rapportant des associations de taille intermédiaire entre les croyances sur le continuum et la stigmatisation (Valery, Violeau et al., 2022). Il était également attendu un effet plus important des exemples de rétablissement sur l'ensemble des mesures de stigmatisation, le témoignage étant décrit comme un élément clé de la lutte contre la stigmatisation (Corrigan & Penn, 1999; Knaak et al., 2014). La proximité théorique entre le dévoilement de soi et les similitudes perçues laissait également espérer un effet sur la stigmatisation (Hill et al., 2019, Valery, Violeau et al., 2022).

En conclusion, pour réduire la stigmatisation chez les professionnels de santé mentale, l'approche en continuum, les exemples de rétablissement ou encore le dévoilement de soi sont des solutions potentielles dont l'efficacité restent à démontrer plus avant. Les exemples de rétablissement réduisent cependant certaines croyances stéréotypées chez les professionnels de santé mentale. Plusieurs limites identifiées au niveau de la manipulation expérimentale et du recrutement des participants pourraient expliquer ces résultats et fournissent des pistes pour des études subséquentes. Celles-ci devraient s'attacher à opérationnaliser les différents leviers de manière concrète, en face-à-face, favorisant le contact plus que l'aspect informatif et éducatif. En l'état actuel cette étude ne nous permet pas de conclure sur l'efficacité réelle des différents leviers testés pour réduire la stigmatisation.

Pour plus de détails sur les résultats de cette étude veuillez vous référer aux annexes p 94.

Enfin, une mesure implicite de la stigmatisation a été développée le **Self-Schizophrenia SA-IAT**. Il s'agit d'une tâche informatisée de catégorisation de mots. Cette mesure implicite est en cours de validation.

#### *iv. Recommandations*

L'ensemble de ces résultats permettent d'établir des recommandations pour cibler et réduire la stigmatisation chez les professionnels de santé mentale.

#### **Cibler la stigmatisation dans les pratiques en santé mentale**

1. Au regard du modèle de stigmatisation issu de la littérature scientifique en psychologie sociale (Fiske, 1998), intervenir contre la stigmatisation doit se faire à trois niveaux : défaire les croyances stigmatisantes (les stéréotypes), réduire les ressentis associés (les préjugés) et cibler les comportements et pratiques qui en découlent (les discriminations).
2. Les croyances identifiées comme stigmatisantes sont les suivantes :
  - a. Croire qu'une personne ne peut pas atteindre une haute qualité de vie ou se rétablir parce qu'elle a reçu un diagnostic de maladie mentale sévère.
  - b. Considérer une personne comme dangereuse pour les autres dès lors qu'elle a reçu un diagnostic de maladie mentale.
  - c. Croire une personne pas ou peu capable de travailler, se loger, gérer son argent, gérer sa santé, fonder une famille ou former un couple parce qu'elle a reçu un diagnostic de maladie mentale sévère.

- d. Penser que les personnes sont entièrement responsables de l'apparition de leur maladie. Penser que les personnes qui ont reçu un diagnostic de maladie mentale sévère ne font pas ou peu d'effort pour s'en sortir.
  - e. Être méfiant envers une personne dès lors qu'elle a reçu un diagnostic de schizophrénie. Sous-estimer une plainte somatique d'une personne parce qu'elle a reçu un diagnostic de schizophrénie.
3. Les attitudes identifiées comme stigmatisantes sont les suivantes :
- a. Manque de compassion pour une personne dès lors qu'elle a reçu un diagnostic de maladie mentale sévère.
  - b. Peur ou anxiété ressentie à l'égard d'une personne dès lors qu'elle a reçu un diagnostic de maladie mentale sévère.
  - c. Infantilisation, paternalisme ou maternalisme à l'égard d'une personne dès lors qu'elle a reçu un diagnostic de maladie mentale sévère.
4. Les comportements identifiés comme stigmatisants sont les suivants :
- a. Refuser de coopérer avec la personne accompagnée, de la faire participer aux décisions parce qu'elle a reçu un diagnostic de maladie mentale sévère.
  - b. Agir sans le consentement de la personne dès lors qu'elle a reçu un diagnostic de maladie mentale sévère.
  - c. Manquer au respect de la pudeur et de l'intimité d'une personne dès lors qu'elle a reçu un diagnostic de maladie mentale sévère.
  - d. Ne donner aucune ou peu d'informations et d'explications à une personne concernant ses soins et ses droits dès lors qu'elle a reçu un diagnostic de maladie mentale sévère. Donner ces informations et explication de manière inadaptée, au mauvais moment par exemple.
  - e. Ne pas viser l'inclusion de la personne dans la société dès lors qu'elle a reçu un diagnostic de maladie mentale sévère.
  - f. Délaisser la communication avec les proches d'une personne dès lors qu'elle a reçu un diagnostic de maladie mentale sévère.

#### **Utilisation de solutions réduisant la stigmatisation dans les pratiques en santé mentale**

- 5. En s'étant construit en opposition aux pratiques psychiatriques violentes et stigmatisantes, le mouvement du rétablissement a développé des solutions anti-stigma pertinentes chez les professionnels. Communiquer les connaissances scientifiques sur le rétablissement est porteur d'espoir et permet de réduire les croyances pessimistes des professionnels et autres croyances stigmatisantes.
- 6. Les pratiques orientées vers le rétablissement sont associées à moins de stigmatisation. Elles offrent ainsi une alternative concrète aux pratiques potentiellement stigmatisantes.
- 7. Communiquer de multiples exemples de rétablissement rend visible l'efficacité de cette approche et renforce les arguments réduisant la stigmatisation. Des exemples de rétablissement connus peuvent être mis en avant ainsi que des témoignages approfondis. L'important est de créer un contact positif le plus concret possible.

8. Les exemples de rétablissement ou les témoignages doivent être effectués par une personne entraînée, et se centrer sur les meilleures pratiques connues lors du parcours de soin. Le ton général des témoignages doit être porteur d'espoir et inspirant ; les témoignages doivent être utiles à l'audience en partageant ce que les professionnels ont fait de bien et aussi ce qu'ils pourraient faire mieux. Les témoignages doivent fournir des informations sur les accomplissements récents, les points forts et les plans pour l'avenir. L'accent mis sur le rétablissement doit être articulé de manière à ce que les témoignages démontrent que le rétablissement est à la fois réel et solide (par exemple, en démontrant la "réussite" des personnes ayant vécu une maladie mentale) et communiquent le message que les professionnels jouent un rôle important dans le rétablissement.
9. Les croyances catégorielles sont associées à davantage de stigmatisation, il est pertinent de les déconstruire. Les croyances en un continuum sont un outil intéressant pour défaire ces idées catégorielles et ainsi réduire contre les croyances stigmatisantes.
10. Plus il est perçu de similitudes entre l'accompagnant et l'accompagné et moins il est rapporté de stigmatisation. Il ne s'agit pas de juste considérer qu'il existe des similitudes mais de les rendre perceptibles aux yeux de la personne accompagnée.
11. Les professionnels croyant leurs actions utiles aux personnes accompagnées rapportent moins de stigmatisation. Garantir un bon sentiment d'utilité aux professionnels participant à une intervention anti-stigma peut participer à réduire la stigmatisation.

#### **Point de vigilances sur les facteurs de stigmatisation dans les pratiques en santé mentale**

12. Il est risqué d'utiliser des arguments biologiques pour réduire la stigmatisation des professionnels puisque leurs effets peuvent être contre-productifs. Face aux remarques et questionnements autour des croyances biologiques, les réponses orientées vers des conceptions multicausales – bio-psycho-environnementales – amèneraient à des représentations moins stigmatisantes.
13. Une intervention anti-stigma doit prêter attention à ne pas stigmatiser ces participants.

#### **v. Développement et évaluation de l'intervention pilote**

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

Cette intervention pilote s'adresse à tous professionnels de santé mentale qui travaillent auprès de personnes qui ont reçu un diagnostic de schizophrénie. Elle a pour **objectif global** de réduire la stigmatisation de la schizophrénie dans les pratiques en santé mentale (*i.e.* **stéréotypes, préjugés** et comportements **discriminants**). L'intervention établit également un autre objectif pour les soignants participants : la production d'un projet co-construit avec les usagers et familles<sup>8</sup>. La production de ce projet a pour but de réunir le soignant participant avec des usagers et des familles dans les meilleures conditions de contact : symétrie dans la relation, objectifs communs, coopération productive et soutien de l'institution. La forme du projet à réaliser est décidée par le participant. Il doit seulement être faisable dans le temps imparti et doit s'inspirer au mieux du contenu de l'intervention. Par exemple, le projet peut être la création d'une conférence, d'un outil clinique orienté-rétablissement, d'une enquête, d'un prospectus de sensibilisation etc.

L'intervention pilote **STIGMApro** s'organise autour de 5 à 6 ateliers qui visent les différentes cibles et solutions identifiées dans le programme de recherche (sentiment d'utilité professionnelle, approche du rétablissement, approche du continuum et similitudes perçues – dévoilement de soi). Les ateliers sont animés par deux facilitateurs issus de l'équipe de recherche de **STIGMApro**. Leur mission est de faciliter la compréhension des concepts abordés durant la formation et les échanges entre les différents participants.

Dans une logique de co-construction, la viabilité de l'intervention pilote (*i.e.* la manière dont elle peut réussir dans le monde réel – Chen, 2010) a été étudiée auprès des différents acteurs concernés par la problématique (*i.e.* professionnels, usagers et familles). Le développement d'une intervention anti-stigma nécessite en premier lieu une étude de sa faisabilité ou autrement dit, de sa viabilité. L'évaluation de la viabilité d'une intervention repose sur la prise en compte de la connaissance, de l'expertise et des préoccupations des décisionnaires, praticiens, usagers, etc. : l'intervention est-elle accessible, faisable, utile, évaluable, acceptable, transférable ? (Chen, 2010). Le but étant de s'assurer que l'intervention peut être implémentée dans une structure de santé mentale et qu'elle est perçue comme pertinente et utile par les différentes parties prenantes, avant de tester son efficacité dans un deuxième temps. L'étude de viabilité constitue une phase préparatoire à l'étude de l'efficacité. Elle permet d'éviter la création d'interventions trop éloignées du terrain qui, bien qu'efficaces, sont difficiles à intégrer dans la pratique (Chen, 2010). Cette précaution apparaît particulièrement pertinente dans le domaine de la déstigmatisation. En effet, déstigmatiser les pratiques en santé mentale est nécessaire mais complexe, occasionnant de nombreuses résistances au niveau des professionnels comme des institutions de santé mentale dans lesquelles l'intervention pourrait être déployée. Dans un contexte si complexe, Chen (2010) préconise d'investiguer en priorité la viabilité de l'intervention.

L'intervention a ainsi été réalisée au CH de Jonzac (partenaire de recherche). Les participants ont répondu à différents questionnaires investiguant les différentes dimensions de la viabilité (*i.e.* accessibilité, faisabilité, utilité, évaluabilité et acceptabilité). L'intervention a également été présentée à 6 usagers et 14 professionnels de santé mentale (différents de ceux participant à la formation). Dans le cadre de focus groups, ces derniers devaient répondre à des questions afin de donner leur avis d'expert quant aux différentes dimensions de viabilité de l'intervention.

---

<sup>8</sup> Les informations concernant le contenu et les objectifs de l'intervention sont confidentielles et ne pourront pas faire l'objet d'une divulgation par l'IReSP.

Les résultats de cette étude de viabilité sont en cours de rédaction. Néanmoins, vous trouverez ci-dessous **quelques éléments préliminaires ne pouvant être diffusés actuellement.**

Tableau 4. Données socio-démographiques des participants à l'intervention pilote

	Participants (N=13)
Homme	30.77%(4)
Âge	40.38(15.19)
Professionnels de santé mentale	69.23%(9)
Usagers	23.08%(3)
Famille	7.69%(1)
Type de profession des professionnels de santé mentale	Ergothérapeute 22.22%(2)
	Psychologue 22.22%(2)
	IDE 44.44%(4)
	Enseignant APA 11.11%(1)
Type de diagnostic des usagers	Schizophrénie 66.67%(2)
	Trouble anxiо-dépressif 33.33%(1)
Lien de parenté de la famille	Mère 100%(1)

Les participants de l'intervention pilote étaient 9 professionnels de santé mentale, 3 usagers des services de santé mentale et 1 membre de famille. La moyenne d'âge des participants était de 40.38 ans ( $\sigma = 15.19$ ). Le groupe était composé de 30.77% d'hommes.

Les professionnels de santé mentale avaient une moyenne d'âge de 34.44 ans ( $\sigma = 12.79$ ) et étaient minoritairement des hommes (33.33%). La majorité d'entre eux étaient Infirmier(e)s Diplômé(e)s d'Etat (44.44%). Le groupe était également composé d'ergothérapeutes (22.22%), de psychologues (22.22%) et d'un(e) Enseignant(e) en Activité Physique Adaptée (11.11%).

Les usagers des services de santé mentale avaient une moyenne d'âge de 50.00 ans ( $\sigma = 11.36$ ). Ils étaient 33.33% d'hommes. La majorité d'entre eux ont rapporté avoir reçu un diagnostic de Schizophrénie (66.67%) et l'un a rapporté avoir reçu un diagnostic de Trouble anxiо-dépressif (33.33%).

Enfin, le membre de famille était une femme de 65 ans et a rapporté être la mère d'une personne usagère des services de santé mentale.

Les résultats semblent montrer que l'intervention **STIGMApro** est accessible. En effet, 100% des membres des focus groups ont jugé le recrutement des participants faisable voire totalement faisable. 78% d'entre eux ont jugé l'assiduité totale des participants (0 absence) faisable, voire totalement faisable. Finalement, 100% des participants aux ateliers se sont investis, voire très investis dans les ateliers. Sur les 13 participants, 2 professionnels et 1 proche fut absent au moins une fois sur les 5 ateliers de l'intervention.

L'intervention apparait également faisable. 83% des membres des focus groups et 92% des participants aux ateliers jugent l'intervention faisable voire totalement faisable dans diverses structures de santé mentale.

Les membres des focus groups ainsi que les participants aux ateliers ont perçu l'intervention utile. En effet, 100% des membres des focus groups et 92% des participants aux ateliers jugent l'intervention **utile, voire très utile, pour réduire les croyances stéréotypées**

**sur la schizophrénie.** 89% des membres des focus groups et 75% des participants aux ateliers jugent l'intervention **utile, voire très utile, pour réduire les émotions négatives sur la schizophrénie.** 94% des membres des focus groups et 92% des participants aux ateliers jugent l'intervention **utile, voire très utile, pour réduire les comportements discriminants sur la schizophrénie.** 100% des membres des focus groups et des participants aux ateliers jugent l'intervention **utile, voire très utile pour améliorer l'accompagnement des personnes qui ont reçu un diagnostic de schizophrénie.** De plus, 94% des membres des focus groups et 100% des participants aux ateliers jugent l'intervention **utile, voire très utile, pour améliorer l'accompagnement de tous les usagers.** Globalement, 3 mois après l'intervention, les participants aux ateliers perçoivent toujours son utilité (selon les mêmes critères, ils sont entre 90 et 100% à la juger comme utile voire très utile).

Cette intervention apparaît également acceptable. En effet, 3 mois après les ateliers, 60% des participants déclarent ne pas avoir été gênés ou dérangés par des éléments de l'intervention ; 100% conseilleraient cette intervention à des collègues ou professionnels de santé mentale ; 90% rapportent que les pratiques suggérés dans l'intervention ne vont pas à l'encontre de leur valeur professionnelles/personnelles et 62.5% rapportent que ces dernières ne vont pas à l'encontre des valeurs de l'institution ou des services dans lesquels ils travaillent.

Les participants aux ateliers rapportent être satisfaits de la collaboration entre les professionnels, usagers et les proches au sein des ateliers. Ils rapportent également être satisfaits du projet co-construit.

Enfin, l'intervention est évaluée bien que certaines mesures ont montré des limites (e.g. les mesures de la stigmatisation).

Suite à cette étude, les modifications apportées à l'intervention sont essentiellement sur les mesures réalisées pour juger de son efficacité. Les mesures de similitudes perçues, de croyances catégorielles, de croyances en continuum et de croyance dans le dévoilement de soi ont montré une bonne évaluabilité et sont conservées. Les mesures autour du rétablissement (croyances et pratiques) ont montré des limites liées à l'orientation rétablissement préalable des participants. Elles sont donc conservées et une attention particulière sera portée au recrutement des futurs participants afin d'éviter un tel biais. Enfin, les mesures de la stigmatisation sont remplacées par des mesures plus sensibles disponibles dans l'étude sur les stéréotypes d'incompétence (Valery et al., soumis). Suite aux retours des participants aux ateliers et des membres des focus groups, des modifications mineures ont également été apportées au format et au contenu de l'intervention. Ces éléments feront prochainement l'objet d'un article scientifique.

La version finale de l'intervention a ainsi pu être co-construite. Il s'agit de la formation **STIGMApro**. Sa validation fait actuellement l'objet d'un essai randomisé contrôlé multicentrique.

### A retenir

Le programme de recherche **STIGMApro** visant à déstigmatiser les pratiques professionnelles dans le handicap psychique est un programme reposant sur une pratique basée sur les preuves scientifiques et sur une méthode participative où des chercheurs et acteurs de la société (*i.e.* professionnels, usagers et familles) co-construisent ensemble toutes les phases de la recherche (Charte française des sciences participatives, 2017). Son objectif

était de développer et évaluer une intervention pilote visant à réduire la stigmatisation de la schizophrénie dans les pratiques en santé mentale.

Ce programme a permis de développer les connaissances concernant la stigmatisation dans les pratiques en santé mentale afin d'identifier des cibles d'intervention pour une intervention anti-stigma (cf. figure 12 ci-dessous).

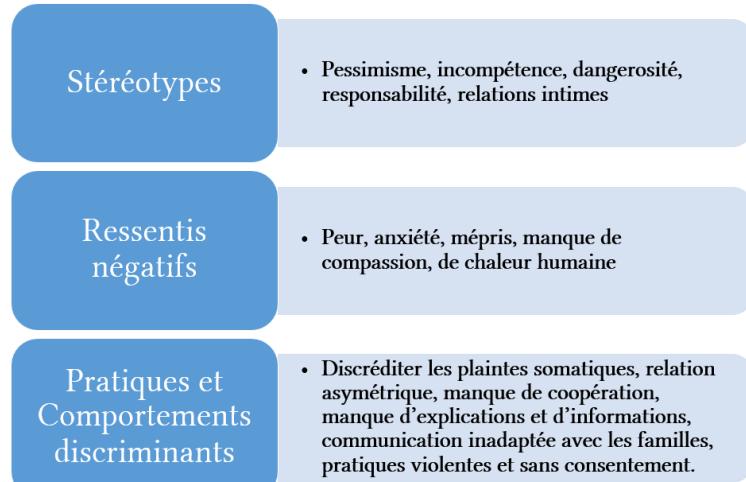


Figure 12. Cibles d'intervention pour une intervention visant à destigmatiser les pratiques en santé mentale selon Valery (2021).

Il a également permis d'identifier différentes pistes de solution pour résister au stigma et déstigmatiser les pratiques (cf. figure 13 ci-dessous).

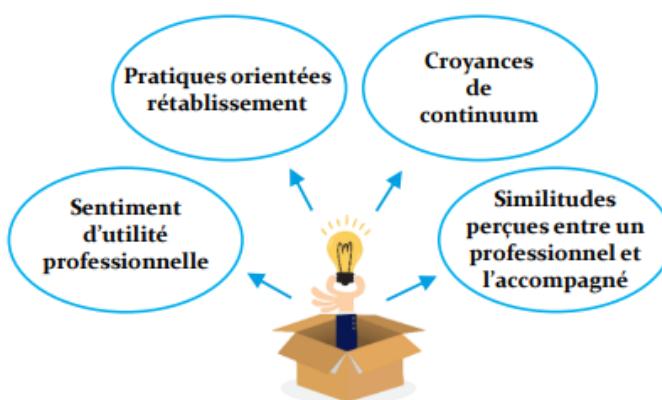


Figure 13. Solutions identifiées dans le programme de recherche pour réduire la stigmatisation dans les pratiques en santé mentale.

L'ensemble de ces résultats a permis de co-développer et évaluer par des professionnels, usagers et familles de santé mentale une intervention pilote visant à réduire la stigmatisation dans les pratiques en santé mentale. Cette intervention a été remaniée pour correspondre aux principes de réalités évoqués par ces différents acteurs. Sa version finale, la formation **STIGMApro**, a été co-construite et est en cours de validation.

## 5. Difficultés rencontrées et solutions mises en œuvre

Un certain nombre de difficultés ont été rencontrées au cours du projet. Pour chacune d'entre elles, diverses solutions ont été mises en place.

Le programme de recherche **STIGMApro** a été mené durant la pandémie de covid-19. Ce contexte sanitaire a créé différentes difficultés auxquelles il a fallu s'adapter. Premièrement, le recrutement des participants pour les différentes études réalisées dans le programme ne pouvait se faire en face à face. Afin de pallier à cette difficulté, les différentes enquêtes auprès des professionnels, usagers et familles ont été menées en ligne via questionnaire. Cette solution a permis de faciliter le recrutement d'un large panel de personnes. Néanmoins, recruter des participants sur internet peut s'avérer difficile. L'accroche des potentiels participants doit être soignée et il est nécessaire de bien cibler et de multiplier les canaux de diffusion/recrutement. Pour maximiser le nombre de participant dans chaque étude, il a ainsi été décidé de réaliser un recrutement sur différents réseaux (e.g. facebook, linkedin) en ciblant précisément les personnes potentiellement éligibles. Par exemple, pour l'étude portant sur les usagers et familles, différentes associations ou groupes sur les réseaux d'usagers ont été contactés pour diffuser l'enquête. De plus, les partenaires du programme de recherche ont été sollicités pour diffuser l'étude (e.g. l'UNAFAM pour recruter les familles). Deuxièmement, certaines études ont été largement contraintes au niveau de leur design et modalités de passation. Par exemple, l'étude randomisée contrôlée visant à étudier de manière expérimentale l'efficacité des solutions anti-stigma identifiée dans le programme, devait être réalisée en face à face. En effet, l'objectif premier était de manipuler ces solutions dans une intervention en présentiel. Le contexte sanitaire ne l'a pas permis. En accord avec le Comité Scientifique de **STIGMApro**, cette étude a été adaptée afin d'être réalisée en ligne. Ainsi, les différentes solutions anti-stigma ont été opérationnalisées via des vidéos de 3 minutes en lignes et non en une intervention en présentiel. De plus, les participants ont dû répondre à un questionnaire en ligne. Ces solutions ont permis de réaliser l'étude mais constituent des limites qui ne permettent pas de conclure sur l'efficacité réelle de ces leviers pour réduire la stigmatisation.

Au cours du programme **STIGMApro**, un doctorant a été recruté afin de participer au projet : Mr Fournier Thomas. Sa thèse devait notamment porter sur le développement et la validation d'une mesure implicite de la stigmatisation de soi. Suite à 8 mois de participation au projet, Mr Fournier Thomas a souhaité interrompre son doctorat pour convenance personnelle, et a pris un poste de neuropsychologue clinicien dans le secteur hospitalier. Cet événement a retardé le développement et la validation de la mesure implicite. Néanmoins, afin d'assurer la continuité du projet jusqu'au rapport final, une ingénierie d'étude psychologue (même niveau de qualification qu'un doctorant) a été recruté : Mme Guionnet Sarah. De plus, des étudiants en Master de Neuropsychologie Clinique ont continué à travailler sur le développement d'une mesure implicite de la stigmatisation. Cette dernière est actuellement en cours de validation. Le recrutement de cette ingénierie d'étude psychologue et la participation d'étudiants de Master a permis d'assurer la bonne poursuite du projet et de solidifier la communication du projet notamment auprès du grand public et des acteurs de terrain (usagers, familles, professionnels, associations). De nombreux livrables ont ainsi été constitués sans être prévus initialement dans le projet.

L'étude de viabilité de l'intervention pilote visant à réduire la stigmatisation de la schizophrénie dans les pratiques en santé mentale a également rencontré des difficultés. En effet, après avoir développé l'intervention et constitué l'ensemble du protocole de viabilité en collaboration avec le Comité Scientifique de **STIGMApro**, l'étude a été déposée au Comité de Protection des personnes pour avis en Octobre 2021 et aux services internes de l'Université de Bordeaux responsables de la conformité au Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD). Toutefois, les démarches éthiques et réglementaires liées au projet se sont avérées longues et chronophages. Le manque d'accompagnement ainsi que les délais imprévisibles et conséquents de ces démarches ont retardé le lancement de l'étude. Pour pallier à ces difficultés, le recrutement de l'ingénierie d'étude, Mme Guionnet Sarah, a permis à l'équipe de recherche **STIGMApro** de se former et de développer une expertise face à ces démarches. Il a alors été possible d'être plus réactif et efficace face à la constitution et à la gestion de ces démarches éthiques et réglementaires. Le retard initial a ainsi été fortement limité.

Cette étude de viabilité est une recherche interventionnelle réalisée en face à face. Une nouvelle fois, le contexte sanitaire lié à la pandémie de covid-19 s'est révélé être un véritable challenge pour mener à bien cette étude. L'organisation de ce protocole a ainsi été revu, repoussé et adapté au contexte sanitaire ainsi qu'au contexte de l'hôpital dans lequel l'intervention devait être déployée. Finalement, bien que le lancement de l'étude ait été retardé, l'intervention a pu être mise en place au sein du CH de Jonzac (un partenaire du projet). La rédaction des résultats et d'un article est actuellement en cours en collaboration avec l'ISPED, un autre partenaire du projet.

## 6. Interactions entre les équipes et efforts en matière d'interdisciplinarité

**STIGMApro** est un programme qui repose sur des recherches participatives et sur une approche « evidence-based practice » qui exige la prise en compte de l'expertise des chercheurs, des professionnels et le respect des valeurs et préférences des usagers. Des chercheurs et acteurs de la société ont donc participé conjointement à toutes les phases de la recherche (Charte française de sciences et recherches participatives, 2017). Ainsi, les différentes études réalisées sont co-construites avec l'ensemble des acteurs concernés par la problématique et susceptibles d'être impliqués dans la valorisation des résultats. La collaboration avec les personnes concernées (usagers, familles, professionnels, décideurs politiques, associations) est au cœur de l'ensemble du processus de recherche. Les interactions entre les équipes constituent donc un aspect fondamental dans **STIGMApro**.

Afin de faciliter et favoriser les interactions entre les équipes ainsi que la dimension participative du programme, un Comité Scientifique a été créé. Ce comité réunit des enseignants-chercheurs, des professionnels de santé mentale, des représentants des usagers et de leurs familles (Clubhouse de Bordeaux, UNAFAM), des acteurs de la lutte contre la stigmatisation (Centre Collaborateur de l'OMS, Psycom) et des représentants de l'ARS Nouvelle Aquitaine. L'ensemble de ces acteurs ont été conviés dans le Comité Scientifique de par leur expertise professionnelle et expérientielle de la thématique abordée mais également de par les différentes disciplines dont ils sont spécialistes. En effet, tout au long du projet, une attention particulière a été portée en matière d'interdisciplinarité. Des chercheurs de disciplines variées ont été invités dans ce comité : des chercheurs en neuropsychologie, en psychologie clinique, sociale et du travail ainsi qu'en santé publique et en économie. Différents professionnels ont également rejoint le Comité : des psychologues, psychiatre, ergothérapeute, médiatrice de santé-pair, cadre infirmier, directeur de centre hospitalier.

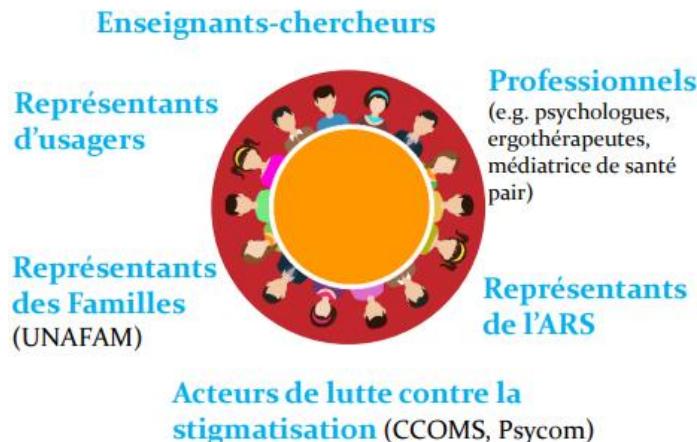


Figure 14. Acteurs membres du Comité Scientifique de STIGMA<sub>pro</sub>

Concrètement, différentes réunions ont été et sont toujours organisées tout au long du processus de recherche entre les équipes de recherche impliquées dans le projet et le Comité Scientifique. Leur but est de recueillir l'expertise professionnelle et expérimentelle des personnes afin de prendre des décisions concernant les différentes études menées dans le cadre du programme. Plus qu'un rôle consultatif, il est donné un rôle décisionnel à ce comité scientifique. En effet, le comité ordonne les axes de recherche selon leur priorité, prend part à la construction des enquêtes et expérimentations, et de l'intervention finale. Il facilite la diffusion des recherches et de leurs résultats et se porte également garant de l'intégrité scientifique, déontologique et éthique des recherches mises en œuvre.

STIGMA<sub>pro</sub> s'est aussi engagé dans un partenariat avec le Clubhouse de Bordeaux, une association réunissant des personnes qui ont connu un parcours de soin en santé mentale. Les membres de cette association, volontaires pour collaborer avec le programme, mettent leur savoir expérimentel au service des travaux de recherche. Dans une perspective de recherche participative, les différentes enquêtes ont été co-construites avec des personnes concernées. Des sujets tels que la construction des items des enquêtes ou encore l'interprétation des résultats animent des rencontres bimensuelles depuis la phase 1 de STIGMA<sub>pro</sub>. Concrètement, divers ateliers comprenant différents focus groups sont réalisés au sein de la structure pour les besoins du projet qui nécessite le recueil de l'avis et de l'expertise des usagers (*i.e.* des personnes ayant connu un parcours de soin en santé mentale).

Les efforts en matière d'interdisciplinarité ne se cantonnent pas uniquement à la création d'un Comité Scientifique représentée par des experts de disciplines différentes. En effet, STIGMA<sub>pro</sub> repose sur des enquêtes en ligne ou des expérimentations faisant appel à diverses méthodes, s'appuyant sur la littérature internationale et l'apport de différentes disciplines (e.g. psychiatrie et psychologie sociale) soulignant une nouvelle fois l'aspect pluridisciplinaire du projet.

En conclusion, le programme STIGMA<sub>pro</sub> s'est attaché à faciliter et favoriser les interactions entre les équipes impliquées dans le projet par la constitution d'un Comité Scientifique et la réalisation d'ateliers de recherche participative au sein du Clubhouse de Bordeaux. Cette organisation originale a été réalisée dans une volonté de placer les personnes concernées au cœur des solutions et de favoriser l'interdisciplinarité du projet avec des personnes de disciplines, compétences et expériences diverses. Cette dimension participative a eu de réels bénéfices puisqu'elle a permis de réunir différents acteurs du terrain pour co-construire ensemble des solutions utiles et pertinentes. Elle a également eu des bénéfices pour les professionnels, notamment en termes de formation continue et aux institutions en termes

de valorisation de la collaboration avec des chercheurs auprès des agences régionales de santé.

Constituer des équipes et veiller à la bonne interaction apparaît donc essentiel dans un programme de recherche. **STIGMApro** a montré que co-produire pour résister à la stigmatisation en santé mentale est possible. Les clés de la réussite sont multiples : identifier des besoins de terrain, construire une problématique commune, faire émerger un vocabulaire commun, se comprendre, se respecter, reconnaître l'expertise de chacun, s'adapter à chacun, coordonner les différents temps d'échange pour qu'ils soient réguliers et laissent la parole à chacun. La co-production en recherche est pertinente. Selon l'expérience du programme **STIGMApro** elle permet d'augmenter la diffusion large des informations issues de la recherche ; d'améliorer l'utilité, la faisabilité et la diffusion des solutions développées ; de développer des actions adaptées aux besoins du terrain et perçues comme utiles par les différentes parties prenantes (professionnels, usagers et familles) et de favoriser l'implantation de ces actions.

## 7. Justification des écarts par rapport aux prévisions initiales (éventuellement)

Pour rappel, le programme de recherche comporte 2 phases successives : une phase de recherche fondamentale et une phase de recherche appliquée.

La phase 1 est une phase de recherche fondamentale, visant l'obtention d'informations sur 3 thèmes, constituant chacun un objectif.

Objectif 1 : les spécificités du stéréotype chez les professionnels et chez les usagers,

Objectif 2 : les situations de stigmatisation vécues auprès des professionnels,

Objectif 3 : les processus de stigmatisation et de résistance à la stigmatisation de la schizophrénie chez les professionnels et les usagers.

L'ensemble de ces objectifs a été atteint. Il existe peu de décalages par rapport à ce qui était initialement prévu dans le projet. Les écarts portent sur le type d'étude réalisée pour répondre à l'objectif 1, l'étude de la spécificité du stéréotype chez les usagers et l'utilisation de mesures implicites au cours de cette première phase de recherche fondamentale.

Afin d'obtenir les informations nécessaires pour mener à bien le premier objectif de cette phase 1, il était prévu initialement de réaliser des enquêtes en ligne. Une enquête en ligne auprès des professionnels de santé mentale a bien été réalisée. Néanmoins, avant cette enquête, il a été décidé de réaliser une revue systématique de la littérature internationale concernant la stigmatisation de la schizophrénie chez les professionnels de santé mentale et les facteurs associés. En effet, il était important de faire un état des lieux des connaissances sur la thématique avant de réaliser une enquête sur le sujet. Cette revue a ainsi permis de dégager les spécificités de la stigmatisation de la schizophrénie chez les professionnels de santé mentale et d'identifier des facteurs associés à cette stigmatisation. Les enquêtes suivantes se sont ainsi basées sur ces connaissances pour les approfondir et les vérifier dans un contexte culturel français.

Il était également prévu d'étudier la spécificité du stéréotype chez les usagers. Cette investigation devait se faire par le biais de mesures explicites dans un premier temps et la pertinence du questionnaire devait être comparée aux outils existants dans la littérature pour mesurer l'auto-stigmatisation ou stigmatisation internalisée, le plus fréquemment mesurée par des questionnaires d'auto-évaluation. De plus, l'utilisation de questionnaires faisant l'objet de limites inhérentes à toute mesure explicite, des mesures implicites de la stigmatisation

devaient être développées. Des études préliminaires ont ainsi été conduites en 2018-2019 pour générer le matériel nécessaire à la construction d'un Implicit Association Test, qui pouvait être adapté aux professionnels d'une part, et aux usagers d'autre part.

Ce travail devait être réalisé par un doctorant recruté au cours de l'appel à recherches 2019 « Handicap et Perte d'autonomie » - session 10 de l'IReSP : Mr Fournier Thomas. Suite à 8 mois de participation au projet, Mr Fournier Thomas a souhaité interrompre son doctorat et a pris un poste de neuropsychologue clinicien dans le secteur hospitalier. Durant ces 8 mois, l'IAT a été adapté aux usagers, et une première version de la mesure implicite de la stigmatisation de soi (SA-IAT) a été développée. Cette mesure est en cours de validation. Néanmoins, le reste du travail envisagé n'a pas pu être mené suite au départ de Mr Fournier, ce travail constituant un travail de thèse. Cependant, des études plus approfondies qu'initialement prévu ont été conduites pour répondre aux objectifs n°1 et n°3.

La phase 2 de recherche appliquée avait pour objectif le développement d'une intervention pilote visant la déstigmatisation des pratiques professionnelles en santé mentale dans une perspective d'évidence-based practice. Il s'agissait également de réaliser une étude préliminaire de la faisabilité, de la pertinence et de l'efficacité de l'intervention pilote. Cet objectif est atteint puisqu'une intervention pilote a été co-construite avec les différents acteurs du champ du handicap psychique (*i.e.* professionnels, usagers et familles). Grâce à la collaboration avec les chercheurs en santé publiques de l'ISPED (Charlotte Decroix et Linda Cambon), une étude de viabilité a été menée afin d'apporter les éléments nécessaires sur la faisabilité et la pertinence de l'intervention. Bien que cette étude puisse apporter des premiers éléments de réponses concernant l'efficacité de l'intervention, son objectif premier ne se portait pas sur cette efficacité. En effet, le développement d'une intervention anti-stigma nécessite en premier lieu une étude de sa faisabilité ou autrement dit, de sa viabilité. L'évaluation de la viabilité d'une intervention repose sur la prise en compte de la connaissance, de l'expertise et des préoccupations des décisionnaires, praticiens, usagers, etc. : l'intervention est-elle accessible, faisable, utile, évaluabile, acceptable, transférable ? (Chen, 2010). Le but étant de s'assurer que l'intervention peut être implémentée dans une structure de santé mentale et qu'elle est perçue comme pertinente et utile par les différentes parties prenantes, avant de tester son efficacité dans un deuxième temps. L'étude de viabilité constitue une phase préparatoire à l'étude de l'efficacité. Elle permet d'éviter la création d'interventions trop éloignées du terrain qui, bien qu'efficaces, sont difficiles à intégrer dans la pratique, et répondent peu aux besoins du terrain (Chen, 2010). Cette précaution apparaît particulièrement pertinente dans le domaine de la dé-stigmatisation. En effet, déstigmatiser les pratiques en santé mentale est nécessaire mais complexe, occasionnant de nombreuses résistances au niveau des professionnels comme des institutions de santé mentale dans lesquelles l'intervention pourrait être déployée. Dans un contexte si complexe, Chen (2010) préconise d'investiguer en priorité la viabilité de l'intervention.

Dans ce cadre, l'évaluation de l'intervention pilote s'est notamment effectuée selon les critères de jugement suivants :

- Pour les professionnels : satisfaction quant à l'intervention, sentiment d'utilité professionnelle, stigmatisation de la schizophrénie, orientation des pratiques vers le rétablissement, suggestions d'amélioration, utilité perçue et faisabilité de l'intervention, etc.
- Pour les usagers et familles : satisfaction quant à l'intervention, utilité perçue de l'intervention, faisabilité de l'intervention, etc.

Un essai contrôlé randomisé multicentrique est actuellement en cours pour évaluer l'efficacité de l'intervention finale : la formation **STIGMApro**.

Enfin, le calendrier initialement prévu a légèrement été modifié. La Phase 1 de recherche fondamentale devait être réalisée entre Septembre 2019 et Décembre 2020. Finalement, cette première phase a duré de septembre 2019 à septembre 2021. La deuxième phase de recherche appliquée devait être réalisée entre janvier 2021 et septembre 2022. En réalité, elle s'est étalée de septembre 2021 à Mars 2023. La pandémie de covid-19 et les démarches éthiques et réglementaires associés au projet ont retardé les différentes études menées. Par exemple, la pandémie de covid-19 a nécessité d'adapter l'étude randomisée contrôlée visant à tester l'efficacité des solutions anti-stigma identifiées dans le programme. Cette étude devait, initialement, être réalisée en face à face avec une réelle intervention pour manipuler les différents leviers anti-stigma. La pandémie de covid-19 a rendu impossible la réalisation de cette expérimentation en face à face. L'étude a ainsi été adaptée et réalisée en ligne. De la même façon, le lancement de l'étude de la viabilité de l'intervention pilote a été retardé. L'intervention pilote devait être réalisée en face à face et ne pouvait être adaptée en ligne. La pandémie de covid-19 a rendu difficile l'organisation d'une telle intervention dans un centre hospitalier. De plus, les démarches éthiques et réglementaires associées à ce projet se sont avérées longues et ont également repoussé le début de l'étude.

## 8. Apports pour la recherche

Les apports pour la recherche en matière de production de connaissances scientifiques du programme **STIGMApro** sont nombreux. Les connaissances développées dans ce programme sont riches et innovantes.

La littérature internationale en matière de stigmatisation chez les professionnels n'était que peur fournie, en comparaison avec les données en population générale, et celle de l'auto-stigmatisation. Au niveau international, le programme de recherche **STIGMApro** a permis d'apporter des précisions quant à la stigmatisation de la schizophrénie chez les professionnels de santé mentale : quelle en est la spécificité ? Quelles sont les domaines de compétences stigmatisées dans la schizophrénie par les professionnels de santé mentale ? Quels sont les facteurs associés à la stigmatisation de la schizophrénie chez ces professionnels ? La revue systématique de la littérature internationale réalisée dans le projet est la première à être réalisée sur la stigmatisation de la schizophrénie chez les professionnels de santé mentale. **STIGMApro** a également fourni des données originales sur les représentations théoriques de la schizophrénie, et leurs conséquences sur la stigmatisation. Ainsi, il a été montré que ces croyances théoriques font partie des facteurs ayant le plus d'influence sur la stigmatisation de la schizophrénie chez les professionnels de santé mentale. Avoir des croyances en continuum (*i.e.* penser la schizophrénie comme l'expression plus intense et plus fréquente de comportements existants dans la population générale) est associé à moins de stigmatisation. L'étude des facteurs associés à la stigmatisation de la schizophrénie chez les professionnels de santé mentale constitue, elle aussi, une contribution originale à la littérature internationale.

Malgré l'importance sociétale de la problématique, et les recommandations (inter)nationales concernant le développement de la recherche en psychiatrie et d'actions visant à lutter contre la stigmatisation, à notre connaissance, aucune étude scientifique approfondie n'avait été conduite et publiée chez les professionnels de santé mentale en France. Le programme de

recherche **STIGMApro** a donc développé des connaissances scientifiques inédites concernant la stigmatisation de la schizophrénie chez les professionnels français. Il a notamment permis d'identifier différents facteurs pouvant être associés à cette stigmatisation. Ainsi, **STIGMApro** a contribué à l'émergence de différentes potentielles solutions réduisant la stigmatisation de la schizophrénie dans les pratiques en santé mentale en France. De plus, peu d'études, même au niveau international, ciblaient précisément les comportements de discrimination chez les professionnels de santé mentale. **STIGMApro** a permis l'identification de 15 situations concrètes de stigmatisation dans les soins en santé mentale. Ces 15 situations font, pour la plupart, références à des pratiques professionnelles stigmatisantes ou autrement nommées, des comportements de discrimination chez les professionnels de santé mentale.

Finalement, **STIGMApro** a permis de développer des connaissances pour créer une intervention visant à déstigmatiser les pratiques professionnelles en santé mentale en France. En effet, l'ensemble de ces connaissances a permis d'identifier des cibles précises pour un programme anti-stigma (*i.e.* stéréotypes, ressentis négatifs, pratiques et comportements discriminants des professionnels de santé mentale – cf. figure 12 p 58) mais également de potentielles solutions anti-stigma.

Sur la base de toutes les connaissances scientifiques développées dans le programme, **STIGMApro** a ainsi co-construit, avec les acteurs concernés par la problématique (*i.e.* professionnels, usagers et familles), une intervention visant à déstigmatiser les pratiques en santé mentale. Jusqu'à présent, les récents programmes d'action développés dans les pays anglo-saxons ne pouvaient être appliqués tels quels dans le contexte français, étant donné l'influence de la culture sur les processus de stigmatisation, et les particularités de l'évolution structurelle de la psychiatrie française. **STIGMApro** a donc permis de développer des connaissances pour créer des actions adaptées au contexte culturel français.

L'intervention pilote co-construite a fait l'objet d'une étude de viabilité permettant d'apporter des connaissances scientifiques sur la faisabilité, l'utilité, l'acceptabilité, l'accessibilité et l'évaluabilité de cette intervention. Ces connaissances sont cruciales puisque selon Chen (2010), elles permettent de créer des interventions adaptées au terrain et non pas des interventions qui pourraient être efficaces mais qui ne pourraient être déployées dans la pratique puisque trop éloignées de la réalité du terrain. Cette méthode de travail assure donc le développement d'une intervention adaptée à la psychiatrie française. Suite à cette étude, l'intervention pilote a été remaniée selon les suggestions faites par les différents acteurs interrogés (*i.e.* professionnels, usagers et familles). L'intervention finale n'est autre qu'une formation proposée aux professionnels de santé mentale français. La validation de cette intervention, la formation **STIGMApro**, fait actuellement l'objet d'un essai randomisé contrôlé multicentrique. Ces connaissances en cours de développement constitueront un apport important pour la recherche scientifique en matière de lutte contre la stigmatisation.

En résumé, **STIGMApro** a de nombreux apports pour la recherche en matière de production de connaissances scientifiques. Il a permis d'approfondir les connaissances sur la stigmatisation dans les pratiques en santé mentale et de faire émerger des cibles et solutions pour réduire cette stigmatisation en contribuant à mieux appréhender la stigmatisation des maladies mentales chez les professionnels de santé mentale (quelle en est la spécificité ? quels sont les facteurs associés à cette stigmatisation ?, etc.), à identifier 15 situations concrètes de stigmatisation dans les soins en santé mentale en France, à identifier de potentielles solutions anti-stigma et à fournir des données françaises inédites sur la thématique. De plus, la stigmatisation étant un des freins à la transformation des pratiques

professionnelles vers des pratiques orientées rétablissement, les résultats de **STIGMApro** proposent des solutions concrètes pour débloquer et encourager cette transformation. Ce programme de recherche a donc permis de développer des connaissances utiles au développement des pratiques orientées vers le rétablissement.

## 9. Perspectives d'aide à la décision pour l'action publique

Les connaissances développées au sein du programme de recherche **STIGMApro** impliquent différentes perspectives d'aide à la décision pour l'action publique. Elles permettent d'établir des recommandations pour cibler la stigmatisation dans les pratiques en santé mentale et d'offrir des leviers concrets pour déstigmatiser ces pratiques. Ces résultats originaux ont des retombées à de multiples niveaux dans le champ de la santé mentale, et plus particulièrement du handicap psychique.

Toute action visant à réduire la stigmatisation dans les pratiques en santé mentale doit intervenir à 3 niveaux : défaire les croyances stigmatisantes (les stéréotypes), réduire les ressentis associés (les préjugés) et cibler les comportements et pratiques qui en découlent (les discriminations). Les connaissances développées dans le programme **STIGMApro** permettent aux politiques publiques de savoir précisément quels sont les stéréotypes, préjugés et discriminations à cibler dans les actions déployées pour réduire la stigmatisation dans les pratiques en santé mentale (cf. partie recommandations p 52). Par exemple, les résultats mettent en évidence qu'il existe 15 situations de stigmatisation dans les pratiques en santé mentale. Discréder les plaintes somatiques des usagers, avoir une relation asymétrique, le manque de coopération avec l'usager, le manque d'explications et d'informations sur les soins, une gestion inadaptée de la communication avec les familles, les pratiques violentes et sans consentement sont des pratiques et comportements discriminants. Ces connaissances développées au sein du programme permettent donc d'éclairer les politiques publiques. Il s'agit de développer des actions concrètes visant à diminuer ces pratiques dans le parcours de soin en santé mentale des usagers et familles.

Globalement, les résultats du programme **STIGMApro** mettent en avant que le modèle du rétablissement et les pratiques orientées rétablissement en psychiatrie favorisent des pratiques moins stigmatisantes et concourent à une meilleure participation sociale et autonomie des usagers. Communiquer sur le rétablissement en diffusant les connaissances scientifiques associées ou des exemples de rétablissement est porteur d'espoir et permet de réduire les croyances pessimistes des professionnels et autres croyances stigmatisantes. Les pratiques orientées rétablissement sont associées à moins de stigmatisation, elles offrent une alternative concrète aux pratiques potentiellement stigmatisantes. Ces résultats offrent des pistes d'actions concrètes. Ainsi, les actions publiques souhaitant réduire la stigmatisation dans les pratiques en santé mentale devraient communiquer sur le rétablissement et favoriser les pratiques orientées rétablissement.

Les résultats suggèrent également que pour diminuer la stigmatisation dans les pratiques en santé mentale il faut s'extraire des approches catégorielles matérialisées par l'utilisation de diagnostics et tendre vers une approche en continuum. De plus, il apparaît important de favoriser la perception de similitudes entre professionnels et personnes accompagnés. Un moyen éventuel d'opérationnaliser cette similitude perçue pourrait être les dévoilements de soi (i.e. « des déclarations du thérapeute qui révèle quelque chose de personnel sur lui-

même » – Hill & Knox, 2002, p. 255). Enfin, la santé au travail des soignants est un point crucial pour comprendre le phénomène de stigmatisation dans les pratiques en santé mentale. Les professionnels de santé rapportant le moins de sentiment d'utilité sont ceux qui rapportaient le plus de stigmatisation. Favoriser chez les professionnels de santé mentale le sentiment d'utilité professionnelle par la reconnexion du travail à des valeurs personnelles et professionnelles par exemple, pourrait améliorer la qualité de vie au travail des soignants mais également diminuer la stigmatisation dans les pratiques en santé mentale. Les connaissances produites permettent d'éclairer les politiques publiques sur les pratiques professionnelles à favoriser pour tendre vers un parcours de soin le moins stigmatisant possible et contribuer à l'amélioration de la participation sociale, de la qualité de vie et de l'autonomie des usagers.

Le projet a été défini pour obtenir des données sur la déstigmatisation des pratiques professionnelles en santé mentale. Les résultats obtenus ont permis de développer et proposer une intervention visant à réduire la stigmatisation dans ces pratiques en utilisant les connaissances et solutions anti-stigma développées dans le programme de recherche : la formation **STIGMApro**. Ces résultats sont applicables à la fois aux domaines sanitaire, médico-social et associatif, et concernent les pratiques de soin comme celles de l'accompagnement du handicap psychique. Il s'agit d'une formation directement opérationnalisable qui pourra être largement diffusée par les politiques publiques une fois validée. Cette formation pourra donc bénéficier directement aux différents acteurs du champ du handicap psychique se trouvant sur le terrain. Elle ouvre ainsi de réelles perspectives pour l'action publique. Les politiques publiques, si elles le souhaitent, pourront donc décider de participer à la diffusion de cette offre de formation pour réduire la stigmatisation dans les pratiques en santé mentale.

Former les professionnels (formation continue) ou futur professionnels (formation initiale) à la stigmatisation dans les pratiques peut avoir des bénéfices directs pour les familles et usagers. En effet, la stigmatisation est un frein à la participation sociale des personnes et a de nombreuses conséquences délétères sur les personnes en situation de handicap psychique ou leurs familles au niveau de l'emploi, des relations des soins en santé physique et mentale, de la symptomatologie et du bien-être mental (Shi et al., 2019 ; Sickel et al., 2014 ; Gerlinger et al., 2013). En outre, les personnes en situation de handicap psychique rapportent que cette « stigmatisation est pire que la maladie elle-même » (Thornicroft et al., 2022).

Enfin, réduire la stigmatisation dans les pratiques en santé mentale pourra également s'avérer bénéfique pour la psychiatrie française. Cette dernière étant en pleine mutation avec un changement de paradigme majeur vers des pratiques-orientées rétablissement. Les résultats de **STIGMApro** proposent des solutions concrètes pour débloquer et encourager la transformation des pratiques et lutter contre un des freins à cette transformation : la stigmatisation. Les politiques publiques pourront donc encourager des actions visant à réduire la stigmatisation dans les pratiques professionnels, telles que la formation **STIGMApro**, pour développer les pratiques orientées rétablissement.

## 10. Stratégie de valorisation scientifique et de diffusion des résultats

La diffusion et la communication des résultats s'articulent autour de différentes stratégies. La stratégie de valorisation scientifique repose sur : i) la publication d'articles scientifiques dans des revues à comité de lecture au niveau international et national ; ii) la publication de thèses en libre accès ; ii) la participation à des colloques et congrès d'associations impliquées dans le champ du handicap psychique (e.g. UNAFAM, FIRAH). D'autres stratégies ont été

mises en place afin de valoriser et diffuser les résultats auprès des différents acteurs du handicap psychique : i) la participation à des colloques ou congrès, ii) l'organisation d'une conférence tout public à l'Université de Bordeaux pour communiquer sur les travaux ; iii) la publication d'articles et communications dans des revues de vulgarisation, dans des revues professionnels et associatives, et auprès des institutions publiques (e.g. ARS) ; iv) la constitution de livrables destinés aux acteurs de terrain (e.g. livret sur le programme de recherche, plaquettes synthétiques des résultats), v) la publication d'un chapitre d'ouvrage ; vi) la création de pages internets dédiées au programme de recherche et vii) la création de témoignages pour la formation des étudiants et professionnels de santé mentale.

La stratégie de valorisation scientifique des résultats obtenus dans le programme de recherche repose notamment sur la rédaction et publication d'articles scientifiques dans des revues à comité de lecture au niveau international et national. Différentes thèses doctorales ont également été publiées et participent à la valorisation scientifique des résultats.

Au total, **5 articles scientifiques** ont été réalisés ou sont en cours. Une revue systématique de la littérature internationale a permis de recenser les connaissances sur la stigmatisation de la schizophrénie et les facteurs associés à celle-ci chez les professionnels de santé mentale (article publié : Valery & Prouteau, 2020). Une enquête française a contribué à identifier les compétences des personnes ayant reçu un diagnostic de schizophrénie qui sont stigmatisées par les professionnels de santé mentale ainsi que les facteurs associés à cette stigmatisation (article soumis : Valery et al., soumis). Une enquête française a permis d'identifier les facteurs associés à la stigmatisation de la schizophrénie chez les professionnels de santé mentale français (article publié : Valery, Violeau et al., 2022). Une enquête française auprès des usagers et familles des services de santé mentale a contribué à l'identification de 15 situations de stigmatisation vécues par les usagers ayant reçu un diagnostic de schizophrénie avec différents niveaux de fréquences, de stigmatisation et de souffrance. Elle a également permis d'identifier des facteurs associés à la stigmatisation vécue par les usagers (article publié : Valery, Fournier et al., 2023). Un article est en cours de rédaction concernant la méthode de co-construction de l'intervention visant à réduire la stigmatisation de la schizophrénie dans les pratiques en santé mentale (*i.e.* méthodes participatives, étude de viabilité de l'intervention). Enfin, l'ensemble des travaux scientifiques menés dans le cadre du projet portant sur la stigmatisation dans le handicap psychique a impliqué **3 thèses** : i) une sur les stéréotypes de la schizophrénie dans les évaluations en neuropsychologie clinique (Yvon, 2019) ; ii) une sur la stigmatisation de soi dans la schizophrénie (Violeau Beaugendre, 2020) et iii) une sur la réduction de la stigmatisation de la schizophrénie dans les pratiques en santé mentale (Valery, 2021).

De nombreuses communications orales à des colloques et congrès d'associations impliquées dans le champ du handicap psychique ont été réalisées. Ces communications étaient nationales ou internationales et visaient à valoriser les résultats sur le plan scientifique mais également à les diffuser à la communauté scientifique, aux différents acteurs de terrain (principalement chercheurs, professionnels, institutions publiques et associatives) et à un large public. La majorité de ces communications orales portaient sur la stigmatisation des troubles psychiques, la stigmatisation dans les pratiques en santé mentale et sa réduction. De plus, une conférence tout public nommée "Cap sur le rétablissement" a été organisée à l'Université de Bordeaux en 2020 et faisait intervenir, notamment, Luc Vigneault (auteurs, conférencier, pair-aidant et patient partenaire de recherche à l'Université Laval). Luc Vigneault est un auteur,

conférencier, pair-aidant et patient partenaire de recherche à l'Université Laval. Auteur de nombreux livres, il se bat contre la stigmatisation dans les pratiques en santé mentale et pour les pratiques orientées rétablissement. La conférence organisée à l'Université de Bordeaux fut l'opportunité de le faire témoigner sur ces thématiques. Il s'agissait également de communiquer plus avant sur les travaux en cours, les partenaires associés, ainsi que l'importance de la thématique pour tous les acteurs concernés (voir page Facebook du programme, rubrique « Évènements »). A cette occasion, de nombreux usagers de parcours de soins en psychiatrie ont pu s'exprimer sur leurs besoins de partenariats et de développements de recherche collaborative sur la thématique de la stigmatisation et du rétablissement.



Différentes communications écrites ont également été réalisées dans divers colloques et congrès national et international. Le but était une nouvelle fois de valoriser scientifiquement les résultats et de les diffuser auprès de la communauté scientifique. Au total, **5 posters** ont été présentés :

- **Valery, KM. et al (2022) Quand les soins de santé mentale sont stigmatisants : une étude participative sur la schizophrénie, Congrès français de psychiatrie-Lille, Poster**

Ce poster porte sur les résultats d'une enquête française auprès des usagers des services de santé mentale ayant reçu un diagnostic de trouble psychique sévère ( $N = 155$ ) et des familles de personnes ayant reçu un diagnostic de schizophrénie ( $N=80$ ). Il expose les différentes situations de stigmatisation existant dans le parcours de soin ainsi que leur classement selon les usagers ayant reçu un diagnostic de schizophrénie ( $N=59$ ) et les familles (quelles sont les situations les plus stigmatisantes ? Quelles sont les situations les plus fréquentes ?). Il met également en évidence les facteurs associés à la stigmatisation lors du parcours de soin. Par exemple, les pratiques orientées rétablissement et une bonne communication avec les familles de la part des professionnels de santé mentale sont associées à moins de stigmatisation.

- **Caiada, M., Valery, KM et al (2022) Stéréotypes des Relations Intimes des personnes ayant un diagnostic de schizophrénie, Congrès français de psychiatrie-Lille, Poster**

Ce poster porte sur les résultats d'une étude qui visait à : i) identifier les stéréotypes spécifiques aux relations intimes des personnes ayant reçu un diagnostic de schizophrénie, ii) comparer ces stéréotypes chez la population générale, les étudiants en santé et les professionnels de santé mentale, iii) identifier les facteurs associés aux stéréotypes. Il met en évidence qu'il existe des stéréotypes spécifiques aux relations intimes (e.g. les personnes ayant reçu un diagnostic de schizophrénie sont moins capables de mener des projets de couples, elles sont moins capables d'avoir des relations intimes de bonne qualité, elles ont moins besoin de relations intimes). Ces stéréotypes sont véhiculés par les professionnels de santé mentale et perçus par les personnes ayant reçu un diagnostic de trouble psychique. Cette stigmatisation pourrait être un facteur obstacle à l'accompagnement des personnes

(Valery et Prouteau, 2020) ainsi qu'à leur participation sociale (Cloutier et al., 2020 ; Sickel et al., 2014).

- **Valery, KM. et al (2022) When mental health care is stigmatizing: experience of users and families and associated factors, 30th European Congress of Psychiatry, Poster**

Ce poster porte sur les mêmes résultats que le poster "Valery, KM. et al (2022) Quand les soins de santé mentale sont stigmatisants : une étude participative sur la schizophrénie, Congrès français de psychiatrie-Lille, Poster" (cf. ci-dessus).

- **Valery, KM. et al (2022) Part of the solution yet part of the problem" Stigmatization in mental health professionals: characteristics and associated factors, 30th European Congress of Psychiatry, Poster**

Ce poster présente les résultats d'une enquête en France qui a été réalisée pour identifier les facteurs associés à la stigmatisation de la schizophrénie chez les professionnels de santé mentale (N = 357). Il en ressort que les facteurs les plus fortement associé à moins de stigmatisation chez les professionnels de santé mentale français sont : avoir des pratiques orientées rétablissement, se sentir utile dans son travail, percevoir des similitudes entre soi et les personnes qui souffrent d'une schizophrénie et avoir des croyances en continuum (i.e. penser la schizophrénie comme l'expression plus intense et plus fréquente de comportements existants dans la population générale).

- **Valery, KM., Prouteau, A., (2022) Schizophrenia stigma in mental health professionals and associated factors: A systematic review, 30th European Congress of Psychiatry, Poster**

Ce poster porte sur les résultats d'une revue de la littérature internationale sur la stigmatisation de la schizophrénie chez les professionnels de santé mentale (38 études retenues dans la revue représentant un total de 10926 professionnels). Il en ressort que la schizophrénie est une des maladies mentales les plus stigmatisées chez les professionnels de santé mentale. Les professionnels rapportent des croyances stigmatisantes de dangerosité, d'incompétence, de faible pronostic (pessimisme) et un désir de distance sociale envers les personnes souffrant d'une schizophrénie. Parmi les facteurs associés à la stigmatisation, il est mis en évidence que le fait d'avoir une vision uniquement biologique de la schizophrénie plutôt qu'une vision multi-causale (i.e. bio-psycho-sociale) est associé à plus de stigmatisation. Au contraire, différents facteurs sont associés à moins de stigmatisation : travailler dans des milieux ouverts et non des unités fermées ; percevoir des similitudes entre soi et les personnes qui souffrent d'une schizophrénie (i.e. similitudes perçues) ; se sentir utile dans son travail (i.e. sentiment d'utilité professionnelle).

Dans le but de favoriser la diffusion des résultats sur le territoire national et auprès des différents acteurs du champ du handicap psychique, un certain nombre d'articles de vulgarisation ou à destination des acteurs du terrain (i.e. professionnels, associations, institutions publiques) ont été publiés. Une revue de la littérature a été publiée par la FIRAH concernant la stigmatisation chez les professionnels de la santé mentale et les facteurs associés (Prouteau et Valery, 2021). 2 articles concernant la stigmatisation dans les pratiques

et notamment dans les pratiques des neuropsychologues ont été publiés dans les Cahiers de Neuropsychologie Clinique (Valery, Puyau, et al., 2022 ; Fournier et Prouteau, 2022). Enfin, un article discutant du potentiel stigmatisant des soignants est également sorti dans Santé Mentale (Valery, Prouteau et Destaillats, 2022).

Dans ce projet, différents livrables ont pu être constitués. Certains ont été spécifiquement développés pour les différents acteurs du terrain concernés par le handicap psychique et la stigmatisation dans les pratiques en santé mentale.

Un livret résumant la structure du programme, ses grands principes et ses résultats a été construit (Valery, Guionnet et Prouteau, 2023). Il présente également l'intervention **STIGMApro** co-construite avec les professionnels, usagers et familles des services de santé mentale et visant à lutter contre la stigmatisation dans les pratiques en santé mentale. Selon une approche de pratique basée sur les preuves, cette intervention repose sur les différentes solutions identifiées dans les recherches menées au sein du programme (e.g. sentiment d'utilité professionnelle, pratique orientée rétablissement). En plus d'être à destination de tout public intéressé par le sujet, ce livret est un véritable outil pour les professionnels de santé mentale en leur donnant des outils pour dé-stigmatiser leur pratique et des contacts utiles pour participer à l'intervention s'ils le souhaitent.

Différentes plaquettes ont également été développées. Elles visent à diffuser les résultats du programme à tout public :

- **Plaquette n°1 : Yvon, F. et Prouteau, A. (2019). Enquête sur les croyances autour de la schizophrénie en France. Document non publié. Université de Bordeaux.**

Cette plaquette présente les résultats d'une enquête française visant à explorer les croyances sur la schizophrénie dans différents groupes sociaux en France.

- **Plaquette n°2 : Fournier, T., Guionnet, S. et Prouteau, A. (2021). Les stéréotypes des différentes maladies mentales en France : enquête en population générale. Document non publié. Université de Bordeaux.**

Cette plaquette présente les résultats d'une enquête française portant sur la spécificité des stéréotypes de la schizophrénie, du trouble bipolaire et de la dépression ainsi que sur le contenu de celui de la schizophrénie.

- **Plaquette n°3 : Valery, K.M., Guionnet, S. et Prouteau, A. (2021). Stigmatisation de la schizophrénie chez les professionnels en santé mentale : revue de la littérature internationale. Document non publié. Université de Bordeaux.**

Cette plaquette porte sur les résultats d'une revue de la littérature internationale sur la stigmatisation de la schizophrénie chez les professionnels de santé mentale (e.g. contenu des stéréotypes, facteurs étant associés à moins de stigmatisation).

- **Plaquette n°4 : Valery, K.M., Guionnet, S. et Prouteau, A. (2021). Stigmatisation de la schizophrénie chez les professionnels en santé mentale : enquête en France. Document non publié. Université de Bordeaux.**

Cette plaquette présente les résultats d'une enquête en France dont l'objectif était d'identifier les facteurs associés à la stigmatisation de la schizophrénie chez les professionnels de santé mentale afin de dégager des pistes de solutions pour lutter contre la stigmatisation dans les pratiques.

- **Plaquette n°5 : Valery, K.M., Guionnet, S. et Prouteau, A. (2021). Stigmatisation de la schizophrénie lors du parcours de soin : une enquête chez les usagers et familles. Document non publié. Université de Bordeaux.**

Cette plaquette porte sur les résultats d'une enquête française auprès des usagers des services de santé mentale ayant reçu un diagnostic de trouble psychique sévère et des familles de personnes ayant reçu un diagnostic de schizophrénie. Elle expose les différentes situations de stigmatisation existant dans le parcours de soin ainsi que leur classement (quelles sont les situations les plus stigmatisantes ? quelles sont les situations les plus fréquentes ?). Elle met également en évidence les facteurs associés à la stigmatisation lors du parcours de soin.

- **Plaquette n°6 : Valery, K.M., Guionnet, S. et Prouteau, A. (2023). Co-produire les actions pour résister à la stigmatisation dans le handicap psychique. Document non publié. Université de Bordeaux.**

Cette plaquette présente les différentes méthodes participatives utilisées dans le programme de recherche afin de co-produire les actions pour résister à/réduire la stigmatisation dans les pratiques en santé mentale. Elle comporte également un retour d'expérience sur la pertinence de la co-production, sa faisabilité et ses conditions de réussite ou d'implantation.

Outre ce livret et ces plaquettes, un chapitre a été écrit concernant la stigmatisation dans les pratiques en santé mentale au sein du livre "Préjugés, discrimination et exclusion en santé mentale" co-écrit par Luc Vigneault, Tania Lecomte et collaborateurs en 2022 (Valery et Prouteau, 2022).

Pour favoriser la diffusion des résultats auprès du grand public, des usagers et de leur famille, ainsi que des professionnels, une page internet dédiée au programme STIGMA, incluant **STIGMApro**, a été créée sur le site du laboratoire de Psychologie, qui reprend un descriptif du projet et des partenaires impliqués (<https://labpsy.u-bordeaux.fr/Travaux-de-recherche/STIGMA>). Il est également possible d'y retrouver le livret et les plaquettes d'information sur les différentes études scientifiques menées dans ce projet qui ont été présentés ci-dessus. De plus, une page Facebook a été créée pour communiquer plus avant sur le projet, ses caractéristiques, ses actualités (<https://www.facebook.com/STIGMAPro>). Nous y avons régulièrement des commentaires de personnes en situation de handicap psychique nous encourageant à poursuivre le projet.

Enfin, des témoignages vidéos ont été réalisés avec des membres du Clubhouse de Bordeaux, volontaires. Les membres du Clubhouse de Bordeaux sont des personnes ayant connu ou connaissant un parcours de soin en santé mentale. Dans le cadre du programme de recherche **STIGMApro** un partenariat a été développé avec cette association et de nombreux ateliers de recherche participative ont été menés. Au cours de ces ateliers, les membres de l'association volontaires ont participé à la co-construction des différentes enquêtes réalisées

dans le programme : des sujets tels que les items des questionnaires (contenu et formation) ou encore l'interprétation des résultats ont fait l'objet de plusieurs focus groups. Les résultats de **STIGMApro** ont, notamment, mis en évidence que le sentiment d'utilité professionnelle est associée à moins de stigmatisation. Plus les professionnels de santé mentale se sentent utiles dans leur travail, moins ils rapportent de stigmatisation. Dans le cadre de ces résultats, des témoignages vidéos ont été constitués par des membres volontaires du Clubhouse. Dans ces vidéos, les personnes témoignent d'une pratique professionnelle qui leur a été utile dans leurs parcours de soin en santé mentale. Ces témoignages ne sont pas diffusables en libre accès. Certains témoins refusent toute diffusion et d'autres ont donné leur autorisation pour qu'ils soient diffusés dans des formations universitaires ou dans l'intervention **STIGMApro**, la formation à destination des professionnels de santé mentale.

A noter que les différents partenaires du projet et le Comité Scientifique de **STIGMApro** ont tous participé à la diffusion des résultats du programme.

## 11. Rapport sur chaque tâche initialement prévue ou décidée en cours de projet

Par rapport aux objectifs initiaux, le déroulement du projet nous a amené à retardée et révisée certains objectifs. Un doctorant avait été recruté pour réaliser différentes tâches et études. Ce dernier a désiré arrêter son doctorat pour convenance personnelle au bout de 8 mois. Ainsi, il a été nécessaire de retardée et revoir à la baisse certaines tâches (*i.e.* le développement de mesures implicites et leur validation) ou d'abandonner certaines études auprès des usagers. Cependant, des études plus approfondies qu'initialement prévu ont été conduites pour répondre aux objectifs n°1 et n°3 et la communication autour du projet a été optimisée.

Vous trouverez ci-dessous un tableau présentant les différentes tâches initialement prévues ou décidées en cours de projet. Pour chacune d'entre elles, vous trouverez des informations concernant leur avancement, leur apport dans le domaine et dans quelle mesure les objectifs associés ont été atteints ou non.

Tâche	Objectif	Statut	Apport	Détails
Revue systématique de la littérature internationale sur la stigmatisation de la schizophrénie chez les professionnels de santé mentale	Atteint  Cette revue a permis d'atteindre les objectifs n°1 et n°3 de la phase 1 du projet (cf. partie méthodologie du rapport).	Réalisée	Il s'agit de la première revue sur la stigmatisation de la schizophrénie chez les professionnels de santé mentale. Elle a permis d'approfondir les connaissances scientifiques sur les spécificités de la stigmatisation de la schizophrénie, de cette stigmatisation chez les	Cette revue a fait l'objet d'un article scientifique publié.  <u>Référence :</u> Valery, K.-M. & Prouteau, A. (2020). Schizophrenia stigma in mental health professionals and associated factors : a systematic review. <i>Psychiatry Research</i> , 290, 113068.

			professionnels de santé mentale (notamment concernant les stéréotypes) et d'identifier des facteurs associés à cette stigmatisation.	
Enquête auprès des professionnels de santé mentale concernant les sétéréotypes d'incompétence dans la schizophrénie.	Atteint  Cette enquête a permis d'atteindre les objectifs n°1 et n°3 de la phase 1 du projet (cf. partie méthodologie du rapport).	Réalisée	Cette enquête a permis de développer des connaissances sur les spécificités du stéréotype de la schizophrénie chez les professionnels de santé mentale. Plus particulièrement, elle a permis d'identifier les domaines de compétences stigmatisés dans la schizophrénie et les facteurs associés à cette stigmatisation.	Cette enquête a fait l'objet d'un article scientifique actuellement soumis.  <u>Référence :</u> Valery KM., Violeau L., Fournier T., Caiada, M., Felix, S., Guionnet, S., Destaillats, J.M. et Prouteau A. (soumis). How do mental health professionals stigmatize incompetence in schizophrenia ?
Enquête auprès des usagers et familles concernant les situations de stigmatisation vécues dans le parcours de soin en santé mentale en France.	Atteint  Cette enquête a permis d'atteindre les objectifs n°2 et n°3 de la phase 1 du projet (cf. partie méthodologie du rapport).	Réalisée	Elle offre également des données originales en contexte français.	Cette enquête a permis d'identifier 15 situations de stigmatisation vécues auprès des professionnels de santé mentale. Elle a également permis d'approfondir les connaissances scientifiques sur les facteurs associés à cette stigmatisation vécue. Ces facteurs concernent à la fois les pratiques professionnelles et des facteurs individuels chez les usagers. Les

			facteurs associés à moins de stigmatisation ont ainsi pu être identifié.  Elle offre également des données originales françaises sur la thématique.	care is stigmatizing : A participative study in schizophrenia. Psychiatric Rehabilitation Journal, 1-11. <a href="https://doi.org/10.1037/prj0000567">https://doi.org/10.1037/prj0000567</a>
Enquête auprès des professionnels de santé mentale concernant les facteurs associés à la stigmatisation de la schizophrénie.	Atteint	Réalisée	<p>Cette enquête a permis d'approfondir les connaissances concernant les processus de stigmatisation et de résistance à la stigmatisation de la schizophrénie chez les professionnels. Ainsi, elle a concouru à identifier les facteurs associés à cette stigmatisation et particulièrement les facteurs associés à moins de stigmatisation chez les professionnels français permettant l'émergence des pistes de solutions anti-stigma.</p> <p>Elle offre également des données françaises inédites, adaptées aux professionnels et à la psychiatrie française pour réduire la stigmatisation de la schizophrénie dans les pratiques professionnelles françaises.</p>	<p>Cette enquête a fait l'objet d'un article publié.</p> <p><u>Référence :</u> Valery, K.M., Violeau, L., Fournier, T., Yvon, F., Arfeuillere, S., Bonilla-Guerrero, J., Caria, A., Carrier, A., Destaillats, J.M., Follenfant, A., Laberon, S., Lalbin-Wander, N., Martinez, E., Staedel, B., Touroude, R., Vigneault, L., Roux, S., &amp; 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, 1-11. <a href="https://doi.org/10.1080/13651501.2022.2129068">https://doi.org/10.1080/13651501.2022.2129068</a></p>

Développement d'une mesure explicite de la stigmatisation spécifique aux professionnels de santé mentale : l'échelle STIGMAPRO	Atteint  Le développement de cette mesure ne faisait pas partie des objectifs initiaux mais a été décidé en cours de projet.	Réalisé	Le développement de cette mesure permet à la communauté scientifique d'avoir une mesure de la stigmatisation adaptée aux professionnels de santé mentale. En effet, il n'existe jusqu'à présent aucune mesure exhaustive et spécifique pour les professionnels de santé mentale. Cette mesure de la stigmatisation fut en outre créée pour convenir spécifiquement aux professionnels de santé mentale, sur la base de toutes les mesures de la stigmatisation rapportées dans la revue de littérature.	Cette mesure a été publiée dans l'article mentionné ci-dessus.
Etude randomisée contrôlée sur les leviers anti-stigma auprès des professionnels de santé mental (étude expérimentale)	Atteint  Cette étude a permis d'atteindre l'objectif n°3 de la phase 1 du projet (cf. partie méthodologie du rapport).	Réalisée	Cette étude a permis de tester expérimentalement l'efficacité des solutions anti-stigma identifiées dans le programme de recherche pour réduire la stigmatisation de la schizophrénie chez les professionnels. De par ses nombreuses limites, elle ne permet pas de conclure sur leur réelle efficacité mais donne des perspectives pour des études subséquentes.	Cette étude n'a pas fait l'objet d'un article scientifique mais est disponible dans la thèse publiée en accès libre du Dr. Kévin-Marc Valery.  <u>Référence :</u> Valery, K.M. (2021). Réduction de la stigmatisation dans les pratiques en santé mentale [Université de Bordeaux]. <a href="http://www.theses.fr/S210784">http://www.theses.fr/S210784</a>
Développement de mesures implicites de la stigmatisation	En cours / Non atteint	Retardée et révisée (à la baisse)	Une mesure implicite de la stigmatisation de	L'arrêt de la thèse de Mr Fournier Thomas a retardé la

	<p>Le développement d'une mesure implicite de la stigmatisation de soi est en cours. Néanmoins, le développement d'autres mesures est repoussé. L'objectif d'utiliser des mesures implicites dans l'étude de la stigmatisation n'est donc pas atteint.</p>		<p>soi a été développée. Elle est actuellement en cours de validation. Une fois validée, cette mesure permettra de pallier aux biais inhérents aux mesures explicites (e.g. désirabilité sociale) dans l'étude de la stigmatisation.</p>	<p>validation de la mesure implicite de la stigmatisation de soi. Elle a également repoussé le développement d'autres mesures implicites et l'utilisation de ces mesures dans différentes études.</p>
Enquête sur les spécificités du stéréotype de la schizophrénie chez les usagers	Non atteint	Abandonné	<p>L'étude de la spécificité du stéréotype chez les usagers n'a pas eu lieu. Ainsi, nous ne disposons pas de données pour décrire cette spécificité ou comparer l'utilisation d'un questionnaire développés par l'équipe chez les usagers avec les outils existants dans la littérature.</p>	<p>Cette enquête faisait l'objet d'une thèse qui devait être réalisée par Mr Fournier Thomas.</p>
Développement de l'intervention pilote anti-stigma	Atteint	Réalisé	<p>Cela a permis d'atteindre l'objectif de la phase 2 du projet (cf. partie méthodologie du rapport).</p>	<p>Le développement d'une intervention pilote visant à réduire la stigmatisation dans les pratiques en santé mentale est inédit. Il s'agit de la première intervention adaptée au contexte culturel français et à la psychiatrie française.</p>

Etude de la viabilité de l'intervention pilote anti-stigma	Atteint	Réalisée	Cette étude permet d'apporter des données sur la viabilité de l'intervention (est-elle faisable, accessible, acceptable, utile, évaluabile selon les personnes concernées – professionnels, usagers et familles - ?). Cette étude permet de recueillir l'avis d'expert concernés par l'intervention et la stigmatisation de la schizophrénie dans les pratiques en santé mentale. Ainsi, elle concourt à la création d'une intervention utile et adaptée au terrain professionnel français qui pourra être largement diffusée par la suite.	L'étude de viabilité de l'intervention fera l'objet d'un article prochainement.
Développement de l'intervention finale anti-stigma : la formation <b>STIGMA<sup>pro</sup></b>	Atteint	Réalisé	Le développement d'une intervention visant perçue comme utile, faisable, acceptable, accessible et évaluabile par les personnes concernées est inédit. Il s'agit de la première intervention adaptée au contexte culturel français et à la psychiatrie française.	La méthode de développement de cette intervention fera l'objet d'un article prochainement.
Etude randomisée contrôlée multicentrique de	En cours	En cours	L'étude de l'efficacité de cette intervention	Cette étude fera l'objet d'un article scientifique.

<p>l'intervention finale anti-stigma : la formation <b>STIGMApro</b></p>	<p>Cette étude vise à aller plus loin que ce qui était initialement annoncé comme objectif.</p>	<p>apportera des connaissances scientifiques inédites sur les mécanismes de résistances à la stigmatisation chez les professionnels de santé mentale. Elle permettra d'approfondir les connaissances sur la déstigmatisation des pratiques et de développer des outils concrets pour lutter contre cette stigmatisation. Si l'intervention est validée alors elle offrira une formation directement opérationnalisable pour les professionnels de santé mentale français qui pourra être largement diffusée. Ces résultats auront également des impacts au niveau de la formation continue et initiale des professionnels.</p>
<p>Communication</p>	<p>Atteint</p> <p>Réalisée et révisée (augmenté)</p> <p>Le recrutement de Mme Guionnet Sarah, ingénierie d'étude / psychologue a permis de solidifier la communication du projet</p>	<p>La communication autour du projet permet de favoriser la diffusion des résultats et de permettre, notamment, aux différents acteurs de terrain de saisir des connaissances développées.</p> <p>Différentes plaquettes synthétiques des résultats, un livret sur l'intervention, des pages internets pour diffuser les résultats ont été créés au cours du projet.</p>

notamment auprès du grand public et des acteurs de terrain (usagers, familles, professionnels, associations). De nombreux livrables ont ainsi été constitués sans être prévus initialement dans le projet.

## 12. Bibliographie

Ahn, W., Proctor, C. C., & Flanagan, E. H. (2009). Mental Health Clinicians' Beliefs About the Biological, Psychological, and Environmental Bases of Mental Disorders. *Cognitive Science*, 33(2), Article 2. <https://doi.org/10.1111/j.1551-6709.2009.01008.x>

Allport, G. W. (1954). *The nature of prejudice* (p. xviii, 537). Addison-Wesley

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

Andresen, R., Oades, L., & Caputi, P. (2003). The Experience of Recovery from Schizophrenia : Towards an Empirically Validated Stage Model. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 37(5), Article 5. <https://doi.org/10.1046/j.1440-1614.2003.01234.x>

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>

Boies, K., Lee, K., Ashton, M. C., Pascal, S., & Nicol, A. A. M. (2001). The structure of the French personality lexicon. *European Journal of Personality*, 15(4), 277-295.

Bos, A. E. R., Pryor, J. B., Reeder, G. D., & Stutterheim, S. E. (2013). Stigma : Advances in Theory and Research. *Basic and Applied Social Psychology*, 35(1), Article 1. <https://doi.org/10.1080/01973533.2012.746147>

Caiada, M., Valery, KM. et al. (2022). Stéréotypes des Relations Intimes des personnes ayant un diagnostic de schizophrénie, *Congrès français de psychiatrie-Lille*, Poster

Caldwell, T. M., & Jorm, A. F. (2001). Mental health nurses' beliefs about likely outcomes for people with schizophrenia or depression: A comparison with the public and other healthcare professionals. *Australian and New Zealand Journal of Mental Health Nursing*, 10, 42–54.

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

Charte des Sciences et Recherches Participative en France. Accompagner, soutenir et promouvoir les collaborations entre acteurs de la recherche scientifique éte de la société civile, 2017, <https://franceuniversites.fr/wp-content/uploads/2017/03/2017-03-20-Chartes-Sciences-Participatives-final.pdf>

Chen, H. T. (2010). The bottom-up approach to integrative validity: A new perspective for program evaluation. *Evaluation and Program Planning*, 33(3), Article 3. <https://doi.org/10.1016/j.evalprogplan.2009.10.002>

Corrigan, P. W., Druss, B. G., & Perlick, D. A. (2014). The impact of mental illness stigma on seeking and participating in mental health care. *Psychological Science In The Public Interest*, 15(2), 37-70. doi:10.1177/1529100614531398

Corrigan, P. W., Kerr, A., & Knudsen, L. (2005). The stigma of mental illness: Explanatory models and methods for change. *Applied and Preventive Psychology*, 11(3), Article 3. <https://doi.org/10.1016/j.appsy.2005.07.001>

Corrigan, P. W., & Penn, D. L. (1999). Lessons from social psychology on discrediting psychiatric stigma. *American Psychologist*, 54(9), Article 9. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.54.9.765>

Crocq, M.-A., Guelfi, J. D., & American Psychiatric Association. (2016). *DSM-5 ® : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*.

Deegan, P. E. (1988). Recovery: The Lived Experience of Rehabilitation. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 11.

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), Article 6. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2016.07.004>

Dubreucq, J., Plasse, J., & Franck, N. (2021). Self-stigma in Serious Mental Illness: A Systematic review of Frequency, Correlates, and Consequences. *Schizophrenia Bulletin*, sbaa181. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbaa181>

Duprez, M. (2008). Réhabilitation psychosociale et psychothérapie institutionnelle. *L'information psychiatrique*, 84(10), 907-912.

Ebsworth, S. J., & Foster, J. L. H. (2017). Public perceptions of mental health professionals : Stigma by association? *Journal of Mental Health*, 26(5), Article 5. <https://doi.org/10.1080/09638237.2016.1207228>

First, M. B., Rebello, T. J., Keeley, J. W., Bhargava, R., Dai, Y., Kulygina, M., Matsumoto, C., Robles, R., Stona, A.-C., & Reed, G. M. (2018). Do mental health professionals use diagnostic classifications the way we think they do? A global survey. *World Psychiatry*, 17(2), 187-195. <https://doi.org/10.1002/wps.20525>

Fiske, S. (1998). Stereotyping, prejudice, and discrimination. In *The Handbook of Social Psychology* (p. 357-411). DT Gilbert, ST Fiske.

Fournier, T. et Prouteau, A. (2022). La stigmatisation dans les pratiques neuropsychologiques : apports de la psychologie sociale en neuropsychologie. *Les Cahiers de Neuropsychologie Clinique*, 9, 94-101.

Franck, N., & Cellard, C. (2020). Introduction. In N. Franck, C. Cellard, & P. Mariotti (Éds.), *Pair-Aidance en Santé Mentale* (p. 1-4). Elsevier Masson. <https://doi.org/10.1016/B978-2-294-77119-4.00023-7>

Friedrich, B., Evans-Lacko, S., London, J., Rhydderch, D., Henderson, C., & Thornicroft, G. (2013). Anti-stigma training for medical students : The Education Not Discrimination project. *The British Journal of Psychiatry. Supplement*, 55, s89-94. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.112.114017>

Gawronski, B., & Bodenhausen, G. V. (2006). Associative and propositional processes in evaluation: An integrative review of implicit and explicit attitude change. *Psychological Bulletin*, 132(5), 692-731. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.132.5.692>

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

Goffman, E. (1961). *Asylums : Essays on the social situation of mental patients and other inmates.*

Goffman, E. (1963). *Stigma : Notes on the management of spoiled identity.*

Grausgruber, A., Meise, U., Katschnig, H., Schöny, W., & Fleischhacker, W. W. (2007). Patterns of social distance towards people suffering from schizophrenia in Austria: a comparison between the general public, relatives and mental health staff. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 115(4), 310-319.

Greenwald A.G., McGhee D.E., Schwartz J.L. (1998) Measuring individual differences in implicit cognition: The Implicit Association Test. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74, 1464 –1480.

Haslam, N., & Kvaale, E. P. (2015). Biogenetic explanations of mental disorder: The mixed-blessings model. *Current Directions in Psychological Science*, 24(5), 399-404.

Hatzenbuehler, M. L., Phelan, J. C., & Link, B. G. (2013). Stigma as a fundamental cause of population health inequalities. *American Journal Of Public Health*, 103(5), 813-821. doi:10.2105/AJPH.2012.301069

Hayward, P., & Bright, J. A. (1997). Stigma and mental illness: A review and critique. *Journal Of Mental Health*, 6(4), 345-354. doi:10.1080/09638239718671

Hengartner, M. P., Loch, A. A., Lawson, F. L., Guarniero, F. B., Wang, Y.-P., Rössler, W., & Gattaz, W. F. (2012). Atitudes de profissionais de saúde mental em relação a indivíduos com esquizofrenia : Uma comparação transcultural entre Suíça e Brasil. *Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)*, 39(4), 115-121. <https://doi.org/10.1590/S0101-60832012000400001>

Hill, C. E. and Knox, s. (2002). "Self-Disclosure". *College of Education Faculty Research and Publications*. 168. [https://epublications.marquette.edu/edu\\_fac/168](https://epublications.marquette.edu/edu_fac/168)

Hill, C. E., Knox, S., & Pinto-Coelho, K. G. (2019). Self-disclosure and immediacy. In *Psychotherapy Relationships that Work : Volume 1: Evidence-Based Therapist Contributions*. Oxford University Press.

Hornik-Lurie, T., Shalev, A., Haknazar, L., Epstein, P. G., Ziedenberg-Rehav, L., & Moran, G. S. (2018). Implementing recovery-oriented interventions with staff in a psychiatric hospital : A mixed-methods study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 25(9-10), Article 9-10. <https://doi.org/10.1111/jpm.12502>

Jones, A. M. (2011). Disclosure of Mental Illness in the Workplace : A Literature Review. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 14(3), Article 3. <https://doi.org/10.1080/15487768.2011.598101>

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.

Kingdon, D., Sharma, T., Hart, D., & The Schizophrenia Subgroup of The Royal College of Psychiatrists' Changing Minds Campaign. (2004). What attitudes do psychiatrists hold towards people with mental illness? *Psychiatric Bulletin*, 28, 401–406.

Knaak, S., Modgill, G., & Patten, S. B. (2014). Key Ingredients of Anti-Stigma Programs for Health Care Providers : A Data Synthesis of Evaluative Studies. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 59(1\_suppl), 19-26. <https://doi.org/10.1177/070674371405901S06>

Knaak, S., & Patten, S. (2016). A grounded theory model for reducing stigma in health professionals in Canada. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 134(S446), 53-62. <https://doi.org/10.1111/acps.12612>

Kourtra, K., Mavroeides, G., & Triliva, S. (2021). Mental Health Professionals' Attitudes Towards People with Severe Mental Illness : Are they Related to Professional Quality of Life? *Community Mental Health Journal*. <https://doi.org/10.1007/s10597-021-00874-x>

Krieger, E., Moritz, S., Lincoln, T. M., Fischer, R., & Nagel, M. (2021). Coercion in psychiatry : A cross-sectional study on staff views and emotions. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 28(2), 149-162. <https://doi.org/10.1111/jpm.12643>

Kvaale, E. P., Gottdiener, W. H., & Haslam, N. (2013). Biogenetic explanations and stigma: A meta-analytic review of associations among laypeople. *Social science & medicine*, 96, 95-103.

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.

Laforcade, M. (2016). Rapport relatif à la santé mentale. *République Française Ministère des Affaires Sociales et de la Santé*.

Lauber, C., Anthony, M., Ajdacic-Gross, V., & Rossler, W. (2004). What about psychiatrists' attitude to mentally ill people? *European Psychiatry*, 19, 423–427.

Larkings, J. S., & Brown, P. M. (2017). Do biogenetic causal beliefs reduce mental illness stigma in people with mental illness and in mental health professionals? A systematic review. *International journal of mental health nursing*.

Larøi, F., Sommer, I. E., Blom, J. D., Fernyhough, C., ffytche, D. H., Hugdahl, K., Johns, L. C., McCarthy-Jones, S., Preti, A., Raballo, A., Slotema, C. W., Stephane, M., & Waters, F. 188 (2012). The Characteristic Features of Auditory Verbal Hallucinations in Clinical and Nonclinical Groups : State-of-the-Art Overview and Future Directions. *Schizophrenia Bulletin*, 38(4), 724-733. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbs061>

Le Boutillier, C., Leamy, M., Bird, V. J., Davidson, L., Williams, J., & Slade, M. (2011). What Does Recovery Mean in Practice? A Qualitative Analysis of International Recovery-Oriented Practice Guidance. *Psychiatric Services*, 62(12), 1470-1476. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.001312011>

Leamy, M., Clarke, E., Le Boutillier, C., Bird, V., Choudhury, R., MacPherson, R., Pesola, F., Sabas, K., Williams, J., Williams, P., & Slade, M. (2016). Recovery practice in community mental health teams : National survey. *The British Journal of Psychiatry : The Journal of Mental Science*, 209(4), Article 4. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.114.160739>

Lebowitz, M. S., & Ahn, W. K. (2014). Effects of biological explanations for mental disorders on clinicians' empathy. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 111(50), 17786-17790.

Linscott, R. J., & Os, J. van. (2013). An updated and conservative systematic review and meta-analysis of epidemiological evidence on psychotic experiences in children and adults : On 189 the pathway from proneness to persistence to dimensional expression across mental disorders. *Psychological Medicine*, 43(6), 1133-1149. <https://doi.org/10.1017/S0033291712001626>

Lloyd-Evans, B., Mayo-Wilson, E., Harrison, B., Istead, H., Brown, E., Pilling, S., Johnson, S., & Kendall, T. (2014). A systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials of peer support for people with severe mental illness. *BMC Psychiatry*, 14(1), Article 1. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-14-39>

Magliano, L., De Rosa, C., Fiorillo, A., Malangone, C., Guarneri, M., Marasco, C., & Maj, M. (2004). Beliefs of psychiatric nurses about schizophrenia: A comparison with patients' relatives and psychiatrists. *International Journal Of Social Psychiatry*, 50(4), 319-330. doi:10.1177/0020764004046073

Mestdagh, A., & Hansen, B. (2014). Stigma in patients with schizophrenia receiving community mental health care : A review of qualitative studies. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 49(1), 79-87. <https://doi.org/10.1007/s00127-013-0729-4>

Moher, D. (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses : The PRISMA Statement. *Annals of Internal Medicine*, 151(4), Article 4. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-151-4-200908180-00135>

Morgan, A. J., Wright, J., & Reavley, N. J. (2021). Review of Australian initiatives to reduce stigma towards people with complex mental illness: What exists and what works? *International Journal of Mental Health Systems*, 15(1), 10. <https://doi.org/10.1186/s13033-020-00423-1>

Neuberg, S. L., Smith, D. M., Hoffman, J. C., & Russell, F. J. (1994). When We Observe Stigmatized and « Normal » Individuals Interacting : Stigma by Association. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 20(2), Article 2. <https://doi.org/10.1177/0146167294202007>

Nguyen, A., Frobert, L., Ismailaj, A., Monteiro, S., & Favrod, J. (2021). Qu'est-ce que les 190 professionnels dévoilent d'eux-mêmes dans la relation thérapeutique avec les personnes atteintes de schizophrénie ? *Pratiques Psychologiques*. <https://doi.org/10.1016/j.prps.2021.03.001>

Niard, C., Sinquin, M., Libert, A.-E., Gaudelus, B., & Chirio-Espitalier, M. (2020). 10—Comment intégrer la pair-aidance dans la pratique clinique ? In N. Franck, C. Cellard, & P. Mariotti (Éds.), *Pair-Aidance en Santé Mentale* (p. 119-132). Elsevier Masson. <https://doi.org/10.1016/B978-2-294-77119-4.00010-9>

Nisbett, R. E., & Wilson, T. D. (1977). Telling more than we can know: Verbal reports on mental processes. *Psychological review*, 84(3), 231.

Nordt, C., Rossler, W., & Lauber, C. (2006). Attitudes of mental health professionals towards people with schizophrenia and major depression. *Schizophrenia Bulletin*, 32, 709–714.

O'Connor, K., Neff, D. M., & Pitman, S. (2018). Burnout in mental health professionals : A systematic review and meta-analysis of prevalence and determinants. *European Psychiatry*, 53, 74-99. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2018.06.003>

Osgood, C. E., Suci, G. J., & Tannenbaum, P. H. (1957). *The measurement of meaning* (p. 342). Univer. Illinois Press.

Pachoud, B. (2012). Se rétablir de troubles psychiatriques: un changement de regard sur le devenir des personnes. *L'information psychiatrique*, 88(4), 257-266.

Paluck, E. L., Green, S. A., & Green, D. P. (2019). The contact hypothesis re-evaluated. *Behavioural Public Policy*, 3(2), Article 2. <https://doi.org/10.1017/bpp.2018.25>

Peris, T. S., Teachman, B. A., & Nosek, B. A. (2008). Implicit and explicit stigma of mental illness: Links to clinical care. *The Journal of nervous and mental disease*, 196(10), 752-760.

Peter, L.-J., Schindler, S., Sander, C., Schmidt, S., Muehlen, 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), Article 5. <https://doi.org/10.1017/S0033291721000854>

Pettigrew, T. F., Tropp, L. R., Wagner, U., & Christ, O. (2011). Recent advances in intergroup contact theory. *International Journal of Intercultural Relations*, 35(3), Article 3. <https://doi.org/10.1016/j.ijintrel.2011.03.001>

Prouteau, A. & Valery, K.-M. (2021) Stigmatisation chez les professionnels de la santé mentale et facteurs associés : Revue de littérature, FIRAH <https://www.firah.org/upload/activites-et-publications/revue-de-litterature/stigma/stigmatisation-chez-les-professionnels-de-la-sante-mentale-et-facteurs-associes.pdf>

Reavley, N. J., Mackinnon, A. J., Morgan, A. J., & Jorm, A. F. (2014). Stigmatising attitudes towards people with mental disorders: A comparison of Australian health professionals with the general community. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 48(5), 433-441.

Repper, J., & Carter, T. (2011). A review of the literature on peer support in mental health services. *Journal of Mental Health*, 20(4), Article 4.  
<https://doi.org/10.3109/09638237.2011.583947>

Roelandt, J.-L., & Staedel, B. (2016). *L'expérimentation des médiateurs de santé – pairs.*  
<http://www.cairn.info/l-experimentation-des-mediateurs-de-sante-pairs--9782704014729.htm>

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.  
doi:10.1016/j.eurpsy.2005.04.004

Schulze, B. (2007). Stigma and mental health professionals : A review of the evidence on an intricate relationship. *International Review of Psychiatry*, 19(2), 137-155.  
<https://doi.org/10.1080/09540260701278929>

Schulze, B., & Angermeyer, M. C. (2003). Subjective experiences of stigma A focus group study of schizophrenic patients, their relatives and mental health professionals. *Social Science & Medicine*, 56(2), Article 2. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(02\)00028-X](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(02)00028-X)

Servais, L. M., & Saunders, S. M. (2007). Clinical psychologists' perceptions of persons with mental illness. *Professional Psychology: Research and Practice*, 38(2), 214-219.  
<https://doi.org/10.1037/0735-7028.38.2.214>

Shi, Y., Shao, Y., Li, H., Wang, S., Ying, J., Zhang, M., Li, Y., Xing, Z., & Sun, J. (2019). Correlates of affiliate stigma among family caregivers of people with mental illness : A systematic review and meta-analysis. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 26(1-2), Article 1-2. <https://doi.org/10.1111/jpm.12505>

Sickel, A. E., Seacat, J. D., & Nabors, N. A. (2014). Mental health stigma update : A review of consequences. *Advances in Mental Health*, 12(3), Article 3.  
<https://doi.org/10.1080/18374905.2014.11081898>

Steele, C. M., & Aronson, J. (1995). Stereotype threat and the intellectual test performance of African Americans. *Journal of personality and social psychology*, 69(5), 797-811.

Stuber, J. P., Rocha, A., Christian, A., & Link, B. G. (2014). Conceptions of mental illness : Attitudes of mental health professionals and the general public. *Psychiatric Services*, 65(4), Art. 4. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201300136>

Thornicroft, G., Sunkel, C., Alikhon Aliev, A., Baker, S., Brohan, E., el Chammay, R., Daviers, 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 Comission 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)

*Time To Change | let's end mental health discrimination.* (s. d.). Consulté 29 juillet 2021, à l'adresse <https://www.time-to-change.org.uk/>

Valery, K.-M. (2021). Réduction de la stigmatisation de la schizophrénie dans les pratiques en santé mentale [Thèse de doctorat, Université de Bordeaux]. Theses.fr. <https://www.theses.fr/2021BORD0324>

Valery, KM. et al. (2022). Quand les soins de santé mentale sont stigmatisants : une étude participative sur la schizophrénie, *Congrès français de psychiatrie-Lille*, Poster

Valery, KM. et al. (2022). When mental health care is stigmatizing: experience of users and families and associated factors, *30th European Congress of Psychiatry*, Poster

Valery, KM. et al. (2022). Part of the solution yet part of the problem" Stigmatization in mental health professionals: characteristics and associated factors, *30th European Congress of Psychiatry*, Poster

Valery, K.-M., Fournier, T., Violeau, L., Guionnet, S., Bonilla-Guerrero, J., Caria, A., Carrier, A., Destaillats, J.-M., Follenfant, A., Laberon, S., Lalbin-Wander, N., Martinez, E., Staedel, B., Touroude, R., Vigneault, L., & Prouteau, A. (2023). When mental health care is stigmatizing : A participative study in schizophrenia. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 1-11. <https://doi.org/10.1037/prj0000567>

Valery, K.M., Guionnet, S. et Prouteau, A. (2023). Programme de résistance au stigma : l'intervention STIGMApro (1ère édition). Bordeaux : Labpsy.

Valery, K.-M., & Prouteau, A. (2022, octobre). La stigmatisation dans les pratiques en santé mentale. In Préjugés, discrimination et exclusion en santé mentale (p. 111- 130). Performance Edition.

Valery, KM., Prouteau, A. (2022). Schizophrenia stigma in mental health professionals and associated factors: A systematic review, *30th European Congress of Psychiatry*, Poster

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., & Destaillats, J.-M. (2022, juin). Les soignants, source de stigmatisation ? *Santé Mentale*, 269, 14-18.

Valery, K.-M., Puyau, M., Meunier, S., & Prouteau, A. (2022). Stigmatisation dans les pratiques en psychiatrie : Stéréotype d'incompétence chez les neuropsychologues. *Les Cahiers de Neuropsychologie Clinique*, 9, 8.

Valery, KM., Violeau, L., Fournier, T., Caiada, M., Felix, S., Guionnet, S., Destaillats, J.M. et Prouteau, A. (soumis). How do mental health professionals stigmatize incompetence in schizophrenia ?

Valery, K.-M., Violeau, L., Fournier, T., Yvon, F., Arfeuillere, S., Bonilla-Guerrero, J., Caria, A., Carrier, A., Destaillats, 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*, 1-11.  
<https://doi.org/10.1080/13651501.2022.2129068>

Van Dorn, R. A., Swanson, J.W., Elbogen, E. B., & Swartz, M. S. (2005). A comparison of stigmatising attitudes toward persons with schizophrenia in four stakeholder groups: Perceived likelihood of violence and desire for social distance. *Psychiatry*, 68, 152–163.

van Os, J., & Kapur, S. (2009). Schizophrenia. *The Lancet*, 374(9690), Article 9690.  
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)60995-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)60995-8)

Verhaeghe, M., & Bracke, P. (2012). Associative Stigma among Mental Health Professionals : Implications for Professional and Service User Well-Being. *Journal of Health and Social Behavior*, 53(1), Article 1. <https://doi.org/10.1177/0022146512439453>

Vigneault, L., Quintal, M.-L., Demers, M.-F., Cormiers, C., Champoux, Y., Marchand, L., Roy, M.-A., & Wallot, H.-A. (2013). *Je suis une personne pas une maladie ! La maladie mentale : L'espoir d'un mieux-être La maladie mentale, l'espoir d'un mieux-être—Broché—Luc Vigneault—Achat Livre ou ebook | fnac (Performance)*. <https://livre.fnac.com/a5270950/Luc-Vigneault-Je-suis-une-personne-pas-une-maladie-La-maladie-mentale-l-espoir-d-un-mieux-etre>

Violeau Beaugendre, L. (2020). *Stigmatisation de soi dans la schizophrénie : Une série d'études en population générale et clinique* [These de doctorat, Bordeaux]. <http://www.theses.fr/2020BORD0165>

Violeau, L., 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), Article 1. <https://doi.org/10.1002/jcop.20351>

Wheeler, S. C., & Petty, R. E. (2001). The effects of stereotype activation on behavior: A review of possible mechanisms. *Psychological Bulletin*, 127(6), 797-826.

White, S., Foster, R., Marks, J., Morshead, R., Goldsmith, L., Barlow, S., Sin, J., & Gillard, S. (2020). The effectiveness of one-to-one peer support in mental health services : A systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry*, 20(1), Article 1. <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02923-3>

World Health Organization. (2001). *International Classification of Functioning, Disability and Health: ICF*. World Health Organization.

World Health Organization. (2016). Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013–2020. Geneva: WHO; 2013. *Public Health England. Interactive map—NHS health check*. [www.healthcheck.nhs.uk/interactive\\_map](http://www.healthcheck.nhs.uk/interactive_map).

Yanos, P. T., DeLuca, J. S., Salyers, M. P., Fischer, M. W., Song, J., & Caro, J. (2020). Cross-sectional and prospective correlates of associative stigma among mental health service providers. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 43(2), Article 2.  
<https://doi.org/10.1037/prj000037>

Yvon, F. (2019). *Stéréotype de la schizophrénie dans les évaluations en neuropsychologie clinique : Étude approfondie des enjeux méthodologiques et pratiques* [Thèse de doctorat, Bordeaux]. <https://www.theses.fr/2019BORD0070>

## 13. Annexes

L'ensemble de ces annexes ont été notamment constituées à partir des articles et des différentes études qui sont publiées ou en cours de publication. Certains de ces éléments ne peuvent donc pas être diffusés pour le moment.

### i. *Méthodologie et résultats de l'enquête chez les usagers et familles : STIGMAproUFAM*

#### 1. Method

An online survey was conducted to achieve the objectives. However, the survey has been developed from a participatory perspective, in two steps. First, the survey method was constructed within a participatory scientific committee. This committee was composed of researchers (in neuropsychology, clinical, social and organizational psychology, and public health), MHP<sup>9</sup> (i.e., psychologists, psychiatrists, occupational therapists, professional peer helpers, nurses), representatives of users and their families, actors involved in the fight against stigmatization (WHO Collaborating Centre, Psycom), and representatives of public political institutions. Second, the survey content was constructed through a focus group including users, to select the 15 most relevant stigmatization situations among those they elicited and those that were drawn from the literature. Volunteers were contacted through a users' association (i.e., ClubHouse Bordeaux; N = 10). The inclusion criterion was to have experienced mental health services, such as psychiatric emergency, full hospitalization, day hospitalization, community mental health center, or psychiatric rehabilitation center.

##### 1.1 Survey Construction

The most relevant stigmatizing situations in mental health care were first selected by a preliminary participative step. Stigmatization situations were listed exhaustively according to two sources: (a) a focus group with persons who have experienced mental health services; (b) international literature (i.e., review, Mestdagh & Hansen, 2014, and a more recent study, Amsalem et al., 2018). The presurvey focus group began with a general question to elicit situations in which participants "felt misunderstood, excluded, stereotyped, discriminated, or mistreated due to their diagnosis in mental health services." The question was taken from Schulze and Angermeyer (2003). Volunteers were contacted through a users' association (i.e., Clubhouse of Bordeaux; N = 10). The inclusion criterion was to have experienced mental health services such as psychiatric emergency, full hospitalization, day hospitalization, community mental health center, or psychiatric rehabilitation center. Participants were then presented with other stigmatizing situations drawn from the international literature (see Table 1, for the list of all situations). Finally, they were asked to select the 15 most relevant stigmatization situations among those they elicited and those taken from the literature.

##### 1.2 Procedure

The survey was conducted between March 2020 and June 2020 in France. We designed an online study using Limesurvey free software. Cookies were used to prevent

---

<sup>9</sup> MHP = Mental Health Professionals

multiple participation. To protect participants' anonymity, several parameters were blocked and not registered by Limesurvey (IP address, date, and time when completing the survey). Participants' responses were collected without any time constraint. They could not save their responses so that they could complete the questionnaire later.

After informed consent was obtained, participants completed a 10- to 20-min questionnaire targeting stigmatization situations experienced in mental health care and potential associated factors. The order of the scales was randomized, as was the order of items on each scale. Finally, participants were asked to answer sociodemographic questions. The study was conducted in accordance with French bioethics laws involving human beings. Ethical agreement was obtained from the LabPsy's Local Ethical Committee of the University of Bordeaux (Register No. 2019.11.CLE.002).

**Table 1**

*Potentially Stigmatizing Situations in Mental Health Care Pathway According to Literature and Presurvey Focus Group*

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

<sup>a</sup> Situation selected as "relevant to include in the online survey" according to the focus group users.

### 1.3 Measures

In the first part of the survey, participants were asked to select among 15 potentially stigmatizing situations (see Table 2) those they had experienced in their own mental health care pathway. Situations that were not selected were excluded for the rest of the survey. Then, each of the experienced situations was probed individually through two questions :

- Suffering score: “Did you suffer from this situation?” (from 1 = I did not suffer at all to 7 = I suffered extremely). Here, the term suffering is to be taken in a broad sense, indicating how difficult the situation described was for the participant, globally. Of note, the question of suffering was added to make the participants clear with the distinction between the phenomenon of stigmatization (i.e., situations that occur because a person is reduced to his/her diagnosis of mental illness) and the amount of suffering associated with.
- Stigmatization score: “Why did this situation happen to you? Because the professionals considered you first and foremost as a psychiatric patient/they saw you in terms of your psychiatric illness?” (from 1 = totally disagree to 7 = totally agree). Following the pioneer works of Goffman (1963), stigmatization is defined here as reducing a person to an attribute that is deeply discrediting (here: mental illness), making all other aspects of his or her personality disappear.

**Table 2**  
*Stigmatization Situations Frequencies by Users According to Their Diagnosis*

	Schizophrenia (N = 59)		Other diagnoses (N = 96)		$\chi^2$	p value	Cramer's V
	Never experienced	Experienced	Never experienced	Experienced			
I did not feel I was taken seriously by professionals when I had a somatic complaint (physical pain)	42% (25)	58% (34)	43% (41)	57% (55)	0.00	1	.00
I felt that the professionals did not believe that I could recover (live a satisfying, productive, and hopeful life despite the illness)	46% (27)	54% (32)	60% (58)	40% (38)	2.60	.11	.14
I felt that the professionals believed that I was a danger to others	56% (33)	44% (26)	84% (81)	16% (15)	<b>13.77</b>	<b>&lt;.001</b>	<b>.31</b>
I did not participate in decisions about my treatment	17% (10)	83% (49)	38% (36)	63% (60)	<b>6.44</b>	<b>.01</b>	<b>.22</b>
Professionals did not pay attention to my inclusion in society (in work, social relations, housing, etc.)	39% (23)	61% (36)	51% (49)	49% (47)	1.68	.20	.18
I consider myself to have been a victim of physically violent practices	59% (35)	41% (24)	78% (75)	22% (21)	<b>5.39</b>	<b>.02</b>	<b>.20</b>
I felt infantilized	17% (10)	83% (49)	28% (27)	72% (69)	1.93	.16	.13
I did not feel respected in my intimacy and modesty	36% (21)	64% (38)	48% (46)	52% (50)	1.79	.18	.12
I lacked information and explanations during my care (illness, treatments, projects ...)	12% (7)	88% (52)	27% (26)	73% (70)	<b>4.18</b>	<b>.04</b>	<b>.18</b>
The mental health professionals thought I was not trying very hard to get by	61% (36)	39% (23)	65% (62)	35% (34)	0.08	.78	.04
The vocabulary (jargon) used by professionals complicated the care process	63% (37)	37% (22)	69% (66)	31% (30)	0.36	.55	.06
The health care services I have experienced did not inform me about my rights	27% (16)	73% (43)	26% (25)	74% (71)	0.00	1	.01
I felt little compassion from the mental health professionals	25% (15)	75% (44)	36% (35)	64% (61)	1.56	.21	.12
The professionals did not manage their communication with my family and friends well	44% (26)	56% (33)	39% (37)	61% (59)	0.26	.61	.06
I have had to <i>retell my story</i> too many times	25% (15)	75% (44)	16% (15)	84% (81)	1.66	.20	.13

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

A total stigmatization score was then calculated for each participant by summing stigmatization scores to each experienced stigmatization situation. This score allowed us to estimate how stigmatized the participant felt in his or her mental health care pathway. The score could range from 7 to 105. This score is used below as the score of experienced

stigmatization in mental health services. In the same way, a total suffering score was then calculated for each participant by summing suffering scores to each experienced stigmatization situation. This score could also range from 7 to 105.

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

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

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

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

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

They were finally asked to report some of their beliefs about mental health care. A similarity scale (Violeau et al., 2020) assessed their beliefs about their similarities or commonalities with MHP through two items rated on a 7-point Likert scale (from 1 = totally disagree to 7 = totally agree), for a total score between 2 and 14. To assess their recovery level, participants were asked to choose the stage of recovery that was most appropriate for them (based on Andresen et al., 2006); 1: I'm in withdrawal, I have a deep sense of loss and despair; 3: I realize that all is not lost and that a fulfilling life is possible. I feel that I can do something about it; 5: I am preparing for recovery, assessing my strengths and weaknesses and analyzing the effort needed and the skills to be acquired; 7: I am actively rebuilding myself to establish a positive identity, meaningful goals and to take control of my life; 9: I am leading a meaningful life, marked by self-management, resilience and a positive self-image). Insight into illness was then assessed with the following question: "I consider that I have never had a mental health problem" (from 1 = totally disagree to 7 = totally agree). The family member version of the survey included an additional question assessing satisfaction regarding the relationship with health professionals: "I believe that health care professionals have included me as a partner in the pathway of care" (from 1 = never to 7 = systematically).

## 1.4 Participants

Participants were recruited on social networks, and family members were recruited via an associative network (Union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques). Inclusion criteria were as follows: (a) to be a person or a family member of a person with severe mental illness diagnosis (schizophrenia spectrum and other psychotic disorders, bipolar and related disorders, depressive disorders, anxiety disorders) and (b) having experienced mental health care in at least one psychiatric department (psychiatric emergency, full hospitalization, day hospitalization, community mental health center, psychiatric rehabilitation center). A total of 155 users of mental health services and 80 family members of persons with schizophrenia diagnosis were included (see Table 3, for characteristics of participants).

**Table 3**  
*Characteristic of the Participants*

	Users (N = 155)			
	Total	Schizophrenia (N = 59)	Others (N = 96)	Families (N = 80)
Reported diagnoses and comorbidities				
Schizophrenia spectrum disorder	38.1% (59)	100% (59)	0% (0)	100% (80)
Bipolar disorder	45.2% (70)	18.6% (11)	61.5% (59)	11.3% (9)
Major depression disorder	42.6% (66)	25.4% (15)	53.1% (51)	8.8% (7)
Anxiety disorder	44.5% (69)	23.7% (14)	57.3% (55)	7.5% (6)
Alcohol use <sup>a</sup>	40.7% (63)	39% (23)	41.7% (40)	31.3% (25)
Drug use <sup>a</sup>	40.7% (63)	49.2% (29)	35.4% (34)	52.5% (42)
Experienced mental health services				
Psychiatric emergency	79.4% (123)	81.4% (48)	78.1% (75)	82.5% (66)
Full-time hospitalization	83.9% (130)	83.1% (49)	84.4% (81)	88.8% (71)
Hospital day care	36.1% (56)	47.5% (28)	29.2% (28)	51.3% (41)
Rehabilitation service	14.2% (22)	27.1% (16)	6.3% (6)	16.3% (13)
Community mental health center	74.2% (115)	81.4% (48)	69.8% (67)	75% (60)
Psychiatrist in private practice	72.23% (112)	64.4% (38)	77.1% (74)	48.8% (39)
Psychologist in private practice	40.7% (63)	39% (23)	41.7% (40)	25% (20)
Home nursing service	16.8% (26)	25.4% (15)	11.5% (11)	32.5% (26)
Therapeutic follow-up by general practitioner	23.9% (37)	18.7% (11)	27.1% (26)	15% (12)
Practices experienced				
Recovery-oriented practices: M (SD)/7	2.8 (1.1)	2.6 (1)	2.9 (1.1)	3 (1.4)
Hospitalization without consent (number of): M (SD)	1.3 (2.5)	2 (3)	0.9 (2)	2.4 (2.1)
Seclusion	36.8% (57)	45.8% (27)	31.3% (30)	58.8% (47)
Restraint measures	27.1% (42)	33.9% (20)	22.9% (22)	40% (32)
Therapeutic education	25.2% (39)	22% (13)	27.1% (26)	18.8% (15)
Pharmaceutical treatment	96.8% (150)	96.6% (57)	96.9% (93)	97.5% (78)
Psychotherapy with a psychologist	63.2% (98)	61% (36)	64.6% (62)	36.3% (29)
Psychotherapy with a psychiatrist	65.8% (102)	50.9% (30)	75% (72)	42.5% (34)
Group therapy	35.5% (55)	39% (23)	33.3% (32)	12.5% (10)
Family therapy	8.4% (13)	10.2% (6)	7.3% (7)	15% (12)
Neuropsychological assessment	16.8% (26)	25.4% (15)	11.5% (11)	31.3% (25)
Cognitive remediation	13.6% (21)	18.6% (11)	10.4% (10)	18.8% (15)
Therapy on social skills	5.2% (8)	8.5% (5)	3.2% (3)	15% (12)
Support by occupational therapist	14.9% (23)	27.1% (16)	7.3% (7)	10% (8)
Sociodemographic information and beliefs				
Age: M (SD)	39 (11.7)	35.8 (10.7)	40 (11.9)	32.9 (12.6)
Gender of user (M)	24.5% (38)	47.5% (28)	10.4% (10)	77.5% (62)
Length of mental health care pathway (years)	16.4 (11.2)	14.9 (11.1)	17.3 (11.3)	13 (9.6)
Familiarity (yes)	32.3% (50)	50.9% (30)	20.8% (20)	27.5% (22)
Insight: M (SD)/7	6.3 (1.6)	6.1 (1.7)	6.4 (1.5)	5.1 (2.2)
Recovery level: M (SD)/9	5.5 (2.9)	6.2 (2.6)	5.1 (3)	4.1 (2.8)
Perceived similarities: M (SD)/7	3.7 (2)	3.8 (2.1)	3.6 (1.8)	2.6 (1.6)
Lived experiences during mental health care pathway				
Stigmatization: M (SD)—from 7 to 105	42.1 (25.8)	47.8 (25.4)	38.7 (25.5)	47.3 (26.8)
Suffering: M (SD)—from 7 to 105	45 (24.5)	48.6 (25.2)	42.8 (23.9)	47.9 (25.5)

<sup>a</sup> Question was "Did professionals know that you were using alcohol/drug?".

## 1.5 Analyses

R software Version 3.5.1 was used to perform analyses. Total McDonald's omega was calculated for each scale's internal consistency. The Pearson chi-square test was used to explore whether participants who had been diagnosed with schizophrenia felt more frequently stigmatized than those who had not been diagnosed with it (see Table 4). Then, multiple linear

regression models were used to identify the best predictors of the total stigmatization score associated with the mental health care situations. Analyses were conducted on a final sample emerging families of persons who received a diagnosis of schizophrenia and users who received a diagnosis of schizophrenia. Predictors (independent variables) were included according to the following blocks: (a) reported comorbidities (Model 1); (b) services experienced (Model 2); (c) practices experienced (Model 3); (d) sociodemographic information (Model 4); and (e) beliefs such as self-report of insight, similarities, and recovery (Model 5; see Table 5). A sixth model was computed with sociodemographic information specific to family members. Cramer's V and Cohen d were interpreted according to Cohen (1988): small effect under .30, medium effect between .30 and .50, and large effect over .50. Adjusted  $\eta^2$  was interpreted according to Cohen (1988): small effect under .01, medium effect between .06 and .14, and large effect over .14.

## 2. Results

### 2.1 Specificity of Stigmatization Situations Frequency in Participants With Schizophrenia Diagnosis

Among the 15 selected stigmatization situations, four were more frequently experienced by participants with a schizophrenia diagnosis than by those who never received a schizophrenia diagnosis (see Table 2). Participants with a diagnosis of schizophrenia more frequently reported having experienced stereotypes of dangerousness (medium effect size), violent practices (small effect size), lack of information, explanations (small effect size), and involvement in decisions about their mental health care (small effect size).

Of note, participants with diagnoses other than schizophrenia experienced fewer situations of stigmatization ( $M = 7.9$ ,  $SD = 3.6$ ) than those with a schizophrenia diagnosis ( $M = 9.3$ ,  $SD = 3.4$ );  $t(153) = 2.57$ ,  $p = .02$ ,  $d = .40$ .

### 2.2 Characteristics of Stigmatization Situations in Participants With Schizophrenia Diagnosis

Results regarding frequencies, suffering, and stigmatization scores for each of the 15 stigmatization situations are shown in Table 4. Participants with a schizophrenia diagnosis experienced an average of 9.3 stigmatization situations among the 15 proposed ( $SD = 3.4$ ). Some situations were more frequently experienced than others (from 37.29% to 88.14% of the participants). Similarly, family members of users with a schizophrenia diagnosis reported an average of 9.1 stigmatization situations among the 15 proposed ( $SD = 3.6$ ). Some situations were more frequently experienced than others (from 33.75% to 85%). The results showed that all situations were attributed to stigmatization in mental health care, and they were all sources of suffering. Of note, the two most stigmatizing situations identified by both samples were as follows: lack of consideration for somatic complaints and lack of confidence in the user's recovery. These two situations were also associated with the highest scores of suffering, along with violent practices. However, they were not the most frequent situations. Conversely, two other situations were the most frequent, though associated with medium stigmatization and low suffering scores: retelling my story and lack of compassion. Finally, three situations showed high scores on all three measured dimensions (stigmatization, suffering, and frequency): infantilization, lack of information and explanations, and lack of consideration for social inclusion. The remaining situations were not distinguishable by any high score on the

measured dimensions. Interestingly, miscommunication with families was the most frequent situation of stigmatization for participants from the family sample.

### 2.3 Predictors of Stigmatization Score Associated With Mental Health Care Situations

Multiple regression results with the total stigmatization score as criterion are shown in Table 5. There was no significant predictor in models including reported comorbidities, services experienced, sociodemographic information, and beliefs (Models 1, 2, 4, and 5). In the model including practices experienced (Model 3), practices without consent such as hospitalization without consent and coercion measures (i.e., restraints or seclusion) were significant predictors associated with a higher stigmatization score (medium effect size). Conversely, recovery-oriented practices were a significant predictor associated with a lower stigmatization score (strong effect size). Finally, the regression model conducted specifically on the family sample (Model 6) showed that satisfaction about the relationship with professionals was associated with a lower stigmatization score (medium effect size).

**Table 4**

*Ranking of Most Stigmatizing Situations According to Users or Family Members of Users Who Had Experienced a Mental Health Care Pathway After a Diagnosis of Schizophrenia*

Stigmatizing situations	Users ( <i>N</i> = 59)			Family members ( <i>N</i> = 80)		
	Stigmatization score <i>M</i> ( <i>SD</i> )	Frequency	Suffering score <i>M</i> ( <i>SD</i> )	Stigmatization score <i>M</i> ( <i>SD</i> )	Frequency	Suffering score <i>M</i> ( <i>SD</i> )
I did not feel taken seriously by professionals when I had a somatic complaint (physical pain)	6.0 (1.6)	57.6% (34)	5.9 (1.8)	5.7 (1.8)	56.3% (45)	5.8 (1.8)
I felt that the professionals did not believe that I could recover (live a satisfying, productive, and hopeful life despite the illness)	6.0 (1.6)	54.2% (32)	6 (1.6)	5.8 (1.2)	60% (48)	5.6 (1.5)
I felt that the professionals believed that I was a danger to others	5.9 (1.5)	44.1% (26)	5.3 (1.8)	5.1 (1.9)	52.5% (42)	5.4 (1.6)
I did not participate in decisions about my treatment	5.6 (2)	83.1% (49)	4.8 (1.9)	5.1 (1.9)	75% (60)	5.2 (1.8)
Professionals did not pay attention to my inclusion in society (in work, social relations, housing, etc.)	5.5 (1.7)	61% (36)	5.1 (1.6)	5.7 (1.5)	71.3% (57)	5.4 (1.6)
I consider myself to have been a victim of physically violent practices	5.4 (2.3)	40.7% (24)	6.1 (1.5)	5.3 (2)	33.8% (27)	5.7 (1.6)
I felt infantilized	5.3 (2)	83.1% (49)	5.1 (1.8)	5.5 (1.5)	67.5% (54)	5.2 (1.6)
I did not feel respected in my intimacy and modesty	5.2 (2.2)	64.4% (38)	5.5 (1.8)	5 (2.1)	46.3% (37)	5.5 (1.8)
I lacked information and explanations during my care (illness, treatments, projects ...)	5.2 (1.8)	88.1% (52)	5.4 (1.8)	5.4 (1.7)	72.5% (58)	5.3 (1.5)
The mental health professionals thought I was not trying very hard to get by	5.1 (1.7)	39% (23)	5.3 (1.5)	5.1 (2)	42.5% (34)	5.6 (1.6)
The vocabulary (jargon) used by professionals complicated the care process	5.1 (2.1)	37.3% (22)	4.5 (2.1)	4.9 (1.9)	51.3% (41)	4.7 (1.8)
The health care services I have experienced did not inform me about my rights	4.7 (2.2)	72.9% (43)	4.7 (2.1)	5.2 (2)	56.3% (45)	4.6 (2)
I felt little compassion from the mental health professionals	4.5 (2)	74.6% (44)	5 (1.9)	5.2 (1.8)	63.8% (51)	5.3 (1.5)
The professionals did not manage their communication with my family and friends well	4.2 (2.2)	55.9% (33)	5.1 (2)	5 (2)	85% (68)	4.7 (2)
I have had to <i>retell my story</i> too many times	3.8 (2.2)	74.6% (44)	5.2 (1.9)	4.2 (2.1)	75% (60)	5.5 (1.5)

**Table 5**  
*Regression Results Using Users' Stigma Score as Criterion*

Predictor	b (SE)	t value	p value	$\beta$	β 95% CI [LL, UL]	Adjusted η <sup>2</sup>	Fit
<b>Model 1: Reported comorbidity</b>							
(Intercept)	44.06 (3.5)	12.67	<.001		[−6.88, 6.88]		
Bipolar disorder	9.09 (6.5)	1.40	.17	.12	[−12.8, 13.0]	.01	
Major depression disorder	−8.88 (6.8)	−1.31	.19	−.13	[−13.6, 13.3]	.03	
Anxiety disorder	−5.21 (7.3)	−0.72	.47	−.07	[−14.4, 14.3]	.00	
Alcohol use*	2.18 (5.1)	0.42	.67	.04	[−10.1, 10.2]	.01	
Drug use*	6.85 (4.8)	1.42	.16	.13	[−9.42, 6.69]	.01	
							$F(5, 133) = 1.51$
							$p$ value = .19
							Adjusted $R^2 = .02$
<b>Model 2: Mental health services experienced</b>							
(Intercept)	34.17 (8.7)	3.93	<.001		[−17.2, 17.2]		
Psychiatric emergency	6.89 (6.4)	1.08	.28	.10	[−12.5, 12.8]	.02	
Full-time hospitalization	7.08 (7.1)	1.00	.32	.09	[−14.0, 14.2]	.01	
Hospital day care	−4.86 (4.5)	−1.07	.29	−.09	[−9.09, 8.91]	.01	
Rehabilitation service	−9.27 (5.6)	−1.66	.10	−.15	[−11.2, 10.9]	.02	
Community mental health center	3.63 (5.5)	0.66	.51	.06	[−10.9, 11.0]	.00	
Psychiatrist in private practice	4.81 (4.8)	1.01	.31	.09	[−9.32, 9.50]	.01	
Psychologist in private practice	3.21 (5.0)	0.64	.53	.06	[−9.88, 10.0]	.00	
Home nursing service	−0.15 (5.0)	−0.03	.98	−.00	[−9.85, 9.84]	.00	
Therapeutic follow-up by general practitioner	−3.31 (6.0)	−0.56	.59	−.05	[−12.0, 11.9]	.00	
							$F(9, 129) = .97$
							$p$ value = .47
							Adjusted $R^2 = -.00$
<b>Model 3: Practices experienced</b>							
(Intercept)	71.80 (13.3)	5.41	<.001		[−26.3, 26.3]		
Recovery-oriented practices	−11.00 (1.5)	−7.19	<.001	−.54	[−3.57, 2.49]	.36	
Hospitalization without consent	1.53 (.77)	1.99	.05	.15	[−1.38, 1.67]	.08	
Coercion measures (seclusion or restraints)	10.95 (3.9)	2.80	.006	.21	[−7.53, 7.94]	.06	
Therapeutic education	−0.28 (5.1)	−0.06	.99	−.00	[−10.2, 10.2]	.00	
Pharmaceutical treatment	−3.21 (12.6)	−0.26	.80	−.02	[−24.9, 24.9]	.00	
Psychotherapy with a psychologist	−6.56 (4.09)	−1.60	.11	−.13	[−8.22, 7.97]	.02	
Psychotherapy with a psychiatrist	1.50 (4.0)	0.38	.71	.03	[−7.84, 7.89]	.00	
Group therapy	−2.42 (4.75)	−0.51	.61	−.04	[−9.43, 9.35]	.00	
Family therapy	7.90 (5.7)	1.39	.17	.10	[−11.1, 11.3]	.01	
Neuropsychological assessment	5.17 (4.6)	1.12	.26	.09	[−9.04, 9.21]	.00	
Cognitive remediation	−5.50 (5.5)	−1.01	.32	−.08	[−10.9, 10.7]	.00	
Therapy on social skills	2.67 (6.1)	0.43	.67	.03	[−12.1, 12.2]	.00	
Support by occupational therapist	8.20 (5.0)	1.63	.11	.12	[−9.83, 10.1]	.02	
							$F(13, 124) = 7.28$
							$p$ value ≤ .001
							Adjusted $R^2 = .37$
<b>Model 4: Sociodemographic information of user</b>							
(Intercept)	50.41 (9.4)	5.37	<.001		[−18.6, 18.6]		
Users	−1.40 (5.0)	−0.28	.78	−.03	[−9.84, 9.78]	.00	
User age	0.05 (.27)	0.20	.84	.02	[−.519, .567]	.00	
User's sex <i>H</i>	−1.03 (5.2)	−0.20	.84	−.02	[−10.2, 10.2]	.00	
Length of mental health care pathway	−.08 (0.32)	−0.24	.81	−.03	[−.674, .616]	.00	
Familiarity	−4.20 (5.0)	−0.84	.40	−.08	[−9.98, 9.82]	.00	
							$F(5, 131) = .17$
							$p$ value = .97
							Adjusted $R^2 = -.03$
<b>Model 5: Beliefs</b>							
(Intercept)	51.82 (7.1)	7.29	<.001		[−14.0, 14.0]		
Insight	−0.86 (1.1)	−0.75	.45	−.07	[−2.33, 2.20]	.00	
Recovery level	0.65 (.9)	0.75	.45	.07	[−1.62, 1.76]	.00	
Perceived similarities	−0.92 (1.2)	−0.75	.46	−.07	[−2.49, 2.35]	.00	
							$F(3, 135) = .42$
							$p$ value = .74
							Adjusted $R^2 = -.01$
<b>Model 6: Sociodemographic information of family member</b>							
(Intercept)	64.85 (20.1)	3.23	<.001		[−40.1, 40.1]		
Age	−0.04 (.3)	−0.13	.90	−.01	[−.656, .629]	.00	
Length of user's mental health care pathway	−9.09 (8.7)	−1.05	.30	−.11	[−17.4, 17.2]	.00	
							(table continues)
Family role: mother	−7.28 (6.9)	1.06	.29	−.11	[−13.6, 13.8]	.02	
Partnership satisfaction	−5.16 (1.7)	−3.04	.003	−.33	[−3.72, 3.06]	.11	
							$F(4, 75) = 3.17$
							$p$ value = .02
							Adjusted $R^2 = −.10$

Note.  $b$  = unstandardized regression weights;  $SE$  = standard error;  $\beta$  = standardized regression weight; CI = confidence interval.  $LL$  and  $UL$  indicate lower and upper limits of confidence interval, respectively. Effect size measured with Crammer's  $V$ : small under .01, medium between .06 and .14, and large over .14.

*ii. Méthodologie et résultats de l'enquête sur les facteurs associés à la stigmatisation chez les professionnels de santé mentale (STIGMAProSurvey)*

## 1. Methods

### 1.1 Procedure

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

According to the objectives of the study (i.e., identifying associated factors) and feasibility, a convenience sample strategy was preferred to a representative sample. Our target sample size was 316 participants. We attempted to recruit up to 347 individuals, assuming a maximum of 10% of extreme data. We used the software program GPower to conduct a power analysis. Our goal was to obtain 0.80 power to detect a weak effect size of  $f^2 = 0.07$  at the standard 0.05 alpha error probability (Linear multiple regression: Fixed model, 20 predictors).

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

### 1.2 Measures

#### 1.2.1 Stigmatisation

Existing stigmatisation measures for MHP show several limitations (i.e., lack of exhaustive measure, lack of specific measure of MHP representations, lack of measure based on a validated stigmatisation model). Owing to these limitations, we developed the STIGMAPRO scale as a specific measure of MHP stigmatisation. To maximise the scale validity, all items were drawn from tools used in previous studies, and internal consistencies were systematically checked. In addition, the scale was designed in accordance with the three dimensions of the stigma model (Corrigan & Penn, 1999; Fiske, 1998). For each dimension, items were drawn from previous studies investigating stigmatisation in MHP (for a review, see Valery & Prouteau, 2020). The STIGMAPRO scale thus contains three subscales :

- Stereotype subscale: exploring beliefs of dangerousness (three items, based on Grausgruber et al. (2007) and Van Dorn et al. (2005)), pessimism (three items based on Jorm et al. (1999)), blame/responsibility (four items based on a previous study conducted by the research team) and incompetence (three items based on Magliano et al. (2004) and Stuber et al. (2014)) in persons with schizophrenia (total: 13 items). Sentences were sometimes slightly modified if necessary for the sake of clarity in French. Each item was rated on a 7-point Likert scale (from 1: totally false to 7: totally true). The mean total score (addition of each item score/number of items) ranged from 1 to 7, higher scores indicating more agreement with stereotypical beliefs. The internal consistency was found to be satisfactory, with McDonald's  $\omega = 0.8$ .
- Prejudice subscale: exploring feelings of compassion, serenity, anxiety and fear regarding persons with schizophrenia (four items, inspired from Harmon-Jones et al. (2016)). Each item was rated on a 7-point scale (1: Not at all, 2: Slightly, 3: A little, 4: Moderately, 5: Quite a bit, 6: A lot, 7: Extremely). The mean score ranged from 1 to 7, higher scores indicating more agreement with prejudice. The internal consistency was found to be satisfactory, with McDonald's  $\omega = 0.66$ .
- Discrimination subscale: exploring intended discrimination with desire for social distance (two items drawn from Social distance scale Link et al., 1997). Each item was rated on a 7-point Likert scale (from 1: totally disagree to 7: totally agree). The mean score ranged from 1 to 7, higher scores indicating the participant showed less desire for social distance. The internal consistency was found to be satisfactory, with Spearman's rho = 0.66.

### 1.2.2 Associated factors

Potential predictors were not chosen in an exploratory way but were drawn from a previous systematic review of the international literature (Valery & Prouteau, 2020) and were organised on four levels: (i) sociodemographic characteristics, (ii) contextual professional characteristics (e.g., multidisciplinary team), (iii) individual professional characteristics (e.g., years of practice, utility beliefs, recovery-oriented practice) and (iv) theoretical beliefs, representing beliefs held by professionals on schizophrenia (e.g., theoretical orientation).

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

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

*Individual professional characteristics.* To assess recovery-oriented practice, we developed the Recovery-Oriented Practice scale (McDonald's  $\omega = 0.84$ ), with six items drawn from a recovery model and guidelines (Bird et al., 2014), targeting practices involving: hopeful language, information about care and rights, collaboration with families/caregivers, community

inclusion, connection with peers (see online Annexe for a complete description of items). Each item was rated on a 7-point frequency scale (from 1: never to 7: systematically), higher scores indicating more frequent use of recovery-oriented practices. Three items assessed participants' beliefs regarding their own professional utility in their work (McDonald's  $\omega = 0.84$ ; Lebowitz & Ahn, 2014), higher scores indicating strong beliefs in one's own professionals utility. Two items drawn from a work arduousness scale assessed ethical conflict (Spearman's  $\rho = 0.74$ ; Laberon & Lagabrielle, 2013), higher scores indicating strong ethical conflict in practice. Finally, participants were asked their profession, number of years of practice, and whether they had received specific information regarding concepts of stigma or recovery during their initial or further training.

*Theoretical beliefs.* A 6-item Aetiological beliefs scale (McDonald's  $\omega = 0.79$ ) assessed beliefs regarding schizophrenia aetiology (i.e., biological, psychological and environmental) on the basis of previous studies (Ahn et al., 2009). This scale allowed us to calculate the percentage of points awarded to biological items among the total points awarded on this scale by the participant. The greater the share of biological beliefs, the more schizophrenia is seen as a biological pathology to the detriment of other types of factors. Considering evolution in the conceptualisation of schizophrenia as a neurodevelopmental disorder, three additional items assessed beliefs regarding the importance of cognitive impairment in schizophrenia (Cognitive beliefs scale, McDonald's  $\omega = 0.62$ ), higher scores indicating strong cognitive vision on schizophrenia. Similarity, Categorical and Continuum items were also included (Violeau et al., 2020). The Similarity scale (two items, Spearman's  $\rho = 0.81$ ) assessed participants' beliefs regarding their shared similarities or common points with persons with schizophrenia, higher scores indicated higher views of similarity with persons with schizophrenia. Categorical (two items, Spearman's  $\rho = 0.50$ ) and Continuum (two items, Spearman's  $\rho = 0.38$ ) scales assessed beliefs regarding schizophrenia as a discrete social category, or as a continuum between normal and schizophrenia, respectively. The incremental beliefs of schizophrenia scale (two items, Spearman's  $\rho = 0.37$ ) assessed beliefs that schizophrenia is malleable and can change with effort (Dweck et al., 1995).

### 1.3 Analyses

R software version 3.5.1 was used to perform the analysis. As recommended by Revelle and Zinbarg (2009), total omega was preferred to Cronbach's alpha to assess internal consistency. Four models of multiple linear regression were used to identify the best predictors of stigmatisation among (i) theoretical beliefs, (ii) individual professional characteristics, (iii) contextual professional characteristics and (iv) sociodemographic information. Effect sizes were computed and interpreted according to Fritz et al. (2012).

Regarding desire for social distance score (i.e., intended discrimination), multiple linear regression was not applicable because of the heteroscedasticity of residuals, in all models, assessed with the non-constant variance score test ( $p < 0.001$ ). Nonparametric analyses were thus applied: Spearman's rho, Mann–Whitney U test and Kruskal–Wallis tests were used to find relevant variables associated with desire for social distance.

## 2. Results

### 2.1 Sample

A total number of 1012 participants clicked on the survey link, and 482 completed it entirely. Finally, 357 participants met the inclusion criteria (see Tables 1 and 2 for their detailed characteristics).

**Table 1.** Participants' characteristics

	Total	Nurses	Psychiatrists	Psychologists	Others
<b>N</b>	357 100%	147 41%	74 21%	78 22%	58 16%
Sociodemographic characteristics					
Age in years: mean (sd)	38.4 (11.6)	39 (10.8)	43 (12.8)	34.1 (9.76)	36.6 (11.8)
Gender					
Man	95 (27%)	31 (21%)	38 (51%)	14 (18%)	12 (21%)
Woman	262 (73%)	116 (79%)	36 (49%)	64 (82%)	46 (79%)
Academic level					
>5	81 (23%)	0 (0%)	72 (97%)	9 (12%)	0 (0%)
5	85 (24%)	11 (7%)	1 (1%)	69 (88%)	4 (7%)
3	155 (43%)	117 (80%)	0 (0%)	0 (0%)	38 (66%)
<3	36 (10%)	19 (13%)	1 (1%)	0 (0%)	16 (28%)
Familiarity (yes)	114 (32%)	42 (29%)	26 (35%)	29 (37%)	17 (29%)
Contextual professional characteristics					
Work setting					
Full-time hospitalisation service	92 (25%)	45 (31%)	21 (28%)	8 (01%)	18 (31%)
Community mental health centre	52 (15%)	17 (12%)	14 (19%)	18 (23%)	3 (5%)
Independent practice	47 (13%)	23 (16%)	11 (15%)	11 (14%)	2 (3%)
Others	166 (46%)	62 (42%)	28 (38%)	41 (53%)	35 (60%)
Contact frequency:					
>1/d	204 (57%)	99 (67%)	46 (62%)	19 (24%)	40 (69%)
>1/week	70 (20%)	20 (14%)	17 (23%)	25 (32%)	8 (14%)
<1/week	24 (7%)	4 (3%)	4 (5%)	13 (17%)	3 (5%)
No longer	59 (17%)	24 (16%)	7 (9%)	24 (31%)	7 (12%)
Multidisciplinary team					
Yes	305 (85%)	119 (81%)	64 (86%)	66 (85%)	56 (97%)
Individual professional characteristics					
Recovered-oriented practice: mean (sd)	5.67 (0.9)	5.48(1)	5.88 (0.80)	5.71 (1)	5.81 (0.86)
Professional utility belief: mean (sd)	5.56 (1.1)	5.61(1)	5.72 (0.9)	5.27 (1.4)	5.62 (1)
Ethical conflict: mean (sd)	1.92 (1.3)	2.17(1.4)	1.91 (1.3)	1.38 (0.83)	2 (1.4)
Years of practice: mean (sd)	12.1 (10.3)	13.6(9.8)	14.7 (11.7)	8.53 (8.7)	9.7 (9.9)
Recovery-trained (yes)	264 (74%)	104(71%)	58 (78%)	57 (73%)	45 (78%)
Stigma-trained (yes)	247 (69%)	94(64%)	51 (69%)	58 (74%)	44 (76%)
Theoretical beliefs					
Theoretical orientation of participant					
CBT <sup>a</sup>	77 (22%)	29 (20%)	14 (19%)	27 (35%)	7 (12%)
Psychoanalysts	45 (13%)	17 (12%)	8 (11%)	13 (17%)	7 (12%)
Humanists	49 (14%)	24 (16%)	7 (9%)	7 (9%)	11 (19%)
Others	130 (36%)	39 (27%)	37 (50%)	29 (37%)	25 (43%)
Do not know	56 (16%)	38 (25%)	8 (11%)	2 (3%)	8 (14%)
Biological aetiologcal beliefs: mean (sd)	45.7 (14)	42.6 (12.2)	54.4 (13.8)	47 (14.3)	40.8 (13.4)
Cognitive beliefs: mean (sd)	4.63 (1.3)	4.32 (1.2)	5.14 (1.2)	4.67 (1.3)	4.71 (1.1)
Continuum beliefs: mean (sd)	2.52 (1.5)	2.27 (1.4)	2.18 (1.2)	3.25 (1.68)	2.59 (1.43)
Categorical beliefs: mean (sd)	3.01 (1.5)	3.08 (1.6)	3.01 (1.6)	2.87 (1.4)	3.04 (1.6)
Incremental beliefs: mean (sd)	5.91 (0.9)	5.86 (0.9)	6.09 (0.83)	5.8 (1)	5.94 (0.9)
Similarity: mean (sd)	3.80 (1.83)	3.53 (1.9)	3.55 (1.8)	4.42 (1.7)	3.95 (1.8)

<sup>a</sup>CBT: cognitive behavioural therapy. Other professions: assistant nurses, peer assistants, occupational therapists.

**Table 2.** STIGMApro scale scores details.

	Total	Nurses	Psychiatrists	Psychologists	Others
Stereotype score: mean (sd)	2.76 (0.8)	2.91 (0.8)	2.63 (0.7)	2.56 (0.7)	2.83 (0.8)
Prejudice score: mean (sd)	3.09 (0.9)	3.19 (1)	2.91 (0.7)	2.95 (0.8)	3.23 (1.1)
Discrimination score <sup>a</sup> : mean (sd)	6.05 (1.3)	5.82 (1.4)	5.95 (1.4)	6.51 (0.9)	6.2 (1.4)

<sup>a</sup>This discrimination score is a social distance score, lower scores indicating more agreement with social distance, i.e., higher discrimination score.

## 2.2 Predictors of stereotype score

Multiple regression results with STIGMAPRO scale stereotype (stereotyped beliefs) score as criterion are displayed in Table 3. Among socio-demographic characteristics, age, academic level and familiarity were significant predictors of stereotype score. A greater age was associated with a higher stereotype score. On the contrary, greater academic level and familiarity were associated with a lower stereotype score. For all these predictors, effect sizes were weak. Among contextual professional characteristics, work setting was the only

significant predictor, with a medium effect size: MHP in independent practice reported more stereotyped beliefs than those working in full-time hospitalisation settings.

**Table 3.** Regression results using stereotype score as criterion.

Predictor	b(se)	t value	p Value	beta	95% CI [LL,UL]	Adjusted Eta <sup>2</sup>	Fit
<b>Model 1: Sociodemographic characteristics</b>							
(Intercept)	2.267 (0.18)	12.675	<0.001		[−0.352, 0.352]		
Age	0.009 (0.00)	2.546	<b>0.011</b>	0.140	[0.133, 0.147]	0.012	
Gender: Men	0.056 (0.10)	0.564	0.573	0.031	[−0.157, 0.219]	0.000	
Academic level:						0.040	
>5	0.157 (0.12)	1.266	0.206	0.087	[−0.157, 0.331]		
3	0.290 (0.11)	2.644	<b>0.009</b>	0.187	[−0.029, 0.403]		
<2	0.477 (0.15)	3.140	<b>0.002</b>	0.187	[−0.112, 0.485]		
Familiarity: yes	−0.271 (0.09)	−3.110	<b>0.002</b>	−0.164	[−0.336, 0.007]	0.026	
<b>Model 2: Contextual professional characteristics</b>							
(Intercept)	2.860 (.17)	16.846	<0.001		[−0.334,0.334]		
Work setting:						0.070	
Independent practice	0.352 (.17)	2.081	<b>0.038</b>	0.155	[−0.178,0.487]		
Other	−0.145 (.09)	−1.461	0.145	−0.094	[−0.289,0.101]		
Community mental health centre	−0.025 (.13)	−0.185	0.854	−0.011	[−0.276, 0.253]		
Multidisciplinary team: yes	−0.135 (.15)	−0.911	0.363	−0.062	[−0.355, 0.230]	0.005	
Contact frequency:						0.005	
>1/week	0.051(.11)	0.478	0.633	0.026	[−0.185, 0.238]		
<1/week	0.131 (.16)	0.805	0.422	0.043	[−0.278, 0.364]		
No longer	0.156 (.08)	1.261	0.208	0.075	[−0.168, 0.318]		
<b>Model 3: Individual professional characteristics</b>							
(Intercept)	4.120 (0.28)	14.659	<0.001		[−0.553, 0.553]		
Recovered-oriented practice	−0.152 (0.05)	−3.291	<b>0.001</b>	−0.184	[−0.274, −0.093]	0.0800	
Professional utility belief	−0.129 (0.04)	−3.374	<b>&lt;0.001</b>	−0.187	[−0.262, −0.111]	0.025	
Ethical conflict	−0.009 (0.03)	−0.272	0.786	−0.014	[−0.076, 0.048]	0.000	
Profession:						0.041	
Nurses	0.299 (0.11)	2.750	<b>0.006</b>	0.191	[−0.023, 0.405]		
Psychiatrists	0.082 (0.12)	0.706	0.481	0.045	[−0.195, 0.286]		
Other	0.324 (0.13)	2.554	<b>0.011</b>	0.155	[−0.094, 0.405]		
Years of practice	0.012 (0.00)	2.972	<b>0.003</b>	0.153	[0.145, 0.161]	0.025	
Recovery-trained: yes	−0.056 (0.10)	−0.557	0.578	−0.032	[−0.231, 0.167]	0.001	
Stigma-trained: yes	−0.073 (0.10)	−0.766	0.444	−0.044	[−0.233, 0.145]	0.004	
<b>Model 4: Theoretical beliefs</b>							
(Intercept)	4.392 (0.31)	14.134	<0.001		[−0.611, 0.611]		
Theoretical orientation:						0.035	
Humanism	−0.168 (0.12)	−1.413	0.158	−0.075	[−0.309, 0.159]		
Psychoanalysis	−0.257 (0.13)	−2.000	<b>0.046</b>	−0.111	[−0.364, 0.142]		
Other	−0.238 (0.09)	−2.585	<b>0.010</b>	−0.149	[−0.330, 0.032]		
Do not know	−0.037 (0.12)	−0.321	0.748	−0.018	[−0.245, 0.210]		
Biological aetiological belief	−0.013 (0.00)	−4.911	<b>&lt;0.001</b>	−0.228	[−0.233, −0.223]	0.098	
Cognitive beliefs	0.017 (0.03)	0.597	0.550	0.028	[−0.029, 0.086]	0.003	
Continuum beliefs	−0.010 (0.03)	−0.392	0.695	−0.019	[−0.069, 0.031]	0.046	
Categorical beliefs	0.096 (0.02)	4.031	<b>&lt;0.001</b>	0.191	[.144, .238]	0.110	
Incremental beliefs	−0.117 (0.04)	−3.074	<b>0.002</b>	−0.139	[−0.213, −0.064]	0.047	
Similarity	−0.148 (0.02)	−7.152	<b>&lt;0.001</b>	−0.351	[−0.392, −0.310]	0.129	

Note. b represents unstandardised regression weights and se represents standard error. beta indicates the standardised regression weight. LL and UL indicate lower and upper limits of confidence interval, respectively. The reference of academic level is 5 years' higher education. The reference of work setting is full-time hospitalisation service. The reference of profession is psychologists. The reference of theoretical orientation is cognitive behavioural therapy.

Bold values traditionally refer to significant values.

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

Among theoretical beliefs, stereotype scores were negatively associated with incremental beliefs (weak effect size) and similarity scores (medium effect size), and positively associated with categorical beliefs (weak effect size). Cognitive behavioural therapy (CBT)

theoretical orientation was associated with a lower stereotype score than psychoanalysis (weak effect size).

### 2.3 Predictors of prejudice score

Multiple regression results with prejudice score as criterion are displayed in Table 4. Among socio-demographic characteristics, none of the predictors was significant.

**Table 4.** Regression results using prejudice scale as the criterion.

Predictor	b(se)	t value	p Value	beta	beta 95% CI [LL,UL]	Adjusted Eta <sup>2</sup>	Fit
<b>Model 1: Sociodemographic characteristics</b>							
(Intercept)	2.645 (0.19)	13.800	<0.001		[−0.377, 0.377]		
Age	0.007 (0.00)	1.746	0.082	0.102	[0.095, 0.110]	0.011	
Gender: Men	−0.023 (0.10)	−0.224	0.823	−0.013	[−0.215, 0.189]	0.001	
Grade level:						0.013	
>5	−0.038 (0.13)	−0.288	0.774	−0.021	[−0.238, 0.279]		
3	0.168 (0.10)	1.201	0.231	0.083	[−0.121, 0.335]		
<2	0.260 (0.17)	1.444	0.150	0.107	[−0.238, 0.450]		
Familiarity: yes	0.029 (0.09)	0.306	0.760	0.017	[−0.167, 0.202]	0.000	
<b>Model 2: Contextual professional characteristics</b>							
(Intercept)	3.137 (0.19)	16.551	<0.001		[−0.373, 0.373]		
Work setting:						0.032	
Independent practice	0.103 (0.20)	0.516	0.606	0.042	[−0.349, 0.433]		
Other	0.202 (0.10)	1.961	0.051	0.131	[−0.071, 0.333]		
Community mental health centre	0.254 (0.14)	1.807	0.072	0.117	[−0.160, 0.393]		
Multidisciplinary team: yes	−0.350 (0.17)	−2.046	<b>0.042</b>	−0.156	[−0.492, 0.180]	0.016	
Contact frequency:						0.003	
>1/week	0.059 (0.11)	0.532	0.595	0.031	[−0.186, 0.248]		
<1/week	−0.068 (0.23)	−0.301	0.764	−0.016	[−0.461, 0.429]		
No longer	0.097 (0.13)	0.745	0.454	0.047	[−0.209, 0.303]		
<b>Model 3: Individual professional characteristics</b>							
(Intercept)	4.144 (0.30)	13.602	<0.001		[−0.599, 0.599]		
Recovered-oriented practice	−0.179 (0.05)	−3.590	<b>&lt;0.001</b>	−0.211	[−0.308, −0.113]	0.058	
Professional utility belief	−0.075 (0.04)	−1.794	0.074	−0.104	[−0.187, −0.021]	0.008	
Ethical conflict	0.014 (0.03)	.401	0.688	0.022	[−0.046, 0.090]	0.001	
Profession:						0.015	
Nurses	0.142 (0.12)	1.212	0.226	0.089	[−0.142, 0.320]		
Psychiatrists	0.011 (0.13)	0.085	0.932	0.006	[−0.253, 0.264]		
Other	0.236 (0.14)	1.706	0.089	0.110	[−0.163, 0.382]		
Years of practice	0.008 (0.00)	1.797	0.073	0.098	[0.090, 0.106]	0.010	
Recovery-trained: yes	−0.093 (0.10)	−0.893	0.373	−0.054	[−0.259, 0.150]	0.000	
Stigma-trained: yes	0.202 (0.11)	1.826	0.069	0.112	[−0.106, 0.330]	0.010	
<b>Model 4: Theoretical believes</b>							
(Intercept)	3.508 (0.38)	9.346	<0.001		[−0.739, 0.739]		
Theoretical orientation:						0.023	
Humanism	0.004 (0.14)	0.025	0.980	0.002	[−0.272, 0.275]		
Psychoanalysis	0.106 (0.15)	0.713	0.476	0.047	[−0.245, 0.339]		
Other	0.035 (0.11)	0.328	0.743	0.022	[−0.186, 0.230]		
Do not know	0.270 (0.13)	2.034	<b>0.043</b>	0.132	[−0.129, 0.393]		
Biological aetiological beliefs	0.001 (0.00)	0.041	0.967	0.002	[−0.004, 0.223]	0.001	
Cognitive beliefs	0.010 (0.03)	0.305	0.761	0.017	[−0.050, 0.084]	0.000	
Continuum beliefs	0.022 (0.03)	0.736	0.465	0.042	[−0.016, 0.100]	0.002	
Categorical beliefs	−0.004 (0.03)	−0.148	0.883	−0.009	[−0.063, 0.046]	0.005	
Incremental beliefs	−0.040 (0.05)	−0.813	0.417	−0.045	[−0.140, 0.051]	0.007	
Similarity	−0.116 (0.02)	−4.845	<b>&lt;0.001</b>	−0.285	[−0.332, −0.238]	0.067	

Note. b represents unstandardised regression weights and se represents standard error. beta indicates standardised regression weight. LL and UL indicate lower and upper limits of confidence interval, respectively. The reference of work setting is full-time hospitalisation service. The reference of profession is psychologists. The reference of theoretical orientation is cognitive behavioural therapy. The reference of grade level is 5 years' higher education.  
Bold values traditionally refer to significant values.

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

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

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

## 2.4 Predictors of desire for social distance score

Results regarding intended discrimination score (desire for social distance) analyses are reported in Tables 5 and 6. Among sociodemographic characteristics, none of the correlates had a significant relationship on discrimination score.

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

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

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

**Table 5.** Association of continuous variables with desire for social distance score.

	Age	Recovery-oriented practice	Utility beliefs	Ethical conflict	Years of practice	Biological aetiological beliefs	Cognitive beliefs	Continuum beliefs	Categorical beliefs	Incremental beliefs	Similarity
Spearman rho	-0.077	0.266***	0.105*	-0.096	-0.135*	-0.024	0.012	0.108*	-0.223***	0.139**	0.248***

Note: \* $p < 0.05$ ; \*\* $p < 0.01$ ; \*\*\* $p < 0.001$ .

## 2.5 Follow-up analysis

To further investigate some of the results, we conducted additional group comparisons. A regression analysis revealed that among work settings, independent practice predicted lower scores of recovery-oriented practices ( $F(3,353) = 3.83$ ,  $p = 0.01$ , adjusted  $R^2=0.023$ ), lower scores of continuum beliefs ( $F(3,353) = 6.52$ ,  $p < 0.001$ , adjusted  $R^2=0.045$ ), lower scores of professional utility beliefs ( $F(3,353) = 3.13$ ,  $p = 0.026$ , adjusted  $R^2=0.02$ ), lower scores of perceived similarities ( $F(3,353) = 6.66$ ,  $p < 0.001$ , adjusted  $R^2 = 0.045$ ) and higher scores of categorical beliefs ( $F(3,353) = 6.16$ ,  $p < 0.001$ , adjusted  $R^2 = 0.05$ ). Independent practice did not predict biological beliefs ( $F(3,353) = 0.49$ ,  $p = 689$ , adjusted  $R^2 = 0.004$ ). A Mann and Whitney analyses revealed that compared to isolated MHP ( $n = 52$ ), MHP from multidisciplinary teams ( $n = 305$ ) reported higher scores of recovery-oriented practices ( $U(356) = 6416$ ,  $p = 0.027$ ,  $d = 0.38$ ), higher scores of utility beliefs ( $U(356) = 5455$ ,  $p < 0.001$ ,  $d = 0.57$ ) and higher scores of perceived similarities ( $U(356)$

**Table 6.** Association of categorical variables with desire for social distance score

	n	Mean (sd)	Test	Effect size
Gender:	95	6.16 (1.14)		
Men			$U = 12,350$	Cohen's $d = 0.11$
Women	262	6.02 (1.40)	$p = 0.907$	
Academic level:	81	6.02 (1.36)	$\chi^2 = 4.14$	$\text{Eta}^2 = 0.012$
>5			$p = 0.247$	
5	85	6.34 (1.04)		
3	155	5.95 (1.42)		
<3	36	5.88 (1.44)		
Familiarity:	114	6.31 (1.03)		
Yes			$U = 12,302$	Cohen's $d = 0.28$
No	243	5.93 (1.44)	$p = 0.070$	
Work setting:	92	5.96 (1.24)	$\chi^2 = 18.4$	$\text{Eta}^2 = 0.051$
Inpatient setting			$p < 0.001$	
Community mental health centre	52	6.09 (1.40)		
Independent practice	47	5.54 (1.52)		
Others	166	6.24 (1.27)		
Multidisciplinary team:	305	6.08 (1.30)	$U = 7131$	Cohen's $d = 0.16$
Yes			$p = 0.217$	
No	52	5.88 (1.48)		
Contact frequency:	204	6.02 (1.32)	$\chi^2 = 1.87$	$\text{Eta}^2 = 0.005$
>1/day			$p = 0.600$	
>1/week	70	6.15 (1.33)		
<1/week	24	6.31 (1.03)		
No longer	59	5.93 (1.48)		
Profession:	147	5.82 (1.40)	$\chi^2 = 17.7$	$\text{Eta}^2 = 0.050$
Nurses			$p < 0.001$	
Psychologists	78	6.51 (0.90)		
Psychiatrists	74	5.95 (1.40)		
Other	58	6.16 (1.42)		
Recovery-trained:	264	6.08 (1.33)	$U = 11,580$	Cohen's $d = 0.06$
Yes			$p = .388$	
No	93	5.99 (1.95)		
Stigma-trained:	247	6.11 (1.32)	$U = 12450$	Cohen's $d = 0.13$
Yes			$p = 0.181$	
No	110	5.93 (1.35)		
Theoretical orientation:	177	6.25 (1.10)	$\chi^2 = 7.05$	$\text{Eta}^2 = 0.020$
CBT			$p = 0.133$	
Humanism	49	5.87 (1.18)		
Psychoanalysis	45	5.89 (1.59)		
Other	130	6.15 (1.36)		
Do not know	56	5.87 (1.44)		

Note. CBT is cognitive behavioural therapy.  
Bold values traditionally refer to significant values.

= 5927,  $p = 0.003$ ,  $d = 0.47$ ). No significant difference was found on biological beliefs scores ( $U(356) = 7781$ ,  $p = 0.828$ ,  $d = 0.004$ ), on continuum beliefs scores ( $U(356) = 7867$ ,  $p = 0.93$ ,  $d = 0.04$ ) and on categorical beliefs scores ( $U(356) = 7040$ ,  $p = 0.193$ ,  $d = 0.18$ ). Compared to MHP with a psychoanalytic orientation ( $n = 45$ ), MHP with a CBT orientation ( $n = 77$ ) reported higher scores of recovery-oriented practices ( $U(121)=1261$ ,  $p = .01$ ,  $d = .42$ ), higher scores of biological beliefs ( $U(121) = 1044$ ,  $p < 0.001$ ,  $d = 0.75$ ), higher scores of continuum beliefs ( $U(121) = 1213$ ,  $p = 0.005$ ,  $d = 0.55$ ) and lower scores of categorical beliefs ( $U(121) = 1309$ ,  $p = 0.02$ ,  $d = 0.42$ ). No significant difference was found in professional utility beliefs ( $U(121) = 1583$ ,  $p = 0.42$ ,  $d = 0.21$ ) or in perceived similarities ( $U(121) = 1437$ ,  $p = 0.12$ ,  $d = 0.28$ ). Finally, biological beliefs correlated positively with incremental beliefs ( $r(356) = 0.135$ ,  $p = 0.011$ ).

### *iii. Méthodologie et résultats de l'enquête sur les stéréotypes d'incompétence chez les professionnels de santé mentale (STIGMAproIncompetence)<sup>10</sup>*

## 1. Méthode

### 1.1 Procédure

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

### 1.2 Participants

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

Tableau 1. Caractéristiques des participants	
N	164
Genre	
Homme	38.6%
Age (m(sd))	38.6(10.8)
Profession (N)	
Infirmier	22
Psychologue	72
Psychiatre	51
Autres	13
Lieu de travail (N)	
Centre médico-psychologique	17
Hôpital de jour	32
Hospitalisation à temps complet	12
Réhabilitation	42
Libéral	41
Autres	

### 1.3 Mesures

<sup>10</sup> Les éléments de cette annexe sont tirés de l'article STIGMAproIncompetence en cours de publication. Ils ne peuvent donc pas être diffusés pour le moment.

### 1.3.1 Mesure de la stigmatisation

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

- **compétence au travail** (sur une échelle de 1 à 7, 1 étant « Pas efficace(s) dans son travail », 7 étant « Très efficace(s) dans son travail »)
- **compétence en santé** (sur une échelle de 1 à 7, 1 étant « Pas compétent(e)s) pour prendre des décisions concernant sa santé », 7 étant « très compétent(e)s) pour prendre des décisions concernant sa santé »)
- **compétence intellectuelle** (sur une échelle de 1 à 7, 1 étant « Pas intelligent(e)s) », 7 étant « très intelligent(e)s) »)
- **compétence sociale** (sur une échelle de 1 à 7, 1 étant « Pas doué(e)s) pour entretenir de bonnes relations sociales », 7 étant « très doué(e)s) pour entretenir de bonnes relations sociales »)
- **compétence émotionnelle** (sur une échelle de 1 à 7, 1 étant « Pas fort(e)s) pour maîtriser ses émotions », 7 étant « Très fort(e)s pour maîtriser ses émotions »)

### 1.3.2 Mesure des facteurs associés

Les croyances sur le continuum, sur le rétablissement, les similitudes perçues et la compassion envers les personnes qui ont une schizophrénie ont été mesurées avec une échelle spécifique. Pour l'analyse statistique, chaque score total à chaque item était utilisé séparément. Les croyances sur le continuum mesurées avec le QBCS (Questionnaire of Belief in a Continuum in Schizophrenia, Violeau et al., 2020) sur une échelle de 1 à 7, 1 étant « Pas du tout d'accord », 7 étant « tout à fait d'accord », en 4 items : « La schizophrénie est simplement une exagération du fonctionnement normal. » ; « Les symptômes de la schizophrénie, comme entendre des voix ou se sentir persécuté, sont en fait communs à tout le monde » ; « Il existe une limite claire et bien définie entre la schizophrénie et la normalité » ; « La schizophrénie implique un état d'esprit fondamentalement différent de la normale ».

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

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

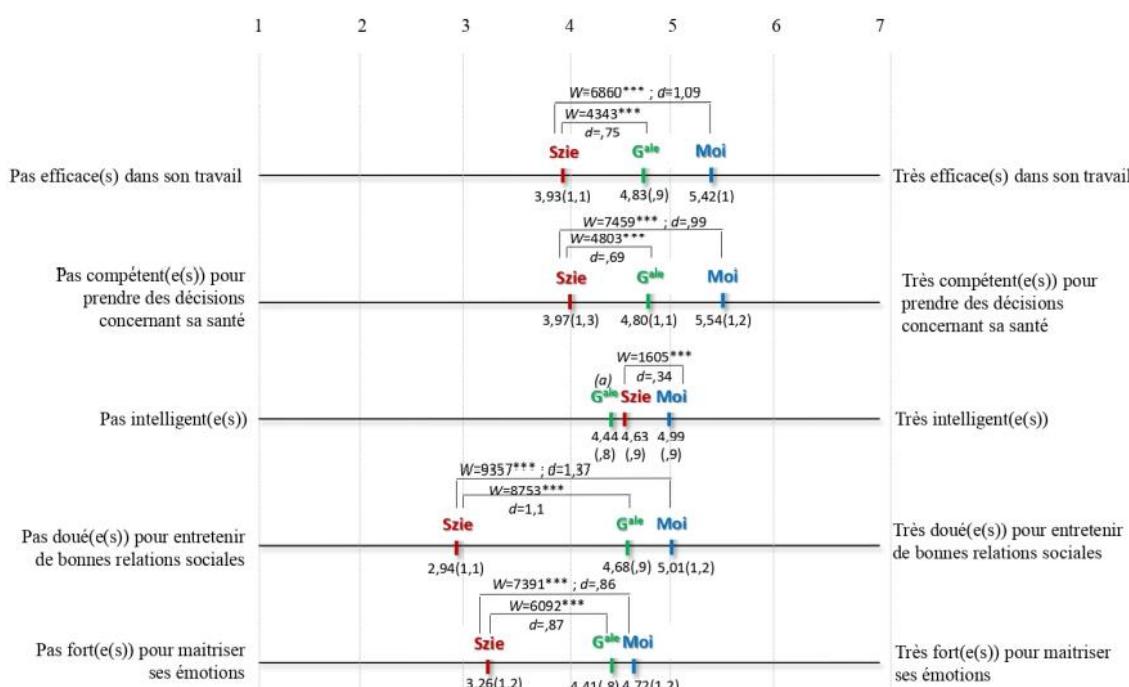
La compassion était également mesurée (sur une échelle de 1 à 7, 1 étant « pas du tout », 2 étant « légèrement », 3 étant « un peu », 4 étant « modérément », 5 étant « assez », 6 étant « beaucoup », 7 étant « extrêmement »).

## 1.4 Analyses

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

## 2. Résultats

Les résultats concernant les domaines de compétence stigmatisés par les professionnels de santé mentale sont illustrés dans la figure 1. Dans tous les domaines de compétences, les professionnels se sont accordés un score plus important que celui attribué aux personnes qui ont un diagnostic de schizophrénie. Par ordre de taille d'effet, les domaines de compétences stigmatisés étaient la compétence sociale, la compétence au travail, la compétence en santé, la compétence émotionnelle et enfin la compétence intellectuelle. Dans tous les domaines de compétences sauf les le domaine intellectuel, les professionnels ont accordé un score plus important aux membres de la population saine que celui attribué aux personnes qui ont un diagnostic de schizophrénie. Par ordre de taille d'effet, les domaines de compétences stigmatisés étaient les compétences à entretenir de bonnes relations sociales, à maitriser ses émotions, à être efficace dans leur travail et enfin à prendre des décisions concernant leur santé.



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

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

Les résultats des régressions linéaires sur la moyenne des scores de stigmatisation aux 5 domaines de compétences sont présentés dans le tableau 2. Chez les professionnels de santé mentale, des scores de croyances catégorielles plus importants prédisaient davantage de stigmatisation (forte taille d'effet). Des scores plus importants de croyances sur le rétablissement (taille d'effet moyen) et des scores plus importants de similitudes perçues (taille d'effet faible) prédisaient moins de stigmatisation. Les variables de croyances en continuum, genre, âge et professions n'étaient pas associées à la stigmatisation.

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

Prédicteurs	b(se)	t value	p value	beta	Adjusted Eta <sup>2</sup>	Fit
(Intercept)	4.335(.48)	8.596	<.001			
Croyances sur le continuum	-.027(.04)	-.695	.488	-.051	.080	
Croyances catégorielles	.130(.04)	3.539	<.001	.273	.180	
Croyances sur le rétablissement	-.160(.04)	-4.209	<.001	.305	.130	
Similitudes perçues	-.082(.04)	-2.158	.032	-.153	.020	
Genre : homme	-.115(.12)	-.986	.117	-.072	.010	
Age	.001(.00)	.108	.914	.005	<.001	
Profession :						.020
Infirmiers	-.092(.24)	-.388	.699	-.041		
Psychiatres	-.324(.21)	-.208	.277	-.149		
Psychologues	-.232(21)	-.208	.121	-.195		
$F(9,148) = 8.388$ $p \text{ value} = <.001$ $\text{Adjusted R}^2 = .2975$						

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

#### iv. Méthodologie et résultats de l'étude randomisée contrôlée testant l'efficacité des solutions anti-stigma (STIGMAproXP)<sup>11</sup>

##### 1. Méthode

###### 1.1 Procédure

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

<sup>11</sup> Les éléments de cette annexe sont tirés de l'article STIGMAproXP non publié. Ils ne peuvent donc pas être diffusés pour le moment.

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

## 1.2 Participants

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

## 1.3 Mesures

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

- **le pessimisme** (sur une échelle de 1 à 7, 1 étant « Ne peut pas du tout accéder à une qualité de vie élevée », 7 étant « Peut tout à fait accéder à une qualité de vie élevée »).
- **la dangerosité** (sur une échelle de 1 à 7, 1 étant « pas du tout dangereux pour les autres », 7 étant « très dangereux pour les autres »)

- **l'incompétence 1** (sur une échelle de 1 à 7, 1 étant « pas du tout capable de prendre de bonnes décisions concernant sa santé », 7 étant « totalement capable de prendre de bonnes décisions concernant sa santé »)
- **l'incompétence 2** (sur une échelle de 1 à 7, 1 étant « Pas du tout efficace au travail », 7 étant « très efficace au travail »)
- **la responsabilité** (sur une échelle de 1 à 7, 1 étant « ne fait absolument aucun effort pour se sortir de ses problèmes », 7 étant « fait beaucoup d'efforts pour se sortir de ses problèmes »). Pour chaque item, le score de stéréotype pris en compte était celui des « personnes atteintes de schizophrénie ». Les scores que les participants se sont attribués à « eux-mêmes » ont été utilisés pour évaluer à quel point ils se différencient, se pensent supérieurs ou inférieurs aux personnes qui ont une schizophrénie (score de **différenciation**).

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

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

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

Les intentions de discrimination étaient mesurées avec 2 items de l'échelle de **distance sociale** (Valery et al, soumis, Link et al, 1997) :

- Mes employeurs devraient embaucher une personne atteinte de schizophrénie si elle est la meilleure personne pour le poste. (sur une échelle de 1 à 7, 1 étant « pas du tout d'accord », 7 étant « tout à fait d'accord »).
- Si un collègue avec qui je travaille me disait qu'il souffre d'une schizophrénie traitée, je voudrais quand même travailler avec lui. (sur une échelle de 1 à 7, 1 étant « Pas du tout d'accord », 7 étant « tout à fait d'accord »)

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

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

- Croyances sur le continuum mesurées avec le QBCS (Questionnaire of Belief in a Continuum in Schizophrenia) sur une échelle de 1 à 7, 1 étant « Pas du tout d'accord », 7 étant « tout à fait d'accord ». Deux scores permettent d'analyser ces croyances, un score de croyance sur le **continuum** (« La schizophrénie est simplement une exagération du fonctionnement normal. » ; « Les symptômes de la schizophrénie, comme entendre des voix ou se sentir persécuté, sont en fait communs à tout le monde

») et un score de croyances **catégorielles** (« Il existe une limite claire et bien définie entre la schizophrénie et la normalité » ; « La schizophrénie implique un état d'esprit fondamentalement différent de la normale »).

- Les **similitudes perçues** mesurées à l'aide de 2 items de l'échelle SPSS (Scale of Perceived Similarities with Schizophrenia) sur une échelle de 1 à 7, 1 étant « pas du tout d'accord », 7 étant « tout à fait d'accord » (« Je partage des similitudes avec les personnes qui souffrent de schizophrénie » ; « J'ai beaucoup de choses en commun avec les personnes qui souffrent de schizophrénie »).
- Les croyances sur le **rétablissement** ont été mesurées avec un item tiré d'une enquête précédente chez les professionnels : sur une échelle de 1-7, 1 étant « Pas du tout d'accord », 7 étant « tout à fait d'accord » : « Les personnes atteintes de schizophrénie peuvent se rétablir (vivre une vie satisfaisante, productive et pleine d'espoir malgré la maladie »).
- Les croyances sur le **dévoilement de soi** ont été mesurées en posant la question suivante : « Il est utile de révéler quelque chose de personnel à une personne schizophrène dont vous vous occupez » sur une échelle de 1 à 7, 1 étant « pas du tout d'accord » et 7 étant « tout à fait d'accord ».

## 1.4 Analyses

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

## 2. Résultats

### 2.1 Caractéristiques des participants

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

Tableau 1. Caractéristiques des participants

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

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

## 2.2 Vérification des manipulations

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

Le score de croyances sur le rétablissement (modèle 3), les différentes conditions ne diffèrent pas selon les conditions. Ces résultats ne permettent pas d'affirmer que les croyances sur le rétablissement ont été manipulées. Notons qu'il semble y avoir un effet plafond dans la mesure de rétablissement en effet, les scores des conditions se distribuent entre  $m=6.08$ ,  $sd=1.18$  et  $m=6.32$ ,  $sd=.95$  pour une mesure en 7 points.

Le score de croyance sur le dévoilement de soi (modèle 4) est plus haut dans la condition de dévoilement de soi que dans toutes les autres conditions. Ces résultats confirment que les croyances sur le dévoilement de soi ont été manipulées. Le score de similitudes perçues (model 5 et 6) est plus bas dans la condition continuum que dans la condition contrôle de base n°2, mais ne diffère pas dans les autres conditions. Ces résultats ne permettent pas d'affirmer que les similitudes perçues ont été manipulées.

Tableau 2. Résultats des analyses vérifiant les manipulations expérimentales

Predicteurs	b(se)	t value	p value	beta	95% CI [LL,UL]	Fit
<b>Modèle 1 :</b>						
Régression des scores de Continuum sur les conditions en utilisant le dummy coding						
(Intercept)	3.298(.20)	16.18	<2 <sup>-16</sup>		[-.401,.401]	
<b>Continuum vs. Contrôle n°1</b>	<b>-.893(.267)</b>	<b>-3.233</b>	<b>.00135</b>	<b>-.228</b>	<b>[-.771,.316]</b>	
Continuum vs. Contrôle n°2	-.021(.285)	-.075	.93998	-.005	[-.566,.555]	
Continuum vs. Rétablissement	-.556(.286)	-7.945	.05259	-.135	[-.697,.428]	
Continuum vs. Dévoilement de soi	-.052(.285)	-.183	.85461	-.013	[-.573,.548]	
						<i>F</i> (4,325) = 4.338
						<i>p</i> value = .001972
						Adjusted R <sup>2</sup> = .039
<b>Modèle 2 :</b>						
Régression des scores de croyances catégorielles sur les conditions en utilisant le dummy coding						
(Intercept)	3.100(.187)	16.51	<2 <sup>-16</sup>		[-.369,.369]	
Continuum vs. Contrôle n°1	.011(.254)	.045	.9645	.003	[-.497,.503]	
<b>Continuum vs. Contrôle n°2</b>	<b>-.520(.262)</b>	<b>-1.984</b>	<b>.0482</b>	<b>-.140</b>	<b>[-.655,.376]</b>	
Continuum vs. Rétablissement	-.223(.263)	-.843	.3999	-.059	[-.577,.458]	
Continuum vs. Dévoilement de soi	-.274(.262)	-1.044	.2971	-.074	[-.589,.442]	
						<i>F</i> (4,325) = 1.47
						<i>p</i> value = .2111
						Adjusted R <sup>2</sup> = .00568
<b>Modèle 3 :</b>						
Régression des scores de Rétablissement sur les conditions en utilisant le dummy coding						
(Intercept)	6.313(.136)	46.49	<2 <sup>-16</sup>		[-.267,.267]	
Rétablissement vs. Contrôle n°1	.012(.185)	.064	.949	.005	[-.360,.369]	
Rétablissement vs. Contrôle n°2	-.189(.191)	-.990	.323	-.070	[-.446,.308]	
Rétablissement vs. Continuum	-.054(.194)	-.281	.779	-.020	[-.400,.361]	
Rétablissement vs. Dévoilement de soi	-.236(.191)	-1.232	.219	-.087	[-.463,.290]	
						<i>F</i> (4,325) = 0.7169
						<i>p</i> value = .5809
						Adjusted R <sup>2</sup> = -.00345
<b>Modèle 4 :</b>						
Régression des scores de Dévoilement de soi sur les conditions en utilisant le dummy coding						
(Intercept)	4.923(.243)	20.28	<2 <sup>-16</sup>		[-.478,.478]	
<b>Dévoilement de soi vs. Contrôle n°1</b>	<b>-.1329(.333)</b>	<b>-3.993</b>	<b>8.07<sup>-5</sup></b>	<b>-.277</b>	<b>[-.931,.378]</b>	
Dévoilement de soi vs. Contrôle n°2	-.185(.343)	-.451	.00063	-.236	[-.911,.440]	
Dévoilement de soi vs. Continuum	-.149(.347)	-3.307	.00105	-.224	[-.908,.459]	
Dévoilement de soi vs. Rétablissement	-.1048(.345)	-3.041	.00255	-.207	[-.885,.470]	
						<i>F</i> (4,325) = 4.954
						<i>p</i> value = .000687
						Adjusted R <sup>2</sup> = .0459

Tableau 2. Résultats des analyses vérifiant les manipulations expérimentales

Predicteurs	<i>b(se)</i>	<i>t</i> value	<i>p</i> value	<i>beta</i>	<i>beta</i> 95% CI [LL,UL]	Fit
Modèle 5 : Régression des scores de similitudes perçues sur les conditions en utilisant le dummy coding						
(Intercept)	4.385(.214)	20.51	<2 <sup>16</sup>		[-.421,.421]	
Contrôle n°1 vs. Continuum	-.490(.317)	-1.522	.129	-.111	[-.734,.512]	
Contrôle n°1 vs. Rétablissement	.076(.314)	0.241	.809	.018	[-.600,.636]	
Contrôle n°1 vs. Dévoilement de soi	-.016(.313)	-.051	.959	-.004	[-.619,.612]	
						<i>F</i> (3,261) = 1.205
						<i>p</i> value = .3085
						Adjusted R <sup>2</sup> = .002321
Modèle 6 : Régression des scores de similitudes perçues sur les conditions en utilisant le dummy coding						
(Intercept)	4.754(.228)	20.88	<2 <sup>16</sup>		[-.448,.448]	
		4				
Contrôle n°2 vs. Continuum	-.851(.326)	<b>-2.611</b>	<b>.00957</b>	<b>-.197</b>	<b>[-.839,.444]</b>	
Contrôle n°2 vs. Rétablissement	-.293(.323)	-.906	.36562	-.069	[-.705,.568]	
Contrôle n°2 vs. Dévoilement de soi	-.385(.322)	-1.195	.23331	-.091	[-.725,.543]	
						<i>F</i> (3,252) = 2.336
						<i>p</i> value = .07431
						Adjusted R <sup>2</sup> = .01547

### 2.3 Effets des conditions sur la stigmatisation

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

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

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

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

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

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

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

Predicteurs	b(se)	t value	p value	beta	beta 95% CI [LL,UL]	Cohen <i>d</i>	Fit
Modèle 21 : Régression des scores d'anxiété sur les conditions en utilisant le dummy coding							
(Intercept)	2.311(.268)	8.613	.68 <sup>-16</sup>		[-.528,.528]		
Contrôle n°1 vs. Continuum	.544(.397)	1.369	.172	.100	[-.683,.882]	.23	
Contrôle n°1 vs. Rétablissement	.017(.394)	.044	.965	.003	[-.772,.779]	.01	
Contrôle n°1 vs. Dévoilement de soi	.612(.392)	1.561	.120	.114	[-.658,.887]	.26	
							<i>F</i> (3,261) = 1.359 <i>p</i> value = .2558 Adjusted R <sup>2</sup> = .0041
Modèle 22 : Régression des scores d'anxiété sur les conditions en utilisant le dummy coding							
(Intercept)	2.154(.282)	7.637	4.62 <sup>-13</sup>		[-.555,.555]		
Contrôle n°2 vs. Continuum	.701(.404)	1.737	.0837	.132	[-.663,.927]	.29	
Contrôle n°2 vs. Rétablissement	.174(.400)	.435	.6637	.033	[-.755,.822]	.09	
Contrôle n°2 vs. Dévoilement de soi	.769(.399)	1.929	.0549	.147	[-.639,.932]	.35	
							<i>F</i> (3,252) = 1.813 <i>p</i> value = .1453 Adjusted R <sup>2</sup> = .00947
Modèle 23 : Régression des scores de compassion sur les conditions en utilisant le dummy coding							
(Intercept)	8.676(.372)	23.343	<2 <sup>-16</sup>		[-.732,.732]		
Contrôle n°1 vs. Continuum	-.031(.550)	-.055	.9558	-.004	[-1.09,1.08]	.01	
Contrôle n°1 vs. Rétablissement	.371(.546)	.680	.4970	.050	[-1.03,1.12]	.11	
Contrôle n°1 vs. Dévoilement de soi	1.063(.543)	1.955	.0516	.143	[-.927,1.21]	.34	
							<i>F</i> (3,264) = 1.666 <i>p</i> value = .1748 Adjusted R <sup>2</sup> = .00751
Modèle 24 : Régression des scores de compassion sur les conditions en utilisant le dummy coding							
(Intercept)	9.000(.380)	23.663	<2 <sup>-16</sup>		[-.749,.749]		
Contrôle n°2 vs. Continuum	-.355(.544)	-.652	.515	-.050	[-1.12,1.02]	.11	
Contrôle n°2 vs. Rétablissement	.047(.540)	.087	.931	.007	[-1.06,1.07]	.02	
Contrôle n°2 vs. Dévoilement de soi	.738(.538)	1.373	.171	.105	[-.955,1.16]	.26	
							<i>F</i> (3,252) = 1.422 <i>p</i> value = .2369 Adjusted R <sup>2</sup> = .00494
Modèle 25 : Régression des scores de distance sociale sur les conditions en utilisant le dummy coding							
(Intercept)	12.14(.197)	61.692	<2 <sup>-16</sup>		[-.388,.388]		
Contrôle n°1 vs. Continuum	-.005(.291)	-.016	.987	-.001	[-.575,.573]	.00	
Contrôle n°1 vs. Rétablissement	-.087(.289)	-.302	.763	-.022	[-.591,.547]	.05	
Contrôle n°1 vs. Dévoilement de soi	-.280(.288)	-.974	.331	-.072	[-.638,.495]	.17	
							<i>F</i> (3,261) = .396 <i>p</i> value = .756 Adjusted R <sup>2</sup> = -.00691
Modèle 26 : Régression des scores de distance sociale sur les conditions en utilisant le dummy coding							
(Intercept)	11.80(.227)	51.975	<2 <sup>-16</sup>		[-.447,.447]		
Contrôle n°2 vs. Continuum	.337(.325)	1.037	.301	.079	[-.561,.719]	.20	
Contrôle n°2 vs. Rétablissement	.255(.322)	.790	.430	.061	[-.574,.695]	.13	
Contrôle n°2 vs. Dévoilement de soi	.062(.321)	.192	.848	.015	[-.618,.647]	.03	
							<i>F</i> (3,252) = .4788 <i>p</i> value = <.6973 Adjusted R <sup>2</sup> = -.00617

### III. Diffusion / Communication

#### A. Livrables externes réalisés

##### 1. Communications scientifiques

i. *Revue à comité de lecture :*

##### Articles publiés :

- Valery, K.-M., Fournier, T., Violeau, L., Guionnet, S., Bonilla-Guerrero, J., Caria, A., Carrier, A., Destaillats, J.-M., Follenfant, A., Laberon, S., Lalbin-Wander, N., Martinez, E., Staedel, B., Touroude, R., Vigneault, L., & Prouteau, A. (2023). When mental health care is stigmatizing : A participative study in schizophrenia. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 1-11. <https://doi.org/10.1037/prj0000567>

- Valery, K.-M., Violeau, L., Fournier, T., Yvon, F., Arfeuillere, S., Bonilla-Guerrero, J., Caria, A., Carrier, A., Destaillats, 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*, 1-11. <https://doi.org/10.1080/13651501.2022.2129068>

URL d'accès : <http://www.recherche-sante-mentale.fr/docsenlien/Partofthesolutionyetpartoftheproblemfactorsofschizophreniastigmainmentalhealthprofessionals.pdf>

- Valery, K.-M., & Prouteau, A. (2020). Schizophrenia stigma in mental health professionals and associated factors: A systematic review. *Psychiatry Research*, 290, 113068. doi : 10.1016/j.psychres.2020.113068

URL d'accès : [https://www.researchgate.net/publication/341615459\\_Schizophrenia\\_stigma\\_in\\_mental\\_health\\_professionals\\_and\\_associated\\_factors\\_A\\_systematic\\_review](https://www.researchgate.net/publication/341615459_Schizophrenia_stigma_in_mental_health_professionals_and_associated_factors_A_systematic_review)

NB : les communications citées ci-dessus peuvent faire l'objet de communications externes par l'IReSP, dans la limite du respect des politiques éditoriales des revues et maisons d'édition citées.

##### Article soumis :

Valery KM., Violeau L., Fournier T., Caiada, M., Felix, S., Guionnet, S., Destaillats, J.M. et Prouteau A. (soumis). *How do mental health professionals stigmatize incompetence in schizophrenia ?*

Article ne pouvant pas faire l'objet de communications externes par l'IReSP.

##### Article prévu :

Valery, K.-M., Decroix, C., Fournier, T., Violeau, L., Guionnet, S., Bonilla-Guerrero, J., Caria, A., Carrier, A., Destaillats, J.-M., Follenfant, A., Laberon, S., Lalbin-Wander, N., Martinez, E., Staedel, B., Touroude, R., Vigneault, L., & Prouteau, A. (en préparation). Intervention STIGMApro : co-construction de la logique d'intervention.

Article ne pouvant pas faire l'objet de communications externes par l'IReSP.

*ii. Revues de vulgarisation, professionnelles et associatives, et auprès des institutions publiques*

- Fournier, T. et Prouteau, A. (2022). La stigmatisation dans les pratiques neuropsychologiques : apports de la psychologie sociale en neuropsychologie. *Les Cahiers de Neuropsychologie Clinique*, 9, 94-101.

URL d'accès : <http://cahiersdeneuropsychologieclinique.fr/numero-9-retour-sur-le-4eme-cnnc-linterdisciplinarite-en-neuropsychologie/>

- Valery, K.-M., Prouteau, A., & Destaillats, J.-M. (2022, juin). Les soignants, source de stigmatisation ? *Santé Mentale*, 269, 14- 18.

URL d'accès : <https://www.santementale.fr/2022/06/les-soignants-source-de-stigmatisation/>

- Valery, K-M., Puyau, M., Meunier, S., et Prouteau, A. (2022). Stigmatisation dans les pratiques en psychiatrie : stéréotype d'incompétence chez les neuropsychologues. *Les Cahiers de Neuropsychologie Clinique*, 9, 102-109

URL d'accès : <http://cahiersdeneuropsychologieclinique.fr/numero-9-retour-sur-le-4eme-cnnc-linterdisciplinarite-en-neuropsychologie/>

- Prouteau, A. & Valery, K.-M. (2021) Stigmatisation chez les professionnels de la santé mentale et facteurs associés : Revue de littérature, FIRAH <https://www.firah.org/upload/activites-et-publications/revue-de-litterature/stigma/stigmatisation-chez-les-professionnels-de-la-sante-mentale-et-facteurs-associes.pdf>

NB : les communications citées ci-dessus peuvent faire l'objet de communications externes par l'IReSP, dans la limite du respect des politiques éditoriales des revues et maisons d'édition citées.

*iii. Chapitre d'ouvrage*

- Valery, K.-M., & Prouteau, A. (2022, octobre). La stigmatisation dans les pratiques en santé mentale. In *Préjugés, discrimination et exclusion en santé mentale* (p. 111- 130). Performance Edition.

URL d'accès : <https://www.performance-edition.com/boutique/livres/prejuges-discrimination-et-exclusion-en-sante-mentale>

NB : la communication citée ci-dessus peut faire l'objet de communications externes par l'IReSP, dans la limite du respect des politiques éditoriales de la maison d'édition citée.

*iv. Thèses*

- 2022-2025 : E. Tison (Un outil de la réalité augmenté pour déstigmatiser la schizophrénie dans les formations en santé mentale)
- 2021-24 : S. Felix (Mesurer le Rétablissement en santé mentale et aider à l'implémentation des pratiques orientées rétablissement en France)
- 2021-24 : M. Caiada (Relations intimes dans le handicap psychique – focus sur la stigmatisation des relations intimes)
- 2019-2020 : T. Fournier (Stigmatisation de soi dans la schizophrénie : thèse arrêtée volontairement pour convenance personnelle au bout de quelques mois).

• Valery, K.-M. (2021). *Réduction de la stigmatisation de la schizophrénie dans les pratiques en santé mentale* [Thèse de doctorat, Université de Bordeaux]. Theses.fr. <https://www.theses.fr/2021BORD0324>

Date de soutenance : 08 novembre 2021. Soutien financier : ARS Nouvelle-Aquitaine. Devenir de l'étudiant : Suite à sa thèse, Kévin-Marc Valery a été embauché comme Attaché Temporaire d'Enseignement et de Recherche à l'Université de Bordeaux. Prochainement, il réalisera un post-doc sur le projet **STIGMApro** à l'Université de Bordeaux.

• Violeau, L. (2020). *Stigmatisation de soi dans la schizophrénie : une série d'études en population générale et clinique* [Thèse de doctorat, Université de Bordeaux]. Theses.fr. <https://www.theses.fr/2020BORD0165>

Date de soutenance : 03 novembre 2020. Soutien financier : aucun. Devenir de l'étudiant : Louis Violeau a pris un poste de Neuropsychologue Clinicien au Centre Hospitalier Edouard Toulouse à Marseille.

• Yvon, F. (2019). *Stéréotype de la schizophrénie dans les évaluations en neuropsychologie clinique : étude approfondie des enjeux méthodologiques et pratiques* [Thèse de doctorat, Université de Bordeaux]. Theses.fr. <https://www.theses.fr/2019BORD0070>

Date de soutenance : 27 mai 2019. Soutien financier : CH de Jonzac. Devenir de l'étudiante : Après sa thèse, Florence Yvon a réalisé un post-doc d'un an au Centre de Recherche de l'Institut Universitaire en santé mentale de Montréal. Par la suite, elle a occupé un poste de chargée de projet en promotion et prévention de la santé mentale des aînés à l'association canadienne pour la santé mentale. Aujourd'hui, elle travaille dans la direction des services d'Interligne (centre d'aide et de renseignements à l'intention des personnes concernées par la diversité sexuelle et la pluralité des genres) à Montréal.

NB : les communications citées ci-dessus peuvent faire l'objet de communications externes par l'IReSP, dans la limite du respect des politiques éditoriales des revues et maisons d'édition citées.

## B. Liste des séminaires ou colloques auxquels nous avons participé et/ou organisé durant la période

- **6 janvier 2023 (Ajaccio)** : Journée de formation à l'EPS de Castellucio.  
Communication orale par Kévin-Marc Valery : « *Les soignants sont-ils stigmatisants ? Rétablissement et stigmatisation en psychiatrie : changer le regard sur les pratiques* ». Env 100 participants.
- **14 décembre 2022 (Québec, Canada)** : La stigmatisation et l'auto-stigmatisation en santé mentale.  
Communication orale, par K.M. Valery : « *La stigmatisation et l'auto-stigmatisation en santé mentale* ». Env. 700 participants.  
URL d'accès : [https://www.youtube.com/watch?v=4WF7m-8L\\_bo](https://www.youtube.com/watch?v=4WF7m-8L_bo)
- **30 novembre au 3 décembre 2022 (Lille)** : 14<sup>ème</sup> Congrès Français de Psychiatrie.  
Communication orale par K.M. Valery : « *Réduire l'auto-stigmatisation pour favoriser le rétablissement* ». Plusieurs milliers de participants.
- **30 au 3 décembre 2022 (Lille)** : 14<sup>ème</sup> Congrès Français de Psychiatrie.  
Communication écrite (poster) par K.M. Valery : « *Quand les soins de santé mentale sont stigmatisants : une étude participative sur la schizophrénie* ». Plusieurs milliers de participants.
- **30 au 3 décembre 2022 (Lille)** : 14<sup>ème</sup> Congrès Français de Psychiatrie.  
Communication écrite (poster) par C. Meryl et K.M. Valery : « *Stéréotypes des Relations Intimes des personnes ayant un diagnostic de schizophrénie* ». Plusieurs milliers de participants.
- **2022 (Rennes)** : DPC Santé Mentale, EHESP.  
Communication orale de K.M. Valery : « *STIGMAPRO : dé-stigmatiser les pratiques en santé mentale.* » Env 100 participants.
- **Octobre 2022 (Rennes)** : EHESP  
Communication orale de A. Prouteau, K.M. Valery, J.M. Destaillats et J. Bonilla-Guerrero : « *Stigmatisation des maladies psychiatriques : les professionnels de santé ont-ils une part de responsabilité ?* » Env 100 participants.
- **8-9-10 septembre 2022 (Reims)** : Journée d'Etude sur le Handicap Psychique.  
Communication orale de K.M. Valery : « *Stigmatisation des troubles psychique : l'exemple des pratiques professionnelles.* ». Env 50 participants.
- **8-9-10 Septembre 2022 (Reims)** : Journées d'études sur le Handicap Psychique.  
Communication orale de A. Prouteau : « *Le stéréotype de la schizophrénie : contenu, effets et auto-stigmatisation.* ». Env 300 participants.
- **7 juillet 2022 (Paris)** : Grand rendez-vous de l'IReSP  
Communication orale de K.M. Valery et A. Prouteau : « *STIGMAPRO : dé-stigmatiser les pratiques professionnelles dans le handicap psychique* ». Plusieurs centaines de participants.  
URL d'accès aux diapositives : <https://iresp.net/animations/grand-rdv-de-liresp-7-juillet-2022/>

• **4-7 juin 2022 (Budapest, Hongrie)** : 30<sup>ème</sup> Congrès Européen de Psychiatrie.

Communication écrite (poster) de K.M. Valery : « When mental health care is stigmatizing : experience of users and families and associated factors ». Plusieurs milliers de participants.

URL d'accès au résumé du poster :

[https://www.researchgate.net/publication/363217617\\_Published\\_abstract\\_EPA\\_congress\\_Budapest\\_2022\\_When\\_mental\\_health\\_care\\_is\\_stigmatizing\\_experience\\_of\\_users\\_and\\_families\\_and\\_associated\\_factors](https://www.researchgate.net/publication/363217617_Published_abstract_EPA_congress_Budapest_2022_When_mental_health_care_is_stigmatizing_experience_of_users_and_families_and_associated_factors)

• **4-7 juin 2022 (Budapest, Hongrie)** : 30<sup>ème</sup> Congrès Européen de Psychiatrie.

Communication écrite (poster) de K.M. Valery : « Part of the solution yet part of the problem, Stigmatization in mental health professionals : characteristics and associated factors ». Plusieurs milliers de participants.

URL d'accès :

[https://www.researchgate.net/publication/364293237\\_Part\\_of\\_the\\_solution\\_yet\\_part\\_of\\_the\\_problem\\_factors\\_of\\_schizophrenia\\_stigma\\_in\\_mental\\_health\\_professionals](https://www.researchgate.net/publication/364293237_Part_of_the_solution_yet_part_of_the_problem_factors_of_schizophrenia_stigma_in_mental_health_professionals)

• **4-7 juin 2022 (Budapest, Hongrie)** : 30<sup>ème</sup> Congrès Européen de Psychiatrie.

Communication écrite (poster) de K.M. Valery et A. Prouteau : « Schizophrenia stigma in mental health professionals and associated factors : A systematic review ». Plusieurs milliers de participants.

URL d'accès :

[https://www.researchgate.net/publication/361147987\\_Schizophrenia\\_stigma\\_in\\_mental\\_health\\_professionals\\_MHP\\_and\\_associated\\_factors\\_A\\_systematic\\_review](https://www.researchgate.net/publication/361147987_Schizophrenia_stigma_in_mental_health_professionals_MHP_and_associated_factors_A_systematic_review)

• **31 Mai 2022 (Lausanne, Suisse)** : 17<sup>ème</sup> colloque du GREPACO

Communication orale de A. Prouteau : « La cognition sociale à l'œuvre en psychopathologie cognitive : de la neuropsychologie à la psychologie sociale ». Plusieurs centaines de participants.

• **17 mars 2022 (Limoges)** : Forum Handicap et Neurosciences à l'EPNAK

Communication orale de K.M. Valery : « *La relation thérapeutique : de la recherche à la pratique.* ». Env 40 participants.

• **12 mars 2022 (Bordeaux)** : Forum des sciences cognitives

Communication orale de K.M. Valery : « *Catégorisation sociale : sommes-nous tous cognitivement programmés pour stigmatiser ?* » Plusieurs centaines de participants.

• **Juillet 2021 (Paris)** : 11<sup>ème</sup> Congrès de l'Association Francophone de psychologie de la santé. Communication orale de A. Prouteau : « *Spécificité du stéréotype de la schizophrénie dans la famille : une enquête comparative en France.* » Plusieurs centaines de participants.

• **18 novembre 2021 (Bordeaux)** : Journée Régionale du C2RP

Communication orale de K.M. Valery : « *Stigmatisation dans les pratiques professionnelles en santé mentale* ». Plusieurs centaines de participants.

URL d'accès aux diapositives : [https://www.c2rp.org/wp-content/uploads/2021/11/C2RP\\_stigmatisation.pdf](https://www.c2rp.org/wp-content/uploads/2021/11/C2RP_stigmatisation.pdf)

URL d'accès à la communication orale : <https://www.youtube.com/watch?v=8XfYjEPyE2U>

- **7-8 octobre 2021 (Rennes) :** 4<sup>ème</sup> Congrès National de Neuropsychologie Clinique  
Communication orale de K.M. Valery, T. Fournier et A. Prouteau : « *La stigmatisation dans les pratiques neuropsychologiques : apports de la psychologie sociale* ». Plusieurs centaines de participants.

- **11 mars 2021 (Bordeaux) :** Journée Annuelle CEISME  
Communication orale de K.M. Valery : « Le rétablissement, de la théorie à la pratique ». Env 100 participants.

- **6 février 2020 (Bordeaux) :** Conférence organisée à l'Université de Bordeaux  
Communication orale de L. Vigneault, K.M. Valery et A. Prouteau : « *Cap sur le rétablissement : Exiger l'excellence dans les soins en santé mentale* ». Env 100 participants.

NB : les communications citées ci-dessus peuvent faire l'objet de communications externes par l'IReSP, dans la limite du respect des politiques éditoriales des revues et maisons d'édition citées.

### C. Liste des éventuelles missions à l'étranger effectuées dans le cadre du projet

Au cours du programme de recherche, des liens ont été créés avec le Canada. Une adaptation de la formation **STIGMApro** au contexte Canadien est envisagée afin d'exporter la formation dans ce pays.

### D. Liste des communications au grand public

#### Livret d'information :

- Valery, K.M., Guionnet, S. et Prouteau, A. (2023). Programme de résistance au stigma : l'intervention STIGMApro (1ère édition). Bordeaux : Labpsy.

URL d'accès : <https://labpsy.u-bordeaux.fr/index.php/Travaux-de-recherche/STIGMApro>

#### Plaquettes synthétiques d'information

- Valery, K.M., Guionnet, S. et Prouteau, A. (2023). *Co-produire les actions pour résister à la stigmatisation dans le handicap psychique*. Document non publié. Université de Bordeaux.

- Valery, K.M., Guionnet, S. et Prouteau, A. (2021). *Stigmatisation de la schizophrénie lors du parcours de soin : une enquête chez les usagers et familles*. Document non publié. Université de Bordeaux.

- Valery, K.M., Guionnet, S. et Prouteau, A. (2021). *Stigmatisation de la schizophrénie chez les professionnels en santé mentale : enquête en France*. Document non publié. Université de Bordeaux.

- Valery, K.M., Guionnet, S. et Prouteau, A. (2021). *Stigmatisation de la schizophrénie chez les professionnels en santé mentale : revue de la littérature internationale*. Document non publié. Université de Bordeaux.
- Fournier, T., Guionnet, S. et Prouteau, A. (2021). *Les stéréotypes des différentes maladies mentales en France : enquête en population générale*. Document non publié. Université de Bordeaux.
- Yvon, F. et Prouteau, A. (2019). *Enquête sur les croyances autour de la schizophrénie en France*. Document non publié. Université de Bordeaux.

URL d'accès aux différentes plaquettes : <https://labpsy.u-bordeaux.fr/index.php/Travaux-de-recherche/STIGMApro>

#### Pages internets

- <https://labpsy.u-bordeaux.fr/index.php/Travaux-de-recherche/STIGMApro>
- <https://www.facebook.com/STIGMApro>

NB : les communications citées ci-dessus peuvent faire l'objet de communications externes par l'IReSP.

Signature du rédacteur : S. Guionnet et du coordinateur scientifique de projet : A. Prouteau

