



Les relations entre l’auto-stigmatisation, l’estime de soi, l’auto-efficacité et le rétablissement chez les personnes ayant des troubles mentaux : une étude corrélacionnelle.

par Geneviève Fortin

Mémoire présenté à l’Université du Québec à Chicoutimi comme exigence partielle de la maîtrise en travail social (profil mémoire) en vertu d’un protocole d’entente avec l’Université du Québec en Outaouais.

Québec, Canada

© Geneviève Fortin, 2020

RÉSUMÉ

L'auto-stigmatisation, ou le processus d'intériorisation des préjugés, est l'une des formes peu abordées de la stigmatisation en santé mentale. Pourtant, ce processus entraîne une renégociation de l'identité et par le fait même, tend à affecter négativement l'estime personnelle ainsi que le sentiment d'auto-efficacité, tout en augmentant l'isolement social des personnes concernées. La stigmatisation et l'auto-stigmatisation affectent inévitablement les trajectoires de rétablissement des personnes ayant des troubles mentaux. Contrairement à ce que l'on pense toutefois, et c'est ce que confirme le modèle « *Why Try Effect* », toutes les personnes n'intérioriseront pas les préjugés. C'est dans l'optique de mieux comprendre les variables qui permettent de prédire l'auto-stigmatisation que cette étude quantitative a été entreprise. Au total, 149 personnes se sont portées volontaires pour participer à cette enquête, menée partiellement sur le terrain et en ligne. Chacune de ces personnes a complété un ensemble de questionnaires, dont l'échelle *Internalized Stigma of Mental Illness*. Des analyses de régression, de même qu'un modèle d'équation structurale ont été réalisés à l'aide des logiciels SPSS et R.

Les résultats de cette étude indiquent d'abord que parmi les 149 répondants, 17,5 % ont intériorisé modérément ou sévèrement des préjugés en lien avec la santé mentale. De plus, les personnes ayant un trouble anxieux sont significativement moins nombreuses à avoir intériorisé des préjugés que les personnes ayant d'autres types de diagnostics. Un revenu précaire, une faible estime de soi, la présence d'une hospitalisation psychiatrique ainsi qu'un faible niveau de rétablissement sont démontrés comme étant des variables corrélées à la présence de préjugés intériorisés. Les résultats de cette étude suggèrent que l'estime de soi ainsi que le sentiment d'auto-efficacité agissent comme étant des médiateurs partiels dans la relation entre l'auto-stigmatisation et du rétablissement. L'adéquation entre le modèle adapté du « *Why Try Effect* » et les données recueillies n'a cependant pas été concluante.

Ces résultats permettent de cibler les facteurs pouvant être corrélés à l'intériorisation des préjugés des personnes atteintes de trouble mental. D'abord, il semble de plus en plus évident que les préjugés ne soient pas intériorisés de la même manière selon les différents diagnostics établis. Les personnes ayant un trouble anxieux semblent moins affectées par l'auto-stigmatisation, cependant, cela reste à être confirmé par de futures études afin d'en comprendre les motifs. Dans les recherches futures, en plus d'inclure les troubles anxieux dans la population à l'étude, il serait préférable de rassembler les personnes en situation de précarité économique, en raison de la présence d'un faible revenu en tant que variable corrélée à la problématique. Par ailleurs, l'expérience personnelle de l'hospitalisation psychiatrique est démontrée comme étant associée à l'auto-stigmatisation. Les facteurs liés à l'hospitalisation et jouant un rôle au niveau de l'intériorisation des préjugés seront toutefois à spécifier. Bien que le modèle du « *Why Try Effect* » comporte une base théorique intéressante, un modèle adapté au rétablissement en santé mentale devra être élaboré. Entre autres, différentes variables médiatrices devront être choisies afin que la multicollinéarité ne soit pas un obstacle à la modélisation de l'auto-stigmatisation en contexte de rétablissement en santé mentale.

TABLES DES MATIÈRES

RÉSUMÉ.....	II
TABLES DES MATIÈRES.....	III
LISTE DES TABLEAUX	V
LISTE DES FIGURES.....	VI
LISTE DES ACRONYMES.....	VII
REMERCIEMENTS.....	VIII
INTRODUCTION.....	9
CHAPITRE 1 LA PROBLÉMATIQUE À L'ÉTUDE	11
1.1 LES CONCEPTIONS DE LA FOLIE À TRAVERS LES ÉPOQUES.....	13
1.2 LES MOTS UTILISÉS POUR PARLER DE LA « SANTÉ MENTALE »	15
1.2 LES PRÉJUGÉS À L'ORIGINE DE LA STIGMATISATION DES PERSONNES AYANT DES TROUBLES MENTAUX	18
1.4 L'EFFET AMPLIFICATEUR DES MÉDIAS SUR LES PRÉJUGÉS SOCIAUX	20
1.5 LA STIGMATISATION	21
1.6 LES CONSÉQUENCES ASSOCIÉES À LA STIGMATISATION	23
CHAPITRE 2 LA RECENSION DES ÉCRITS	25
2.1 L'APPORT DE GOFFMAN.....	27
2.2 L'AUTO-STIGMATISATION	29
2.3 LES FACTEURS INFLUANT LE PROCESSUS D'AUTO-STIGMATISATION	31
2.4 LES CONSÉQUENCES INDIVIDUELLES DE L'AUTO-STIGMATISATION.....	33
2.4.1 <i>La renégociation de l'identité</i>	33
2.4.2 <i>L'estime de soi</i>	35
2.4.3 <i>L'auto-efficacité</i>	36
2.4.4 <i>Les effets de l'intériorisation des préjugés sur le plan de la symptomatologie</i>	37
2.4.5 <i>L'abandon du traitement</i>	38
2.5 LES CONSÉQUENCES SOCIALES DE L'AUTO-STIGMATISATION.....	40
2.5.1 <i>Le secteur professionnel</i>	40
2.5.2 <i>L'isolement social</i>	42
2.5.3 <i>L'entrave au rétablissement</i>	43
2.6 LES STRATÉGIES D'ADAPTATION FACE À L'AUTO-STIGMATISATION	45
2.6.1 <i>La divulgation stratégique</i>	47
2.6.2 <i>Le secret et l'évitement</i>	48
2.6.3 <i>Le soutien des pairs</i>	49
2.7 LES INTERVENTIONS ANTI-STIGMATISANTES.....	51
2.8 FORCES ET LIMITES DES ÉTUDES CONSULTÉES	52
CHAPITRE 3 LE CADRE CONCEPTUEL	54
3.1 L'INTÉRIORISATION DES PRÉJUGÉS SELON L'INTERACTIONNISME SYMBOLIQUE.....	56
3.2 LE PROCESSUS D'AUTO-STIGMATISATION ET LE MODÈLE DU « <i>WHY TRY EFFECT</i> ».....	58
3.3 LES CONCEPTS À L'ÉTUDE.....	62
CHAPITRE 4 LA MÉTHODOLOGIE DE L'ÉTUDE	64
4.1 TYPE D'ÉTUDE	65
4.2 LE BUT ET LES OBJECTIFS SPÉCIFIQUES DE CETTE ÉTUDE	66
4.3 LA POPULATION À L'ÉTUDE.....	66
4.4 LES STRATÉGIES D'ÉCHANTILLONNAGE ET L'ÉCHANTILLON.....	67

4.5	LES OUTILS MÉTHODOLOGIQUES UTILISÉS	69
4.5.1	<i>La fiche signalétique</i>	69
4.5.2	<i>L'échelle de stigmatisme internalisé du problème de santé mentale (ISMI)</i>	69
4.4.3	<i>L'échelle de l'estime de soi de Rosenberg</i>	70
4.4.4	<i>L'échelle de rétablissement : Recovery Assessment Scale</i>	71
4.4.5	<i>L'échelle d'auto-efficacité généralisée</i>	71
4.6	L'ANALYSE DES DONNÉES.....	72
4.7	LES CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES.....	75
CHAPITRE 5 ANALYSE DES DONNÉES.....		76
5.1	LE PORTRAIT DE LA POPULATION SELON LA PRÉSENCE OU NON D'INTÉRIORISATION DES PRÉJUGÉS.....	77
5.2	LE PORTRAIT DES TROUBLES MENTAUX ET DES SERVICES CONSULTÉS	79
5.3	LA DISCRIMINATION PERÇUE.....	81
5.4	LES CARACTÉRISTIQUES DES 26 RÉPONDANTS AYANT INTÉRIORISÉ DES PRÉJUGÉS.....	82
5.5	LES TESTS D'ANALYSE DE LA VARIANCE DES MESURES D'ESTIME DE SOI, D'AUTO-EFFICACITÉ ET DE RÉTABLISSEMENT.....	83
5.6	LES ANALYSES CORRÉLATIONNELLES	84
5.6.1	<i>Les corrélations de Pearson entre les variables principales du modèle</i>	85
5.6.2	<i>Les corrélations de Pearson entre les sous-échelles de l'ISMI, du rétablissement et des autres variables</i>	85
5.6.3	<i>Indice d'inflation des variances</i>	87
5.6.4	<i>Les variables corrélées à l'auto-stigmatisation</i>	88
5.6.5	<i>L'effet médiateur de l'estime de soi et de l'auto-efficacité</i>	89
5.6.6	<i>Le modèle d'équation structurale des quatre variables principales</i>	91
5.7	FAITS SAILLANTS DES RÉSULTATS	94
CHAPITRE 6 LA DISCUSSION.....		95
6.1	LES VARIABLES ASSOCIÉES À L'INTÉRIORISATION DES PRÉJUGÉS	96
6.2	MODÈLE THÉORIQUE DU PROCESSUS D'INTÉRIORISATION DES PRÉJUGÉS.....	102
6.3	FORCES ET LIMITES MÉTHODOLOGIQUES	104
6.4	RECOMMANDATIONS ÉMANANT DE L'ÉTUDE EN CE QUI A TRAIT À L'INTERVENTION ET AUX RECHERCHES FUTURES	107
CONCLUSION		108
RÉFÉRENCES		112

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 4.1	Catégorisation de l'échelle de l'IMSI	70
Tableau 5.1	Caractéristiques sociodémographiques des participants selon la présence d'intériorisation des préjugés	78
Tableau 5.2	Caractéristiques en lien avec la santé mentale des participants selon la présence d'intériorisation des préjugés	80
Tableau 5.3	Normalité des variables de l'étude selon les tests d'asymétrie et de l'aplatissement	83
Tableau 5.4	Moyennes, médianes et écart-types des échelles de l'estime de soi, de l'auto-efficacité et du rétablissement selon la présence de préjugés intériorisés	84
Tableau 5.5	Matrice de corrélation de Pearson des scores totaux des échelles de l'ISMI, du rétablissement, de l'estime de soi et de l'auto-efficacité	85
Tableau 5.6	Les corrélations de Pearson entre les sous-échelles de l'ISMI et du rétablissement ainsi que les échelles de l'estime de soi et l'auto-efficacité	87
Tableau 5.7	Régression multiple de l'auto-stigmatisation	89
Tableau 5.8	Caractéristiques du modèle de régression structurale	92
Tableau 5.9	Régressions et relations médiatrices évaluées par le modèle d'équation structurale	93

LISTE DES FIGURES

Figure 3.1	Modèle du « <i>Why Try Effect</i> »	60
Figure 4.2	Modèle de régression structurale	73
Figure 5.1	Effet médiateur de l'estime de soi.....	90
Figure 5.2	Effet médiateur de l'auto-efficacité	90
Figure 5.3	Diagramme du modèle utilisé dans le logiciel R	91

LISTE DES ACRONYMES

AQRP	Association Québécoise pour la Réadaptation Psychosociale
CSBE	Commissaire à la Santé et au Bien-Être
ISMI	Internalized Stigma of Mental Illness
MSSS	Ministère de la Santé et des Services Sociaux
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
SAMHSA	Substance Abuse and Mental Health Services Administration
SLSJ	Saguenay-Lac-St-Jean
SSAS	Self-Stigma Assessment Scale
TDAH	Trouble Déficitaire de l'Attention avec ou sans Hyperactivité
UQAC	Université du Québec à Chicoutimi
WTSS	Why Try Stigma Scale

REMERCIEMENTS

Je tiens tout particulièrement à remercier les personnes qui ont contribué de près ou de loin à la finalité de ce mémoire. D'abord, tous les organismes communautaires de la Table de lutte à la stigmatisation en santé mentale du SLSJ ayant participé au projet ainsi que Yoan Vaillancourt, travailleur social et organisateur communautaire, pour cette mise en lien.

Je voudrais grandement remercier ma directrice de recherche, Christiane Bergeron-Leclerc. C'est bien par son souci du détail et par sa grande disponibilité que mon idée embryonnaire a pu être concrétisée. Ce fut un réel plaisir de collaborer sur divers projets à la fois, avec autant d'humanisme et de professionnalisme.

Je tiens également à témoigner toute ma reconnaissance envers les professeurs du Département des sciences humaines et sociales qui ont contribué à enrichir ma formation, particulièrement Danielle Maltais et Ève Pouliot.

Je tiens également à remercier les personnes qui m'ont conseillé au niveau des statistiques sociales de ce projet soit, Jasmin Tremblay, (doctorant en science de l'administration de l'Université Laval), Vincent Arnaud (professeur au département des arts et lettres de l'UQAC), Valentina Butto (doctorante au département des sciences fondamentales de l'UQAC), Maxence Martin (doctorant au département des sciences fondamentales de l'UQAC) ainsi que Linda Paquette (professeur au département de psychologie de l'UQAC).

Enfin, l'élaboration de ce mémoire n'aurait pu être possible sans le soutien de mes collègues de la maîtrise en travail social, Anne-Lise Lansard, Virginie Attard, Marc St-Pierre, Karole-Anne Foster ainsi que Lucie Tremblay.

INTRODUCTION

Depuis plusieurs décennies, la chronicité des troubles mentaux s'est avérée démentie par l'apparition d'écrits attestant que plusieurs des personnes gravement atteintes connaissent des évolutions positives. La notion de « rétablissement » en santé mentale est celle qui est actuellement privilégiée pour désigner ces parcours positifs (Bergeron-Leclerc, 2019). En effet, il est maintenant reconnu qu'une personne peut participer à la vie citoyenne sans que les symptômes découlant d'un diagnostic psychiatrique affectent le fonctionnement social de celle-ci. Cependant, les préjugés associés aux troubles mentaux peuvent être une source importante de détresse pour les personnes concernées. L'incompréhension dans la population générale des causes et des conséquences associées aux troubles mentaux favorise la crainte ou le désir de se distancer socialement des personnes ayant des difficultés psychiatriques. La stigmatisation et les actes de discrimination se manifestent sous différents aspects au travers des interactions sociales et sont donc naturellement implicites. L'auto-stigmatisation est d'ailleurs décrite comme étant l'une de ces manifestations de la stigmatisation. Les connaissances sur le processus d'intériorisation des préjugés sociaux sont cependant moins approfondies par les sciences sociales. À ce jour, ce mécanisme interne est perçu par certains auteurs comme étant une entrave au rétablissement en santé mentale, ce qui est fortement préoccupant. Certains facteurs, tels que l'estime de soi et le sentiment d'auto-efficacité ont été ciblés comme pouvant interagir dans ce processus, tels que présenté dans le modèle du « *Why Try Effect* » (Corrigan, Larson et Rüsh, 2009).

L'étude dont il est question dans ce mémoire a pour objectif d'identifier les caractéristiques des personnes ayant intériorisé des préjugés et donc, de mieux préciser ce

qui interagit avec le processus d'auto-stigmatisation. Cette comparaison s'effectuera par le biais de test de Chi-carré selon la présence de préjugés moyennement et fortement intériorisés. Par la suite, des suites de régression selon la méthode de Baron et Kenny (1986) nuancée par Kline (2015), serviront à évaluer l'effet médiateur des variables de l'estime de soi et de l'auto-efficacité dans la corrélation entre l'auto-stigmatisation et du rétablissement. Enfin, un modèle d'équation structurale, adapté selon le modèle du « *Why Try Effect* » permettra de valider la concordance entre celui-ci et les données recueillies dans cette étude.

Ce mémoire comprend au total six chapitres. Le premier aborde la problématique de la stigmatisation des personnes vivant avec des troubles mentaux, étant prémisse au processus d'intériorisation des préjugés. Les connaissances actuelles entourant l'auto-stigmatisation sont par la suite élaborées dans une recension des écrits à ce sujet. Le cadre conceptuel, faisant office de troisième chapitre, examine les théories de l'interactionnisme symbolique. Le modèle du « *Why Try Effect* » est également abordé, tout en présentant les adaptations réalisées dans cette étude. Par la suite, le contexte de l'étude, les méthodes de recrutement et des méthodes d'analyse choisies seront fournis. Dans le cinquième chapitre, les caractéristiques de l'échantillon sont présentées, ainsi que les résultats des régressions sur les variables médiatrices en plus de ceux en lien avec le modèle d'équation structurale. Ces mêmes résultats seront discutés dans le sixième et dernier chapitre afin de les mettre avec perspective avec la littérature scientifique. Des recommandations pratiques et scientifiques concluront cette section du mémoire.

CHAPITRE 1

LA PROBLÉMATIQUE À L'ÉTUDE

Les préjugés et la stigmatisation sont des mécanismes sociaux complexes pouvant affecter les personnes ayant des troubles mentaux. D'ailleurs, ces personnes décrivent souvent la souffrance découlant de la stigmatisation comme étant plus difficile à vivre que les symptômes mêmes de la maladie (Angermeyer et Shulze, 2001; Stuart, 2003). Lorsque la perception de soi-même se modifie en intégrant ces préjugés, souvent de nature négative, on parle alors d'auto-stigmatisation. Ce processus entraîne plusieurs difficultés pour les personnes souhaitant outrepasser un diagnostic de trouble mental afin de reconquérir une meilleure qualité de vie. Bien que la création des préjugés s'effectue par le biais des processus sociaux au travers des relations sociales, ce sont les processus comportementaux qui font en sorte de mener l'individu à l'ostracisme et à l'isolement social (Corrigan et Rao, 2012, p.1). À leur tour, la vision négative que la personne entretient d'elle-même et l'utilisation de stratégies d'adaptation inefficaces peuvent affecter l'adaptation face à la maladie ainsi que la poursuite et la réalisation des objectifs du rétablissement (Drapalski et al., 2013). D'ailleurs, le mécanisme psychologique interne de l'auto-stigmatisation semble influencer le processus de rétablissement et devrait être vu comme un facteur de risque sur lequel il est possible d'agir (Oliveira et al., 2015 dans Picco et al., 2016) en plus d'être considérés dans les soins holistiques de la santé (Picco et al., 2016; Vass et al., 2017). Bien que la littérature scientifique ait grandement répertorié les stéréotypes négatifs associés aux troubles mentaux étant présents dans la population, l'intériorisation des stigmas est un sujet relativement peu étudié (Tang et Wu, 2012; Yen et al., 2005 dans Vass et al., 2017). Le premier chapitre de ce mémoire porte donc sur la problématique de la stigmatisation des troubles mentaux, nécessaire à la compréhension de l'intériorisation des préjugés en lien avec la santé mentale. En raison de l'importance historique de ce sujet, un portrait de l'évolution des représentations sociales sera d'abord effectué. Les principales appellations utilisées dans le secteur

professionnel ainsi que les préjugés les plus importants seront également recensés, en plus d'aborder l'impact des médias sur ces derniers. Enfin, la définition de la stigmatisation et les répercussions découlant de cette problématique seront précisés.

1.1 Les conceptions de la folie à travers les époques

La stigmatisation des problématiques sociales est un processus pouvant s'appliquer dans les cultures du monde entier pour des raisons aussi diverses que l'ethnie, le handicap, l'orientation sexuelle ou toute autre forme de marginalisation. À l'époque de la renaissance, plusieurs maisons d'internement avaient le mandat d'enfermer des personnes pour des raisons aussi diversifiées que la mendicité, les problèmes de comportements ou de criminalité, des mœurs dépravées ainsi que d'une folie passagère ou chronique (Foucault, 1961). L'enfermement s'est d'abord effectué de façon indifférenciée dans les mêmes établissements (ex. hôpitaux généraux, prisons), puis de manière différenciée, en fonction de problématiques communes (ex. les enfants dans les orphelinats, les personnes ayant des troubles mentaux dans les asiles, les personnes âgées dans les hospices) (Foucault, 1961). Tant que la personne n'était pas jugée apte à retourner au sein de la population, elle restait donc enfermée, sous la juridiction de la ville (Foucault, 1961). Il fut notamment une époque où les personnes étaient enfermées dans les asiles jusqu'à ce qu'elles trépassent (Goffman, 1968). Aujourd'hui, bien que l'internement prolongé ne soit plus une pratique courante, les prisons, les maisons de correction et les hôpitaux psychiatriques tiennent lieu de prise en charge des « *asociaux* » qui ont été jugés inaptes à vivre en société (Foucault, 1961, p.92). D'ailleurs, un paradoxe est toujours présent entre la répression et la réinsertion sociale.

À travers les âges, les conditions d'internement des « *insensés* » ont longtemps été justifiées par le fait que les individus concernés n'étaient plus considérés comme étant humains, puisque soumis à leurs pulsions animales et ne ressentaient donc pas les mêmes sensations que les personnes qui conservaient leur rationalité (Foucault, 1961). Cette pensée, influencée par la religion chrétienne et le rationalisme classique, a certainement teinté la perception sociale de la maladie mentale. Par ailleurs, les troubles mentaux ont longtemps été incompris par les médecins et encore moins par la population, ce qui a favorisé des associations avec : la possession (divine ou démoniaque), la déficience intellectuelle ou encore l'immoralité. À partir du 19^e siècle, avec l'avènement de la médecine et de la psychiatrie, l'étiologie de la maladie était surtout expliquée par l'hérédité (Arboleda-Florez, 2012), ce qui faisait en sorte que cela pouvait être vu comme une honte pour la famille. La principale solution pour faire face à la maladie mentale, était alors l'internement au sein des asiles.

Bien que l'isolement dans les asiles psychiatriques fût longtemps privilégié afin d'exclure ceux que l'on considérait « *hors normes* » ou « *fous* », le gouvernement québécois décida de mettre fin à ces façons de faire lors du processus de désinstitutionnalisation amorcé dans les années 1960. Ce processus justifié par des motifs humanitaires, économiques et thérapeutiques, mais également par l'idée que les maladies mentales étaient curables, a eu pour effet la fin de l'internement prolongé et le retour dans la communauté de plusieurs centaines de personnes ayant des troubles mentaux (Dorvil et Guttman, 1997, p.121). Bien qu'ayant eu des effets positifs, le processus de désinstitutionnalisation a eu des effets dramatiques pour certaines personnes qui se sont retrouvées à la rue vivant de l'itinérance (Dorvil et Guttman, 1997, p.138) ou se retrouvant dans le système pénal (Hoffman, 1990;

Teplin, 1983; Van de Kerchove, 1990 dans Dorvil et Guttman, 1997). De plus, même si les personnes ayant un trouble mental vivent principalement dans la communauté, elles n'ont jamais été en mesure de s'y intégrer pleinement (Rosenberg, et al., 2005). Les personnes ayant des troubles mentaux subissent toujours les conséquences de la stigmatisation telles que la pauvreté, la privation des droits civiques, l'itinérance, le chômage et l'intolérance sociale (Arboleda-Florez, 2012). D'ailleurs, les conséquences de la stigmatisation ont été ciblées par le gouvernement québécois ce qui a fait en sorte que la lutte contre la stigmatisation et la discrimination dans le réseau de la santé et des services sociaux est devenue et maintenue comme l'un des objectifs principaux de leur plan d'action (MSSS, 2015).¹ Sous différents gouvernements, les soins dans le domaine de la santé mentale ont subi plusieurs modifications, tels que le virage ambulatoire, permettant une plus grande proximité des services offerts dans la communauté (Gagnon-Hotte et al., 1996), mais également de coupes budgétaires massives sous une politique d'austérité dans les services sociaux (Beaulne, 2018), et cela malgré l'importance des besoins observés dans la population.

1.2 Les mots utilisés pour parler de la « santé mentale »

Autant dans le langage populaire que dans les termes utilisés par les professionnels de la santé, l'implication des mots choisis pouvant désigner les personnes atteintes de trouble mental ont un aspect symbolique et influence nécessairement la perception de chacun. Cette

¹ La mesure 1.2 du plan d'action 2015-2020 vise à lutter contre la stigmatisation et la discrimination et cela en trois temps ; 1- poursuivre les campagnes d'information et de sensibilisation 2- chaque établissement inclura dans leur plan d'action des activités de lutte contre la stigmatisation et la discrimination 3- Les personnes utilisatrices de services en santé mentale, des membres de leur entourage, des acteurs du réseau public et du milieu communautaire évalueront ces activités.

section de mémoire s'avère être un bref résumé du deuxième chapitre du livre « *La pratique du travail social en santé mentale ; Apprendre, comprendre, s'engager* ». Ce chapitre, rédigé par Morin et Clément (2020), permet une compréhension approfondie des répercussions sociales associées à l'utilisation des divers termes dans le domaine de la santé mentale.

L'apparition du terme « *maladie mentale* » permet d'établir un moment marquant de la psychiatrie. Celui-ci introduit l'approche médicale, rendant possible l'apport d'une vision beaucoup plus objective de la « *folie* », longtemps traitée comme étant de nature démoniaque. Aujourd'hui, l'utilisation du mot « *maladie* » implique une perspective biomédicale, se basant sur une explication neurologique et génétique de la santé mentale. Par ailleurs, une distinction se doit d'être établie entre les termes « *santé mentale* », « *problème de santé mentale* » et « *trouble mental* », souvent interchangeables dans la pratique des soins en santé mentale. D'abord, l'OMS décrit la santé mentale comme étant « un état de bien-être dans lequel une personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et contribuer à la vie de sa communauté » (2013, p.42). La santé mentale au même titre que la santé physique, est un état général pouvant s'appliquer à chacun. Celui-ci peut être stipulé comme étant minimal ou optimal, indépendamment de la présence ou absence d'un diagnostic de trouble mental.

Pour sa part, la désignation de problématique de santé mentale inclut qu'il y a un déséquilibre de l'état mental, pouvant altérer le fonctionnement de la personne, mais résultant avant tout de la présence d'une détresse psychologique. Tant qu'à eux, les troubles mentaux se doivent de répondre à des critères diagnostiques, connus par les professionnels de la santé, servant alors à catégoriser les symptômes psychiatriques selon un diagnostic médical. Ceux-

ci peuvent être considérés comme étant modérés ou graves, dépendamment du niveau d'entrave sur le fonctionnement social de la personne. Les domaines des capacités cognitives, affectives et relationnelles ainsi que des compétences sociales de base sont alors considérés afin de déterminer la gravité du trouble mental. De façon générale les troubles de l'humeur sont majoritairement considérés comme étant modérés alors que les troubles psychotiques, les troubles dépressifs majeurs et les troubles bipolaires sont souvent catégorisés comme étant des troubles mentaux graves (MSSS, 2005). Les termes « *sévère* » et « *persistant* » sont à éviter afin de décrire les troubles mentaux graves, car ils impliquent un caractère chronique, ce qui contrevient à l'espoir d'un pronostic positif et de l'apparition du processus de rétablissement. Enfin, les troubles mentaux, contrairement à l'approche médicale, permettent de considérer l'ensemble des facteurs biopsychosociaux et donc, d'inclure l'expérience personnelle ainsi que le contexte situationnel de la personne. À ce sujet, Janssen (2008, p.54) différencie la notion de « *maladie* » et de « *trouble* » par l'objet du diagnostic (*affection-disease*), abordant l'explication organique et impliquant le sens biologique, ainsi que son contraire, le sens symbolique (*malaise-illness*) permettant une interprétation personnelle, subjective, culturelle et historique.

Les expressions utilisées par les établissements de soins de la santé ont également été sujettes à différentes critiques de la part des professionnels. Les militants antipsychiatriques ont d'abord revendiqué l'emploi de l'expression « *personne psychiatisée* » en raison de l'historique abusive de l'internement des personnes atteintes de trouble mental et par le fait que l'identité d'une personne ne doit pas être entièrement basée sur son parcours psychiatrique. De même, l'appellation de « *patient* » prend son sens sur le fait qu'une personne est d'abord consultante d'un aide-soignant. La personne est alors perçue comme

étant passif au sein de son processus thérapeutique et qu'elle détient un statut d'infériorité dans sa relation avec les professionnels de la santé. Bien que le terme « *bénéficiaire* » puisse être couramment employé afin de décrire une personne vivant dans une institution lui donnant accès à une prise en charge et à des soins de base, le nom « *usager* » s'avère être le plus adéquat. En effet, cette expression considère l'implication de la personne dans le processus décisionnel du processus de soins de la santé, ce qui permet de le voir comme étant responsable de son rétablissement (Autès, 2013). Cette appellation est décrite par Lascousmes (2007, p.131-132) comme étant une « conception du service public qui donne des droits et des devoirs, et mieux des responsabilités, à ceux qui bénéficient des prestations organisées par la collectivité » Or, tel que précisé par Humbert (2000), cette notion empêche de considérer la personne comme étant unique (p.186). Bien qu'il soit clair que les termes « *d'aliéné* », de « *fou* » et de « *lunatique* » soient maintenant prisonniers du siècle passé, les professionnels de la santé doivent continuer d'utiliser les termes abordant la santé mentale avec précaution.

1.2 Les préjugés à l'origine de la stigmatisation des personnes ayant des troubles mentaux

Une personne ayant des troubles mentaux sera confrontée à de nombreux stéréotypes négatifs présents dans la société. Ce sont entre autres les représentations sociales de la maladie mentale qui entraînent un malaise dans les interactions entre les personnes ayant des troubles mentaux et la population générale. En effet, plusieurs préjugés sont associés aux personnes ayant des troubles mentaux, par exemple celles-ci sont perçues comme étant moins intelligentes que la moyenne (Angermeyer et Matschinger, 1995 dans Schulze et

Angermeyer, 2003; Freidl et al., 2008). Ce préjugé est lié à la confusion existante entre trouble mental et déficience intellectuelle. Entre autres, les stéréotypes entourant la maladie mentale incluent la dangerosité, l'incompétence ainsi que la responsabilité individuelle de la maladie (Corrigan et al., 2009). Les expressions « *malade mental* » et « *patients psychiatriques* », tels que définis à la section précédente, sont toujours associées à la violence, à la dangerosité, à l'imprévisibilité ainsi qu'à la dépravation morale (Gonzalez-Torres et al., 2007). De plus, la majorité des personnes considère les individus ayant un trouble mental comme ayant moins de contrôle sur leurs propres comportements et cela serait associé à une plus faible acceptation de la part du public (Mak et al., 2014), voire même à la présence d'un sentiment de peur. Plus important, ce sont les stéréotypes de la dangerosité et de l'impulsivité qui seraient davantage associés à la distance sociale, une mesure utilisée pour représenter les attitudes négatives de la population envers les personnes ayant des troubles mentaux (Angermeyer et al., 2011).

La majorité des études ont été réalisées sans différencier les préjugés associés à chacun des diagnostics de trouble mental grave. Or, parmi tous les troubles mentaux, ce sont sans contredit les troubles schizophréniques qui sont les plus stigmatisés (Schulze et Angermeyer, 2003). D'ailleurs, les études à ce sujet sont très nombreuses, ce qui a amené les auteurs à avoir recensé de nombreux stéréotypes qui seraient associés à cette maladie. Entre autres, les personnes ayant des troubles schizophréniques sont vues comme étant dangereuses, agressives, effrayantes, déraisonnables, incompétentes, responsables de leur maladie et ayant un manque de contrôle de soi (Schulze et Angermeyer, 2003; Watson et al., 2007).

Par ailleurs, les personnes ayant un diagnostic de trouble mental se retrouvent souvent à vivre des expériences sociales négatives dues à leurs symptômes psychologiques, mais aussi en raison du déficit fonctionnel qui affecte leur qualité de vie, comme le démontrent les témoignages de personnes atteintes de troubles bipolaires (Michalak et al., 2010). Par définition, les troubles mentaux, en particulier ceux considérés comme étant graves, affectent les capacités relationnelles et les compétences sociales de base (Bergeron-Leclerc et al., p.40). Étant donné que la stigmatisation prend racine au travers des relations sociales, les faibles habiletés sociales des personnes ayant un trouble mental pourraient contribuer à maintenir les préjugés dans la société. De plus, les couvertures médiatiques peuvent contribuer à un environnement social encourageant le rejet, la discrimination, la stigmatisation et la marginalisation des personnes ayant un trouble mental (Crisp et al., 2000; Dinos et al., 2004), ce qui perpétue la présence de ces préjugés.

1.4 L'effet amplificateur des médias sur les préjugés sociaux

Il est connu que les médias jouent un rôle déterminant sur les opinions publiques de la population générale (Anastasio et al., 1999). Malheureusement, les articles journalistiques mettent souvent en avant-plan les troubles mentaux lorsque des événements ont un caractère sensationnel, ce qui contribue à accentuer l'association entre les troubles mentaux, la violence et la criminalité. Plus précisément, parmi certains articles recensés en Angleterre entre 2008 et 2001, 46 % de ceux-ci pouvaient être perçues comme étant stigmatisants (Thornicroft et al., 2013) alors qu'au Canada, entre 2005 et 2010, 40 % des articles recueillis associaient le danger, la violence et la criminalité à la maladie mentale (Whitley et Berry, 2013). Bien qu'en général, les couvertures médiatiques soient devenues plus positives envers

la santé mentale, de 2005 à 2015, 28 % des articles avaient toujours un contenu discriminatoire (Whitley et Wang, 2017). Les répercussions des propos médiatiques sur la représentation des troubles mentaux semblent être de plus en plus évidentes. En effet, les personnes qui se souviennent des couvertures médiatiques parlant négativement de la santé mentale, sont significativement plus nombreuses à croire que les personnes avec un trouble mental sont dangereuses (Reavley et al., 2016). D'ailleurs, l'influence négative est d'autant plus forte lorsque le sujet de l'article aborde une problématique de santé mentale envers une personne ayant commis un acte suicidaire (Angermeyer et Schulze, 2001; Dietrich et al., 2006).

1.5 La stigmatisation

Malgré tous les efforts menés par les programmes de lutte contre la stigmatisation (Gonzalez-Torres et al., 2007), la situation des personnes ayant des troubles mentaux est encore très difficile, d'où l'importance de poursuivre les recherches afin de comprendre davantage les facteurs pouvant faciliter leur inclusion sociale. Bien que le sujet primordial de cette étude soit le processus d'intériorisation des préjugés, la problématique de la stigmatisation sera abordée en premier lieu, afin de comprendre quelles sont les causes sous-jacentes au malaise ressenti par un individu lors d'une interaction avec une personne ayant un trouble mental. D'abord, les perceptions à l'égard des maladies mentales ont longtemps été négatives et le demeurent essentiellement à ce stade. Ce faisant, les personnes ayant des troubles mentaux ont presque toujours été marginalisées. La méconnaissance des troubles mentaux et l'historique de la maladie mentale, bien ancrée dans l'imaginaire collectif, sont

sans doute des facteurs importants dans la préservation des croyances négatives envers la santé mentale.

Link et Phelan (2001) identifient que le processus de stigmatisation et de discrimination résulte de quatre étapes; en premier lieu, la personne doit être étiquetée et mise dans une catégorie afin de faire partie d'un groupe défini. Par la suite, ce groupe est associé à différents stéréotypes négatifs, ce qui amène la population à séparer ce groupe du reste des gens, et donc à créer le « *eux* » comparativement au « *nous* ». Pour finalement discriminer les personnes étant dans ce groupe car celles-ci subissent une perte de leur statut social. Qui plus est, la stigmatisation est complexe et peut prendre plusieurs formes. Dans tous les cas toutefois, cette problématique est associée à un processus d'étiquetage qui résulte de certains préjugés et qui amène à discriminer les personnes ayant des troubles mentaux (Michalak et al., 2010; Corrigan, 2004). La stigmatisation résulte donc d'attitudes négatives à l'endroit des personnes ayant des troubles mentaux et fait davantage référence à « une marque de honte, de disgrâce et de désapprobation conduisant un individu à être rejeté par les autres » (Association québécoise pour la réadaptation psychosociale [AQR], 2014). Selon l'AQR (2014, p.7), la stigmatisation peut aussi se faire par association, lorsque celle-ci affecte les proches de la personne ayant un diagnostic. De plus, la stigmatisation se dit structurelle lorsque « les pratiques institutionnelles [deviennent des] barrières qui limitent la pleine participation citoyenne des personnes vivant ou ayant vécu avec un problème de santé mentale ».

1.6 Les conséquences associées à la stigmatisation

Selon le MSSS (2015), « la souffrance occasionnée par la stigmatisation peut être plus grande que celle causée par les symptômes de la maladie, d'où l'importance d'en connaître davantage sur le processus afin d'améliorer la qualité de vie des personnes souffrant de troubles mentaux » (p.15). Les attitudes négatives se font sentir dans plusieurs sphères de la vie d'une personne ayant des troubles mentaux. En effet, Freild et al. (2008) stipulent que le tiers de la population n'accepterait pas une personne ayant des problèmes de santé mentale comme un ami proche. La distance sociale créée par la stigmatisation peut avoir des conséquences pour la personne telles que la difficulté à louer un appartement ou même être acceptée par le voisinage, et ce, de façon plus importante qu'une personne en ayant des problèmes avec la justice (Schulze et Angermeyer, 2003).

De plus, il peut être difficile pour la personne malade de se trouver un emploi, car les employeurs affirment avoir tendance à ne pas choisir une personne ayant un diagnostic (Freidl et al., 2008). D'ailleurs, il est fréquent de retrouver sur le marché du travail des exemples de discrimination envers les personnes ayant des troubles mentaux, tels que la perte d'un emploi ou d'opportunités pouvant mener à un travail stable (Boyd et al., 2010; Leiderman, 2011; Lundberg et al., 2007). L'environnement social de la personne ayant un trouble mental peut aussi être affecté. D'un côté, les périodes de désorganisation peuvent être difficiles pour la qualité des relations, car les symptômes de la maladie peuvent comprendre des comportements désorganisés, des affects neutres, des habiletés sociales pauvres et une tendance à répondre négativement aux autres (Dickerson et al., 2000; Ertugrul et Ulug, 2004). D'un autre côté, la réaction de l'environnement social doit aussi être considérée. Certains

proches peuvent s'éloigner, couper les liens ou devenir surprotecteurs en réaction aux événements difficiles qu'ils vivent avec la personne, lorsqu'elle est hospitalisée. En somme, la stigmatisation jouerait un rôle dans l'isolement social (Lundberg et al. 2007), ce qui est dû au rejet du réseau social, mais aussi causé par l'évitement et la discrimination anticipée (Perry et al., 2013).

En définitive, être atteint de trouble mental est donc plus que la gestion des symptômes défavorables par la médication, mais cette condition devient aussi une expérience personnelle subjective associée à des stigmas sociaux (Schulze et Angermeyer, 2003). Bref, le processus de stigmatisation entraîne inévitablement la perte d'un statut social et, donc, s'appuie sur des pouvoirs sociaux, économiques et politiques, entraînant les groupes marginalisés vers des conditions de vie plus difficiles (Rosenberg et al. 2005). Un environnement social permettant l'épanouissement citoyen des personnes atteintes de trouble mental est donc nécessaire. Par contre, le véritable défi d'une personne atteinte de trouble mental est d'outrepasser le malaise lié aux stéréotypes négatifs afin de poursuivre son processus de rétablissement, d'où l'importance de mieux comprendre l'intériorisation des préjugés sociaux en santé mentale. En ce sens, il est primordial de cibler de quelle façon les personnes concernées peuvent acquérir des stratégies d'adaptation pouvant faciliter le rétablissement et dans un même temps, contrer l'isolement social.

CHAPITRE 2

LA RECENSION DES ÉCRITS

L'apparition d'un trouble mental dans la vie d'une personne est un événement bouleversant. D'abord la compréhension du trouble, mais surtout la gestion des symptômes est un poids lourd à porter, particulièrement lorsque la personne est seule devant cette problématique. L'acceptation d'un déséquilibre de la santé mentale est souvent source de honte et nombreux sont ceux se trouvant démunis devant l'ampleur de cette problématique. La première hospitalisation, souvent accompagnée par l'annonce d'un diagnostic, est un événement troublant dans le parcours d'une personne. La perception de soi s'avère changée, et cela, trop souvent en étant accompagné d'un sentiment de dévalorisation. Le dévoilement de ce diagnostic est inévitable en raison de l'accompagnement par les proches dans le processus de soin de santé et souvent, une absence ou même un arrêt indéterminé de la carrière professionnelle s'avère nécessaire. Nul ne peut empêcher le regard des autres sur cette problématique, ce qui impose donc la problématique de stigmatisation, qu'elle soit en présence de membre de la famille ou même de la société en général. Face au contexte environnemental, une personne atteinte d'un trouble mental peut d'abord reprendre du pouvoir au niveau de ses propres perceptions et de ses comportements. L'intériorisation des préjugés est donc un processus nécessitant une compréhension théorique afin d'identifier les facteurs amenant un individu à devenir actif au sein de son processus de rétablissement.

Cette recension des écrits vise à documenter le phénomène de l'auto-stigmatisation, laissant place à la définition de ce concept et des conséquences en découlant. Dans un premier temps, les conséquences individuelles de l'auto-stigmatisation sont présentées. Parmi celles-ci, nous retrouvons celles associées à la construction de l'identité personnelle, de l'estime soi et du sentiment d'auto-efficacité de la personne touchée en plus des conséquences sur les symptômes psychologiques associés à la santé mentale. Par la suite, les conséquences

touchant l'inclusion sociale de la personne soient celles associées au secteur professionnel, à la vie sociale et au processus de rétablissement sont abordées. Les comportements adoptés par la personne ayant un trouble mental, permettant de s'accommoder à l'auto-stigmatisation, sont définis selon les différentes stratégies d'adaptations utilisées. Les différentes interventions ayant pour but de minimiser les impacts de l'auto-stigmatisation ainsi que les forces et limites de la présente recension sont exposées.

2.1 L'apport de Goffman

Cet auteur, d'origine canadienne, appartient à la deuxième vague de l'École de Chicago et est l'un des premiers sociologues à s'être intéressé à la vision des personnes institutionnalisées dans les asiles. En effet, ses théories permettent d'expliquer les facteurs institutionnels qui affectent les interactions sociales au quotidien. Ces interactions, au niveau microsystemique, entrent dans un processus d'individualisation constamment en négociation avec les attributs imposés par l'institution. Pour cet auteur, le mot stigmaté réfère à un attribut défavorable qui empêche une personne d'être pleinement acceptée dans la société (Goffman, 1975, p.7). Les étiquettes déviantes peuvent être perçues comme étant l'une des catégories des stigmates sociaux, classifiés comme étant des « *tares du caractère* » par Goffman (1975), comprenant la criminalité, l'homosexualité, les opinions politiques ainsi que les troubles mentaux et les comportements suicidaires. Contrairement à la théorie de l'étiquetage, Goffman croit que la catégorie (ou l'étiquette), ne permet pas complètement de définir la personne, mais que c'est plutôt son parcours social et institutionnel qui le permettent.

D'ailleurs, le terme de « *carrière* », tel qu'utilisé par Becker (1963), est principalement employé par l'auteur afin de parler de l'identité sociale, un concept qui est davantage constructiviste et dynamique et qui démontre le développement social de l'individu au travers des autres. Le déroulement de la vie s'accompagne donc de modifications définies par des « expériences morales, qui changent la façon dont l'individu appréhende le monde et lui-même, c'est-à-dire intériorise et personnalise une nouvelle identité sociale » (Garnau et Namian, 2017, p.74). Goffman (1968) fait d'ailleurs une distinction entre les périodes avant l'hospitalisation, celle pendant l'internement et la période post-hospitalière. Pour Goffman (1975) le stigmat est donc un désaccord entre l'identité virtuelle (caractère attribué à l'individu) et l'identité réelle (ce que la personne croit être), lors de contacts « *mixtes* », c'est-à-dire entre des individus considérés « *normaux* » et d'autres considérés « *déviant*s ». C'est lors des contacts mixtes que le stigmat devient source de malaise, car l'attention est déviée sur les attributs ou comportements étranges. D'ailleurs, « la plupart des stigmas se produisent dans l'espace intersubjectif entre deux personnes au niveau des mots, des gestes, de la signification et des sentiments pendant les échanges significatifs » [traduction libre] (Howell, et al., 2014). Enfin, lorsque l'identité sociale virtuelle remplace l'identité sociale réelle, le stigmat est alors perçu comme étant le « *vrai moi* » : ce qui est défini comme le processus d'auto-stigmatisation (Goffman, 1975, p.96).

C'est donc principalement Goffman (1963), ainsi que Becker (1963), qui sont les premiers auteurs à s'intéresser à la compréhension des effets de la stigmatisation sur les perceptions, particulièrement celles en lien avec l'identité sociale des personnes concernées par la problématique. Bien que l'auto-stigmatisation en soi ne peut être comprise sans aborder

les représentations sociales, ces sociologues se sont démarqués par l'intérêt attribué à compréhension de la vision des personnes marginales.

2.2 L'auto-stigmatisation

L'auto-stigmatisation est reconnue comme étant un « processus subjectif [...] pouvant être caractérisé par un sentiment négatif, un comportement inadapté, une transformation identitaire ou l'approbation des stéréotypes résultant de l'expérience d'un individu, des perceptions ou de l'anticipation des réactions sociales négatives basées sur une maladie mentale » [traduction libre] (Michalak et al., 2010). Cela entraîne donc des conséquences qui sont nécessairement sociale, psychologique, économique et politique (Dovidio et al., 2000 dans Okhakhume, 2012). La théorie de l'étiquetage modifié (*modified labeling theory*) (Link et al., 1989) explique clairement que les attentes et les croyances des personnes ayant des troubles mentaux peuvent avoir des conséquences néfastes, spécialement en ce qui a trait aux stratégies d'adaptation de l'individu. Par exemple, une personne pourrait s'empêcher de consulter par crainte d'être discriminée ou dévalorisée ce qui ultimement pourrait aggraver sa situation. Cependant, ce n'est pas tout le monde qui réagit de la même façon à ces stéréotypes. Selon Corrigan et al. (2009), certaines variables modératrices peuvent s'immiscer dans le processus de l'auto-stigmatisation, pouvant rendre la personne passive ou active face à l'intériorisation des préjugés.

C'est dans le domaine de la sociologie que se situent les origines théoriques du processus d'auto-stigmatisation, plus précisément dans des ouvrages du courant de l'interactionnisme symbolique. Dans la littérature scientifique, le terme n'apparaît que depuis

une vingtaine d'années, ce qui s'avère tout de même récent. Malgré l'intérêt porté par les chercheurs, peu de recherches sont basées sur les expériences vécues par les personnes ayant des troubles mentaux (Schulze et Angermeyer, 2003). Pourtant, l'auto-stigmatisation a des conséquences importantes chez ces personnes, telles qu'un sentiment de honte, de culpabilité et d'infériorité (Lamboy et Saïas, 2013), en plus d'être associé à un état dépressif ainsi qu'à une faible estime de soi (Boyd et al., 2010; Moses, 2009; Leiderman et al., 2011).

Une étude menée auprès des personnes atteintes de troubles bipolaires et dépressifs dans 13 pays européens démontre que plus du cinquième des personnes vivent une situation d'auto-stigmatisation et que la majorité (71,6 %) perçoit des attitudes négatives du public (Brohan et al., 2011). L'intériorisation des stéréotypes négatifs a aussi été démontrée par Casillo et al. (2008) comme pouvant affecter les personnes atteintes de troubles schizophréniques. Selon Corrigan et al. (2009), une personne intègre réellement le stéréotype lorsqu'elle est consciente de celui-ci, l'accepte et l'applique à travers ses comportements dans sa vie quotidienne. Or, toutes les personnes concernées par la problématique ne réagissent pas de la même façon face aux stéréotypes. En effet, certaines personnes refusent de s'identifier à ces stéréotypes et cela a pour effet de leur donner davantage de force afin de persévérer dans leurs objectifs de vie. L'auto-stigmatisation apparaît donc comme un obstacle, pouvant être évité, dans les démarches amenant au rétablissement, et ce, au travers des différentes sphères de vie des personnes (AQRP, 2014).

2.3 Les facteurs influant le processus d'auto-stigmatisation

Peu de caractéristiques sociodémographiques semblent influencer les croyances stigmatisantes envers soi. Selon quelques études, le fait d'être plus âgé, d'être un homme ou d'une ethnie minoritaire semble augmenter le risque d'intériorisation des préjugés liés à la santé mentale (Werner et al., 2008; Latolova et al., 2014). Il n'y a cependant pas de consensus à ce sujet. Par contre, l'âge pourrait être un facteur important à considérer dans le processus d'auto-stigmatisation en raison de son importance dans le développement du concept de soi (Piers et Harris, 1964; Schavelson et al., 1976 dans Luther et al., 2016). Selon une méta-analyse récente, le niveau d'éducation (représenté par des moyennes) ainsi que la présence d'une ethnie (calculé en pourcentage de représentation de personnes caucasienne dans les échantillons), seraient vu comme des variables modératrices entre la résistance à la stigmatisation ainsi que l'auto-stigmatisation (Firmin et al., 2016). En ce sens, les personnes faisant partie d'une minorité ethnique font face à une double stigmatisation, ce qui veut dire qu'elles détiennent deux identités étant stigmatisantes, ce qui contribue à davantage de discrimination (Roe et al., 2007). La double stigmatisation peut également concerner des personnes qui ont un trouble mental jumelé à de l'obésité, à de l'abus de substances, à de la pauvreté, etc. (Mizock, 2012).

Les représentations sociales de la santé mentale sont grandement influencées par les valeurs au sein de la société. Les facteurs culturels doivent donc être considérés avec importance dans l'étude du processus d'intériorisation des préjugés. Par exemple, le concept de destin dans la culture chinoise amène une certaine acception de l'immobilité des rôles de chacun, et cela peut faciliter l'intériorisation des préjugés sociaux (Lam et al., 2010). Les

américains asiatiques détiennent d'ailleurs davantage de préjugés intériorisés et ceux-ci croient que les citoyens ayant un trouble mental portent en eux moins d'espoir de s'intégrer socialement (Wong et al., 2017).

D'un côté, la perception cognitive (*cognitive insight*) apparaît particulièrement déterminante dans l'expérience de la personne dans le processus d'auto-stigmatisation. Ce concept réfère à l'habilité de réfléchir et de réagir sur ses pensées et ses croyances, incluant aussi celles liés aux expériences psychotiques (Cunningham et Lucksted, 2017). Dans ce sens, la modification des croyances stigmatisantes est possible seulement lorsqu'une personne exerce un contrôle sur ses propres cognitions. La capacité d'introspection d'une personne est à la fois susceptible d'engendrer des conséquences positives et négatives. Toutefois, cela semble être relié plus précisément au sens que la personne donne à la maladie (Lysaker, 2006 dans Staring et al., 2009).

D'un autre côté, selon Chan et Mak (2017), les pensées stigmatisantes peuvent devenir récurrentes puis, automatiques lorsqu'elles sont répétées trop souvent, ce qui créer une habitude mentale. Par exemple, une personne peut penser détenir moins de compétences professionnelles lorsqu'elle associe cognitivement que ses capacités intellectuelles sont diminuées en raison de son trouble mental. Les pensées étant activées dans son milieu de travail puis répétées avec le temps, peuvent devenir une habitude et apparaître dans d'autres sphère de vie. Elle peut penser que son trouble mental affecte également ses compétences parentales, puisqu'il y a déjà une association présente entre les compétences personnelles ainsi que l'attribution d'un diagnostic. Enfin, selon Switaj et al. (2017), le sens de la

cohérence² (ou salutogénèse) peut être considéré comme une variable médiatrice entre l'auto-stigmatisation et la qualité de vie de l'individu. En effet, plus ce facteur est présent, moins une personne serait susceptible d'intérioriser des préjugés.

2.4 Les conséquences individuelles de l'auto-stigmatisation

Les personnes vivant avec des troubles mentaux graves font face à des stressors significatifs tels que la gestion de la maladie, l'isolement social ainsi que la compréhension que la stigmatisation est une barrière à la participation et au fonctionnement social, ce qui augmentent le risque de morbidité et de mortalité (Madianos, 2010; Narrow, 2000 dans Chronister et al., 2013). En effet, les problématiques sociales sous-jacentes à l'exclusion sociale entraînent des conséquences pouvant gravement affecter la santé d'un individu. Dans cette section, seules les conséquences personnelles les plus importantes relatées dans la littérature seront abordées tels que la renégociation de l'identité, l'abaissement de l'estime de soi et du sentiment d'auto-efficacité, en plus de la gestion des symptômes psychologiques liés à la santé mentale.

2.4.1 *La renégociation de l'identité*

Selon un cadre d'interactionnisme symbolique, la personne se positionne au travers des interactions avec les autres et c'est par celles-ci qu'elle peut redéfinir son identité (Moses, 2009). Autrement dit, un « soi sans autres est impensable » (Le Breton, 2014, p.65).

² Ce concept est défini par Antonovsky (1987) comme « une orientation globale qui exprime la mesure dans laquelle une personne a un sentiment de confiance omniprésent, durable mais dynamique » au niveau des stimuli environnementaux, des ressources disponibles et de l'investissement personnel.

D'ailleurs, l'identité sociale réfère à « une construction sociale en évolution selon les interactions avec les autres dans différents contextes sociaux » (Baumeister, 1997 dans Michalak et al., 2010). Par ailleurs, l'intériorisation des préjugés comprend par définition une transformation identitaire (Michalak et al., 2010). Dans son ouvrage, Goffman (1968, p.57) stipule que lorsqu'une personne est internée dans un asile psychiatrique, elle est alors coupée du monde extérieur et délaisse ainsi ses rôles sociaux, brimant alors sa personnalité. Bien que l'internement à proprement dit ne soit plus une pratique actuelle, le diagnostic psychiatrique ou le processus d'hospitalisation accompagnant la première crise peut ébranler l'identité de la personne et son réseau social (Perry et al., 2013). D'ailleurs, certains participants d'une étude ont noté une perturbation de leur vie lorsqu'un diagnostic de trouble mental était posé, ce qui tend à mener à une altération ou une renégociation de l'identité et dans certain cas, donner lieu à une intériorisation du stigma (Michalak et al., 2010). En effet, certaines personnes disent s'être senties bizarres et étranges ainsi que moins indépendantes dans leurs choix personnels lorsqu'elles ont reçu leur diagnostic (Lloyd et al., 2005), ce qui suggère un malaise émotionnel.

Ainsi, le diagnostic et les étiquettes nominales qui y sont associées tendent à attribuer une idée fixe de la personnalité, comme étant déterminants de l'identité (Howell et al., 2014). Cela peut faire en sorte que les proches ont tendance à porter un regard différent sur la personne, accentuant ainsi la gravité de sa situation, et percevant donc la personne comme étant plus vulnérable (Phelan, 2005). Dans une autre étude, certaines personnes ont dit avoir ressenti le choix d'accepter le diagnostic et de vivre comme une personne ayant une maladie chronique ou de rejeter ce pronostic afin de retrouver un semblant de contrôle (Staring et al., 2009). Cela pourrait expliquer pourquoi certaines personnes ne consulteront pas de

professionnels ou de services de santé mentale, alors que d'autres vont adopter une identité grandement basée sur leur problématique de santé mentale (Moses, 2009). Afin de contrer les effets néfastes de l'auto-stigmatisation envers l'identité sociale, les nouvelles approches visent à soutenir les personnes réagissant à leurs identités d'après-diagnostic (Staring et al., 2009). Elles utilisent l'histoire de vie de la personne afin de développer des perspectives sur le futur qui ne seront plus dominées par la perte d'espoir et la résignation, mais qui incluent la possibilité d'une vie significative axée vers un fonctionnement optimal malgré le problème de santé mentale, et donc menant vers le rétablissement (Cavelti et al., 2012). En effet, la transformation identitaire accompagnant le diagnostic influencera positivement ou négativement le processus de rétablissement des personnes concernées (Yanos et al., 2008).

2.4.2 *L'estime de soi*

Plusieurs études ont démontré que la stigmatisation a des impacts sur l'estime de soi des personnes concernées (Link et Phelan, 2001; Verhaeghe et al., 2008). Des facteurs tels que l'impression d'avoir perdu le contrôle sur sa vie, la perte de relations sociales ainsi que la difficulté à s'actualiser au travers de rôles sociaux significatifs, ont pour effet que la personne se sentira dévalorisée lorsqu'elle se compare à ses pairs, et affecteront donc son estime de soi (Camp et al., 2002). Lorsqu'une personne en arrive à intérioriser les stéréotypes négatifs véhiculés dans la société, son estime de soi est « doublement » affectée. Ce processus qui consiste à intégrer une image négative de soi serait associé à un état dépressif ainsi qu'à une faible estime de soi (Boyd et al., 2010; Moses, 2009; Leiderman et al., 2011).

Plus précisément, Werner et al. (2008) ont démontré qu'un plus grand score sur l'échelle de l'*Internalized Stigma of Mental Illness* (Ritsher, Otilingam et Grajales, 2003) est

associé à une faible estime de soi, particulièrement pour ce qui est de la notion d'aliénation³ présente dans cet outil (Ritscher et Phelan, 2004). De plus, les personnes ayant une faible estime de soi ont tendance à avoir un plus haut niveau d'auto-stigmatisation que les personnes ayant une haute estime d'elle-même (Okhakhume, 2012; Link et Phelan, 2001; Gureje et al. 2004), ce qui pourrait sous-entendre que la relation entre l'estime de soi et l'auto-stigmatisation soit bidirectionnelle. Enfin, plus précisément, 24 % à 43 % des personnes ayant une faible estime de soi sont sujet à l'intériorisation des préjugés l'auto-stigmatisation (Okhakhume, 2012). L'estime de soi est également vue par des auteurs comme étant un facteur médiateur entre l'introspection ainsi que la démoralisation seulement lorsqu'il est accompagné de croyances auto-stigmatisantes (Cavelti et al., 2012). De plus, l'association entre l'introspection et la dépression, une faible qualité de vie, ainsi qu'une estime de soi faible est modérée par la stigmatisation (Staring et al., 2009).

2.4.3 *L'auto-efficacité*

Le sentiment d'auto-efficacité est défini comme une construction cognitive représentant la confiance de la personne dans ses actions lui permettant de réussir dans des situations spécifiques (Bandura, 1997). L'étude de Okhakhume (2012) a démontré que les personnes ayant un score plus bas d'auto-efficacité avaient généralement aussi un score plus haut d'auto-stigmatisation. Ces résultats sont cohérents avec l'étude de Vauth et al. (2007), affirmant que l'auto-efficacité et l'empowerment jouent un rôle médiateur sur les effets psychologiques de l'auto-stigmatisation et de l'adaptation aux préjugés. De plus, avoir un moindre sentiment d'auto-efficacité a été démontré comme pouvant diminuer

³ Cette sous-échelle permet de mesurer l'expérience d'être moins qu'un citoyen à part entière ou d'avoir un identité « gâchée » (Goffman, 1963).

l'empowerment personnel (Ritsher et al., 2003). Selon Umubyeyi et al. (2016), malgré l'impuissance ressentie par les personnes ayant des troubles mentaux face aux structures sociales des soins en santé mentale, la présence d'un bon sentiment d'auto-efficacité leur permet d'utiliser leurs forces personnelles afin d'acquérir des stratégies d'adaptation efficaces. Enfin, un fort sentiment d'efficacité personnelle est relié à une meilleure santé ainsi qu'à une intégration sociale plus efficiente (Jerusalem et Schwarzer, 1992; Bandura, 1997). Au contraire, un faible sentiment d'auto-efficacité est lié à un sentiment d'impuissance, une faible estime de soi, des pensées pessimistes envers le développement personnel ainsi qu'à des symptômes dépressifs et anxieux (Bandura, 1997). Le sentiment d'auto-efficacité, bien que relevant de la sphère cognitive comme l'estime de soi, est basé sur les actions quotidiennes de la personne, ce qui ajoute à son importance au fonctionnement social de la personne.

2.4.4 Les effets de l'intériorisation des préjugés sur le plan de la symptomatologie

Selon Chronister et al. (2013), plus il y a de préjugés intériorisés chez les personnes, plus elles présentent des symptômes de détresse psychologique. Il est à noter que certains chercheurs utilisent l'estime de soi afin de mesurer le sentiment de bien-être (Arns et Linney, 1993; Rosenfield, 1997; Markowitz, 2001). Nous avons précédemment abordé le lien entre ce concept et l'auto-stigmatisation. De plus, il a été démontré qu'une forte relation existe entre les symptômes de détresse psychologique et la stigmatisation chez les personnes ayant un faible soutien social de leurs proches (Denenny et al., 2015). Certains facteurs médiateurs peuvent influencer cette relation, c'est notamment le cas de la perception du soutien de l'environnement (Legate et al., 2012) ainsi que la sensibilité personnelle liée au rejet des autres (Cole et al., 1997). De plus, les études démontrent que lorsque l'identité est davantage

reliée à la stigmatisation, cela pouvait entraîner un plus haut niveau de détresse psychologique (Quinn et al., 2014).

D'ailleurs, une personne ayant un trouble mental adoptant des stratégies telles que le secret ou l'évitement et ayant une préoccupation importante pour son identité peut vivre plus d'anxiété face aux discriminations anticipées. Pachankis (2007) suggère que la gestion du diagnostic entraîne des conséquences cognitives (suspensions, préoccupations), affectives (anxiété, démoralisation), comportementales (évitement social et faibles relations) et une auto-évaluation négative (diminuer l'efficacité personnelle et être ambivalent dans l'identité). L'auto-stigmatisation serait d'ailleurs reliée à une adhérence plus faible au traitement pharmacologique et psychosocial, en raison des attitudes des patients envers l'amélioration de leur état de santé mentale, des stratégies d'adaptation choisies et de la perception des stigmas (Latalova et al., 2014; Adewuya et al., 2009; Sirey et al., 2001).

2.4.5 *L'abandon du traitement*

Une des conséquences importantes de la stigmatisation et de l'auto-stigmatisation est principalement l'abandon du traitement (Freidl et al., 2008). De plus, la recherche d'information et d'aide professionnelle s'avère réduite en présence de préjugés réels ou anticipés (Denenny et al., 2015; Brain et al., 2014; Boyd et al., 2010; Moses, 2009; Lundberg et al., 2007), ce qui est davantage vrai chez les hommes, les minorités ethniques et les plus individus plus jeunes (Moses, 2009). En effet, Barney et al. (2006) affirment que la moitié des personnes ayant vécu une dépression majeure ne vont pas consulter des professionnels de la santé. En fait, face aux préjugés envers la maladie mentale, une personne peut vouloir dissimuler ses problèmes, ce qui est associé à des attitudes plus faibles envers la recherche

de traitement (Masuda et al., 2012). Dans une étude de Brain et al. (2014), 36 % des participants énoncent avoir été traités injustement lorsqu'ils ont consulté pour des soins de santé physique, selon l'échelle de discrimination et des préjugés (DISC 12 de Brohan et al., 2013). De même, Schulze (2007) rapporte que 22 % des usagers de services ont vécu des situations stigmatisantes. Par ailleurs, selon Rossler et al. (1996), les résidents en médecine s'avèrent également entretenir des stéréotypes négatifs envers les personnes ayant un diagnostic de trouble mental. Tout comme la population générale, les professionnels de la santé partagent certaines attitudes négatives, à l'exception de la confiance portée envers l'efficacité du traitement ainsi que du respect des droits civils des patients psychiatriques (Schulze, 2007).

De plus, l'hospitalisation arrive fréquemment lorsque la personne est en état de crise ou voit sa condition mentale se détériorer, ce qui rend rarement l'expérience positive. En effet, « la plupart des personnes n'ont pas à affronter l'attitude de l'autre et leurs conséquences jusqu'à ce qu'elles voient un professionnel de la santé mentale et qu'elles sont officiellement étiquetées comme étant mentalement malades » [traduction libre] (Verhaeghe et Bracke, 2007, p.377). Le domaine des soins de santé et des services sociaux est donc un exemple flagrant d'une interaction dans laquelle d'un côté, les professionnels peuvent entretenir des attitudes stigmatisantes plus ou moins conscientes et de l'autre côté, de la création de perceptions basées sur des expériences discriminatoires. Les relations thérapeutiques ne s'avèrent donc pas des exceptions en ce qui a trait à la problématique d'auto-stigmatisation et de discrimination des personnes atteintes de trouble mental et devrait par ailleurs, être considérées avec importance dans l'étude du processus de rétablissement en santé mentale.

2.5 Les conséquences sociales de l'auto-stigmatisation

Historiquement, les personnes ayant des troubles mentaux ont été grandement marginalisées en raison de l'incompréhension de leur trouble et de la peur qui y est associée. D'un côté, les proches aidants sont trop souvent démunis devant la complexité de la problématique et de l'autre côté, les personnes ayant des troubles mentaux tentent d'éviter les contacts sociaux en utilisant des stratégies d'adaptation négatives dans le but de se protéger (Moses, 2015). L'intériorisation des préjugés entraîne différentes conséquences individuelles qui ultimement auront des impacts sur le fonctionnement et l'inclusion sociale des personnes ayant des troubles mentaux graves. Cette section relate les conséquences de cette intériorisation en ce qui a trait à la vie professionnelle, l'isolement social ainsi que du processus de rétablissement en santé mentale.

2.5.1 *Le secteur professionnel*

Bien que le secteur professionnel soit plus directement affecté par la stigmatisation en tant que telle, l'importance accordée à la perception subjective des compétences professionnelles doit être nécessairement considérée au sein du processus identitaire d'une personne ayant un trouble mental. En ce sens, la perception subjective du rôle professionnel est considérée ici comme étant nécessairement biaisée par les préjugés stigmatisants, présents sur le marché du travail, et c'est cela qui entraîne des répercussions sur le processus de rétablissement. D'abord, il faut préciser que les préjugés stigmatisants des employeurs sont bel et bien existants. Selon Freidl et al., (2008), les employeurs affirment avoir tendance à ne pas choisir une personne ayant reçu un diagnostic psychiatrique, rendant plus difficile l'accès

à un travail pour les personnes ayant un trouble mental. Par ailleurs, la perte d'un emploi et même d'opportunités professionnelles sont des exemples de comportements discriminatoires envers les personnes ayant des troubles mentaux, fragilisant ainsi le maintien en emploi (Boyd et al., 2010; Leiderman et al., 2011; Lundberg et al., 2007). Le paradoxe entre l'exclusion et l'inclusion sociales, même dans le marché du travail, s'avère toujours présent. En effet, il est connu que les réussites, autant éducationnelles que professionnelles, aident les personnes atteintes de troubles mentaux graves à combattre l'intériorisation des stigmas (Cabassa et al., 2013). Cependant, les préjugés existants s'avèrent être une barrière à l'inclusion sociale des personnes atteintes de trouble mental.

Afin de contrer les conséquences de cette violence symbolique, il serait plus facile pour le maintien à l'emploi des personnes ayant un trouble mental grave, de travailler au sein d'entreprises d'économie sociale (Corbière et al., 2014). En effet, l'aménagement des horaires, la réorganisation du travail, des formations centrées sur le développement des compétences, l'accomplissement du travail à partir de son domicile ainsi que des changements au niveau de l'environnement de travail, peuvent être des mesures d'accommodement efficaces (Corbière et al., 2014). La personne ayant un trouble mental doit pouvoir retrouver un rôle actif dans la société afin de poursuivre son rétablissement. Cependant, un âge avancé, la sévérité des symptômes, une faible estime de soi, des expériences de travail peu soutenues ou encore une longue absence sur le marché du travail sont des facteurs associés à des difficultés dans le maintien d'un emploi (Corbière et al., 2014). Le fait de se sentir marginalisé et discriminé au sein du marché du travail affectent également l'estime de soi et le sentiment d'auto-efficacité (Vauth et al., 2006). Notamment, l'isolement social, une plus faible estime de soi ainsi qu'une motivation plus basse, sont des

facteurs pouvant affecter la capacité de la personne à rechercher un emploi, et entraînent donc un revenu plus faible comparativement à celui de la population générale (Watson et al., 2007; Freidl et al., 2008), générant alors des inégalités sociales et entraînant davantage la marginalisation de la personne. Les programmes axés sur les compétences socioprofessionnelles peuvent faire partie d'une stratégie anti-stigmatisante, car ceux-ci aident à diminuer les déviances et donc, de renforcer le processus de rétablissement (Verharghe et Bracke, 2007).

2.5.2 *L'isolement social*

La distance sociale mise de l'avant par les autres serait susceptible d'engendrer davantage de croyances auto-stigmatisantes chez les personnes ayant un trouble mental, en raison de la perception du malaise des gens autour d'elles (Lysaker et al., 2007). En effet, les personnes vivant un malaise social tendent naturellement à se protéger et peuvent adopter des stratégies négatives tels que l'isolement et le retrait (Moses, 2015). Le soutien social est d'ailleurs négativement lié aux stigmas sociaux et aux stratégies d'adaptation négatives tel que le secret ou l'évitement (Chronister et al., 2013). D'ailleurs, l'anxiété sociale est perçue comme une réaction face aux stigmas présents dans les relations sociales. La honte, associée à l'intériorisation des stigmas, est aussi une réponse sentimentale découlant du fait d'être socialement exposé et humilié comme étant une personne dévalorisée (Rüsch et al., 2009).

Dans les faits, certaines personnes ayant des troubles mentaux graves deviennent complètement isolées, socialement malhabiles et étranges (Link et al., 1991). Il est donc compréhensible que certaines personnes aient de la difficulté à conserver leurs relations sociales et même à se projeter dans une relation amoureuse en raison de leur trouble mental

(Rose et al., 2011). Il est cependant démontré que vivre en couple est un facteur de protection sur la stabilité du réseau social (Perry et al., 2013). D'ailleurs, les participants ayant davantage de soutien émotionnel ou tangible ont moins de stigmas intériorisés, ce qui peut laisser croire que le soutien social est un facteur de protection de l'intériorisation des préjugés (Chronister et al., 2013). Au contraire, l'anxiété sociale ressentie face aux attitudes de l'environnement amène à vivre de l'isolement social et augmente le risque suicidaire (Yanos et al., 2008). Sachant que le soutien social joue un rôle majeur dans le processus de rétablissement des personnes, cet isolement social découlant de l'intériorisation des préjugés apparaît des plus préoccupants (Chronister et al., 2013).

2.5.3 *L'entrave au rétablissement*

Le rétablissement peut être défini comme étant la poursuite d'une vie satisfaisante et significative par la réalisation de son plein potentiel dans la communauté, et ce, malgré les limitations causées par la maladie (Substance Abuse and Mental Health Services Administration [SAMHSA], 2005). Le rétablissement peut se manifester de différentes façons, selon la réalité sociale et les différences individuelles de chacun, mais comporte des éléments semblables dans tous les cas. D'une part, les mesures objectives sont les symptômes psychologiques, la fréquence de socialisation ainsi que l'emploi et, d'autres part, les mesures subjectives sont la qualité de vie perçue et le sens donné à l'existence de la personne (Yanos et al., 2008). L'auto-stigmatisation est reliée à une plus grande prévalence de stratégies négatives d'adaptation, telles que le retrait social et l'évitement, ce qui peut nuire gravement au rétablissement (Dennenny et al., 2015).

Une approche basée sur l'empowerment, des interventions centrées sur la personne ainsi qu'une approche axée sur le rétablissement permettent de bien définir les besoins individuels et sont des stratégies plus efficaces afin de réduire l'auto-stigmatisation (Chan et Mak, 2014). Effectivement, un lien existe entre stigmas sociaux et rétablissement (Chronister et al., 2013). Les approches dites biologiques, qui sont majoritaires en psychiatrie, réduisent la responsabilité à l'égard de la personne ainsi que le sentiment d'incompétence de celle-ci, mais tendent aussi à jouer un rôle néfaste en renforçant le pronostic négatif. Pourtant, les approches psychosociales qui elles, tendent à diminuer la dangerosité et au contraire, augmentent le contrôle personnel, mais également la perception de blâme (Schlier et al., 2014). Enfin, il faut considérer qu'il y a de nombreuses raisons à la résistance d'un changement de comportements, telles que le manque d'opportunités d'emploi, le manque d'informations sur la santé, les normes culturelles ainsi que les habitudes de vie (Tengland, 2016).

En conséquence, il est important que l'intervenant axe son travail sur l'augmentation du sentiment de contrôle chez la personne, afin de créer un effet d'empowerment en l'intégrant à la communauté, car cela permet de réduire directement l'auto-stigmatisation (Cavelti et al., 2012) et donne une plus grande autonomie à la personne au centre de l'intervention (Tengland, 2016). Les personnes qui refusent l'étiquette sont davantage en réaction envers les stigmas et ont ainsi tendance à être plus dynamiques et à se sentir en contrôle de leur vie (Watson et al., 2007). De plus, la résistance à la stigmatisation s'avère être en relation avec l'introspection (Firmin et al., 2016), alors que l'étude de Campbell et Deacon (2006) suggère que les personnes résistantes provenant de groupes marginalisés, expérimenteraient un plus grand pouvoir d'agir. Enfin, il a été démontré qu'un faible

sentiment d'auto-efficacité peut avoir un effet négatif sur l'empowerment personnel (Ritscher et al., 2003).

Dans le cadre de cette étude, l'intérêt principal est centré sur l'entrave de l'auto-stigmatisation dans le processus de rétablissement des personnes ayant un trouble mental. Le terme rétablissement a été priorisé dans le modèle du « *Why Try Effect* », car il englobe le concept d'empowerment et d'autres concepts-clés dans ce processus. En effet, en plus d'atteindre un sentiment de contrôle et de pouvoir sur sa vie, le rétablissement comprend également la notion de connectivité, c'est-à-dire le sentiment de se sentir inclus socialement et de recevoir du support de la communauté, en plus de considérer le sentiment d'espoir, la perception identitaire ainsi que le sens donné à la vie (Leamy et al., 2011). La conception de l'identité apparaît donc importante dans le concept de rétablissement, ce qui pourrait expliquer la forte relation entre l'auto-stigmatisation et les faibles résultats du rétablissement (Yanos et al., 2008).

2.6 Les stratégies d'adaptation face à l'auto-stigmatisation

Les stratégies d'adaptation, abordées maintes fois depuis le début de ce chapitre, méritent d'avoir une attention particulière. En effet, pour les personnes aux prises avec un trouble mental, l'anxiété sociale et la honte sont des réactions émotionnelles involontaires à la suite de l'évaluation du niveau de stress associé aux préjugés (Rüsch et al, 2009). Afin d'éviter ce malaise, une personne peut ajuster ses comportements volontairement et consciemment afin de choisir une stratégie d'adaptation face au stress rencontré (Miller, 2006). D'ailleurs, posséder un inventaire varié de stratégies d'adaptation est relié à un plus

faible niveau d'anxiété sociale (Rüsch et al, 2009). Ilic et al (2014) ont catégorisé différentes stratégies d'adaptation, soit les stratégies défensives qui ont comme objectif d'annuler l'expérience discriminatoire, les stratégies comportementales actives qui tendent à changer la situation dans la vie actuelle sans réduire l'expérience vécue et enfin les stratégies cognitives centrées sur l'émotion qui agissent sur la perception de la situation dans le but d'améliorer la santé mentale.

Toutefois, l'efficacité des stratégies requiert d'avoir un répertoire flexible afin de les utiliser différemment, dépendamment de la situation (Zeidner et Saklofske, 1996 dans Ilic, 2014). En général, les stratégies d'adaptation défensives, comme le secret et le retrait, sont associées à un plus haut niveau d'auto-stigmatisation et de stigmatisation perçue (Link et al, 1989; Wright et al., 2000; Link et Phelan, 2001; Perlick et al., 2001 dans Vauth et al., 2006). La divulgation du diagnostic ainsi que la recherche d'informations sur les problématiques de santé mentale apparaissent comme étant des stratégies d'adaptation positives, et cela indépendamment des variables psychiatriques telles que le type de diagnostic (Ilic et al, 2014; Rüsch et al, 2009). Les stratégies utilisées par les personnes ayant des troubles mentaux peuvent être variées et nombreuses. Entre autres, l'humour apparaît comme une stratégie utile afin de s'adapter à des événements stressants (Cramer, 2000) en plus de gérer la frustration liée à la discrimination structurelle (Jenkins et Carpenter-Song, 2008). Parmi ces stratégies, les trois plus importantes en lien avec la gestion du trouble mental et de son diagnostic ont été ciblés.

2.6.1 La divulgation stratégique

Étant donné que l'identité est définie en grande partie au travers des interactions sociales de la personne, celle-ci a la possibilité de choisir les attributs qu'elle désire mettre de l'avant dans les différentes sphères de vie (LeBreton, 2014). Certaines personnes choisissent de révéler leur diagnostic ou leur prise de médication à des proches, alors qu'elles décident de ne pas en parler à des collègues de travail ou à des connaissances. Le processus d'évaluation sous-jacent à cette prise de décision se nomme la divulgation stratégique (*judicious disclosure*) (Michalak et al., 2010). Corrigan et Lundin (2001), ont identifié les bénéfices de la divulgation ainsi que les coûts qui y sont associés. En premier lieu, la personne développera donc l'habileté à être plus ouverte face à son diagnostic et pourra encourager les personnes ayant la même problématique qu'elle à en parler et ainsi, jouer un rôle positif en combattant la stigmatisation. D'ailleurs, une personne ayant déjà acquis un statut social respecté peut jouer un rôle de représentant d'un groupe stigmatisé auquel il appartient (Goffman, 1975, p.40). Au Québec, l'exemple de la campagne publicitaire de la compagnie Bell « *Cause pour la cause* », visant la diffusion de témoignages de célébrités ayant reçu un diagnostic de trouble mental permet de réduire la stigmatisation envers la santé mentale.⁴

Cette stratégie est reliée à un meilleur état de santé mentale, car cela entraîne la possibilité d'avoir du support social et réduit le constant besoin d'auto-régulation (Beals et al., 2009 dans Ilic et al, 2014). Néanmoins, la divulgation peut encourager les réactions négatives des autres, et ainsi mettre à risque une personne de vivre de l'ostracisme ou des

⁴ <https://cause.bell.ca/fr/>

expériences discriminantes (Ilic et al, 2014). La divulgation peut soit être complète, c'est-à-dire partagée avec une ou plusieurs personnes, soit sélective ou partielle, en choisissant au préalable les informations qui seront dites et à qui elles seront dévoilées afin de se protéger des préjugés (Corbière et al., 2014). Dans un contexte de travail, cette stratégie apparaît particulièrement importante. D'ailleurs, Ellison et al. (2003) ont questionné 350 gestionnaires et employés ayant des troubles mentaux graves. Les résultats de cette étude ont démontré que 60 % des personnes n'avaient pas regretté d'avoir affiché leur diagnostic et seulement 7 % éprouvait le sentiment contraire, et enfin, un tiers éprouvait quelques regrets. Le dévoilement du statut d'une personne stigmatisée est un processus de décision complexe (Chaudoir et Fisher, 2010 dans Ilic et al., 2014), car il faut prendre en compte le moment et le contexte de la divulgation. En effet, une personne peut choisir de divulguer son diagnostic une fois seulement que les collègues et supérieurs immédiats croient que celle-ci est compétente (Corbière et al., 2014). Selon Toth (2012), un élément déclencheur peut initier le dévoilement tel que les symptômes influençant sur le travail, la consolidation d'une relation avec une collègue ou l'espoir de provoquer un changement d'attitude des autres. Enfin, la divulgation peut être faite afin d'obtenir des mesures d'accommodement au travail.

2.6.2 *Le secret et l'évitement*

Les stratégies d'adaptation défensives telles que le secret et l'évitement apparaissent comme des médiateurs entre les stigmas sociaux, l'intériorisation de ceux-ci et le rétablissement. En effet, plus une personne utilise ces stratégies, plus elle intériorise les préjugés (Chronister et al., 2013), ce qui nuit au rétablissement. Ces stratégies semblent donc avoir des résultats négatifs sur les personnes (Link et al., 1989; 1991). Entre autres, l'évitement est utilisé afin de prévenir la détresse en évitant les personnes ou les situations

qui sont associées à des actes discriminatoires anticipés (Swim et al., 1998). Cela est associé aussi à l'augmentation de symptômes psychiatriques (Chronister et al., 2013), une faible qualité de vie et l'abaissement du sentiment d'auto-efficacité, en raison de l'importance de la perception des préjugés (Vauth et al., 2007). Le secret est également associé négativement à la qualité de vie et au rétablissement, car cela empêche d'être en lien avec des personnes pouvant apporter un support social (Miller et Major, 2000). Le fait de cacher un secret accentue la paranoïa sociale, pouvant être par exemple une préoccupation ou une idée qu'une personne n'est pas amicale, ce qui augmente l'insatisfaction des relations sociales (Santuzzi et Ruscher, 2002 dans Ilic et al., 2014). Cependant, le secret ainsi que la surcompensation, qui signifie qu'une personne ayant une condition visible ou connue par les autres agisse de façon contre-stéréotypée afin d'éviter les conséquences attendues (Ilic et al., 2014), peuvent être efficaces dans le but de trouver ou maintenir un emploi (Schulze, 2009 dans Ilic, 2014).

2.6.3 *Le soutien des pairs*

Selon Perry et al. (2013), les relations construites et soutenues dans le réseau social d'une personne sont influencées par le contexte, les activités et les rôles sociaux. Lorsque les symptômes de la maladie mentale prennent de l'importance dans la vie de la personne, il est possible que le réseau de celle-ci en soit bouleversé. En plus des conséquences de la stigmatisation telle que l'attitude des proches, certaines personnes ayant un trouble mental croient qu'elles peuvent être amies seulement avec des utilisatrices de services (Rose et al., 2011). Cela peut être expliqué par le fait que « les personnes ayant des problèmes de santé mentale devraient avoir moins d'attitudes négatives que le public en général » [traduction libre] (Allport, 1954 dans Boyd et al., 2010). Les premières personnes compatissantes s'avèrent être celles qui partagent le même stigmate. En effet, par leur soutien moral et leur

réconfort, elles peuvent rendre la personne plus à l'aise et lui procurer un sentiment d'acceptation sociale (Goffman, 1975, p.32). D'ailleurs, les personnes ayant des troubles mentaux perçoivent elles aussi que le support des pairs est un facteur clef au succès du rétablissement (Beeble et Salem, 2009 dans Ilic et al., 2014).

De plus, certaines études montrent que l'identification à un groupe de pairs a des répercussions positives sur l'estime de soi ainsi que sur les stratégies d'adaptation qui sont collectivement adoptées (Crabtree et al., 2010). L'identification ainsi que la perception de la valeur des groupes stigmatisés sont corrélées à l'apparition de ressource d'adaptation envers la stigmatisation chez la personne (Rüsch et al., 2009). Cependant, selon Goffman (1963), il y a une ambivalence à s'associer à un groupe stigmatisé. Bien que la personne souhaite obtenir les bénéfices au fait de s'associer à des personnes partageant la même problématique, elle veut également se distancer de cette identité marginalisée. La comparaison avec les autres peuvent également avoir des conséquences variées. La tendance de se comparer à des personnes d'un groupe de pairs est fortement liée à de faibles habiletés sociales et à une plus grande distance sociale des personnes étant à l'extérieur du groupe (Rüsch et al., 2009).

De plus, lorsqu'une personne se compare aux membres appartenant au même groupe, cela a pour effet d'augmenter l'estime de soi personnelle, mais abaisse également la motivation et le succès dans d'autres domaines en lien avec la performance professionnelle. Au contraire, se comparer à une personne à l'extérieur du groupe permet d'être plus performant socialement, mais fragilise également l'estime de soi (Major et al., 2003). Certaines personnes utilisent comme stratégies d'adaptation la comparaison sélective, définie comme étant le fait de se comparer à des personnes ayant une situation plus défavorable que

la leur. Cette stratégie serait associée à une santé mentale précaire en raison du peu de ressources et d'énergie que requiert cette stratégie passive (Ilic et al., 2014). En résumé, l'implication dans la communauté par l'association à des groupes d'appartenance prévient les stratégies dysfonctionnelles tel que l'évitement et entre donc dans une démarche d'empowerment, ayant un effet positif indirect sur la personne (Ilic et al., 2014).

2.7 Les interventions anti-stigmatisantes

Bien que de nombreux gouvernements ont mis en place des initiatives anti-stigmatisantes en santé mentale, notamment au Québec (MSSS, 2005), la problématique de l'auto-stigmatisation nécessite des interventions spécifiques pouvant inclure les personnes vivant avec un trouble mental. Certaines interventions menées auprès de personnes faisant face à des crises psychotiques se sont avérées efficaces contre l'auto-stigmatisation. Entre autres, la thérapie cognitive, la psychoéducation et les thérapies cognitivo-comportementales ont été reconnues par plusieurs auteurs (Burke et al., 2016; Okhakhume, 2012 ; Lucksted et al., 2011; Knight et al., 2006). D'ailleurs l'intervention cognitivo-comportementale est tout aussi efficace afin d'augmenter l'estime de soi, ce qui peut être une bonne stratégie afin de réduire les effets de la stigmatisation dans un contexte de rétablissement (Vass et al., 2017; Okhakhume, 2012).

Parmi les interventions efficaces, nous retrouvons celles visant les stratégies du dévoilement, de l'amélioration des contacts sociaux positifs et de l'accès aux soins et à la recherche de services en santé mentale (Evans-Lacko et al., 2012). Une intervention nommée « *Ending Self-Stigma* » (en finir avec l'auto-stigmatisation) semble particulièrement

intéressante. Ce modèle d'intervention de groupe, basé sur neuf rencontres, propose du matériel éducatif sur la santé mentale, des méthodes afin de renforcer les liens avec la famille et la communauté, des techniques permettant de répondre à la discrimination du public et des stratégies cognitives et comportementales ayant un impact sur l'intériorisation des préjugés. L'essentiel de cette thérapie repose sur le processus d'introspection mis de l'avant dans les thérapies cognitives, et ce, dans le but de recadrer les pensées auto-stigmatisantes irrationnelles. Une étude a d'ailleurs été réalisée afin de valider les résultats de cette démarche. Celle-ci a démontré que l'intériorisation des préjugés a été réduite et que la perception du soutien social a été augmentée à la suite de la participation au projet (Lucksted et al., 2011). Drapalski et al. (2013) nomment d'ailleurs l'importance de discuter de l'impact de l'auto-stigmatisation avec les personnes concernées et d'élargir les stratégies et les outils étant couramment utilisées afin de minimiser les impacts de cette problématique et de poursuivre le développement des interventions efficaces.

2.8 Forces et limites des études consultées

La complexité de l'étude du processus d'auto-stigmatisation réside particulièrement dans la difficulté à différencier cette problématique de celle de la stigmatisation. En effet, étant donné que les deux processus prennent racine au travers les interactions sociales, l'une ne peut exister sans l'autre. De plus, les conséquences de l'intériorisation des préjugés diffèrent selon les niveaux systémiques. En effet, elles peuvent être personnelles, interactionnelles ainsi que sociétales. D'ailleurs, les facteurs permettant la résistance à l'auto-stigmatisation peuvent être à la fois des stratégies comportementales, cognitives ou mêmes des attitudes face à la discrimination, ce qui complexifie l'étude d'un point de vue

scientifique. Également, la problématique doit prendre en compte les différents facteurs internes ou externes de l'individu. D'une part, les modèles axés sur les cognitions permettent de comprendre les mécanismes internes sous-jacents à l'intériorisation des préjugés. D'autres part, ce processus est influencé selon les différents comportements adoptés par la personne ayant un trouble mental. Par contre, il est nécessaire que l'auto-stigmatisation soit perçue au travers un contexte de rétablissement afin de faciliter l'intégration des personnes concernées dans la communauté (Cunningham et Lucksted, 2017).

Principalement, l'analyse de l'auto-stigmatisation doit être abordée selon une approche centrée sur la personne, et donc mettre l'individu au cœur des recherches. Malheureusement, peu d'études qualitatives ont été réalisées à ce sujet et donc, peu de témoignages de personnes concernées par la problématique ont été inclus (Schulze et Angermeyer, 2003). De plus, presque qu'aucune étude n'a tenté de vérifier s'il y a un lien entre le processus d'intériorisation du stigmaté et les types de diagnostics psychiatriques (Cunningham et Lucksted, 2017). La plupart des études ont considéré que la problématique affectait toutes les personnes ayant un trouble mental grave de façon identique. Les études se sont d'ailleurs centrées davantage sur les troubles schizophréniques, bipolaires ou encore dépressifs. Les diagnostics de trouble de personnalité, pourtant souvent associés à de la stigmatisation, ont été peu inclus dans les populations à l'étude. La présence d'études au travers le globe, autant orientaux qu'occidentaux, est certainement une force actuelle car cela permet de généraliser le processus et ses conséquences.

Enfin, les théories sur l'auto-stigmatisation sont largement axées sur les facteurs précédant son apparition, sans qu'il n'y ait de discussion sur la façon dont les préjugés envers

soi-même sont maintenus et perpétués au fil du temps (Quinn et Earnshaw, 2011). Les recherches futures devraient permettre « d'enrichir le portrait face au développement, la perpétuation ainsi que l'influence de l'auto-stigmatisation afin d'améliorer sa compréhension » (Chan et Mak, 2017). Bien que plusieurs associations entre les différentes notions entourant l'intériorisation des préjugés aient été réalisées, peu d'étude ont été en mesure d'élaborer des modèles théoriques du processus d'intériorisation des préjugés et donc de cibler les facteurs principaux pouvant l'influencer. Cela permettrait de comprendre davantage la résistance à la stigmatisation chez les personnes ayant un trouble mental et la façon dont l'auto-stigmatisation influence négativement le processus de rétablissement (Yanos et al., 2008). Le modèle du « *Why Try Effect* » (Corrigan et al., 2009) semble d'ailleurs pertinent, car il prend en compte la mise en action des objectifs de vie, ce qui souligne une similitude avec le processus de rétablissement. Ce modèle, unique en son genre dans les études les plus récentes, permet d'établir des liens avec les principes fondamentaux du travail social, soit des interventions basées sur l'appropriation du pouvoir des personnes marginalisées. Il sera d'ailleurs exposé plus amplement dans le prochain chapitre. Dans l'optique où les personnes victimes des préjugés sociaux doivent s'approprier un pouvoir d'agir afin de diminuer les effets néfastes découlant de la discrimination vécue, le processus de rétablissement s'avère être le principal vecteur de changement permettant une résistance à l'intériorisation des préjugés, ce qui doit essentiellement être étudié plus en profondeur.

Vu la faible présence d'articles scientifiques réalisées dans le but d'élaborer une modélisation du processus d'auto-stigmatisation, les objectifs de la présente étude se centreront sur l'amélioration d'une spécification théorique en vue d'obtenir un modèle pouvant optimalement expliquer le processus d'auto-stigmatisation. Pour ce faire, le premier

objectif de la recherche permettra de mettre de l'emphase sur des variables statistiquement différentes entre les personnes ayant ou non intériorisé des préjugés. Enfin, les variables présentes dans le modèle du « *Why Try Effect* », soit l'estime de soi et l'auto-efficacité seront incluses dans un modèle en tant que variables médiatrices dans la relation entre l'auto-stigmatisation et celui du rétablissement. Cette étude s'avère essentielle à l'obtention de plus amples données sur la nature des liens entre ces variables en vue de la création d'un modèle théorique sur le sujet. En ce sens, certaines limites méthodologiques concernant le choix des populations à l'étude, seront considérées afin d'inclure certains diagnostics jusqu'à présent écartés dans les recherches, soit ceux des troubles de personnalité et des troubles anxieux. Considérant l'ampleur de la stigmatisation envers les personnes ayant un trouble mental, le recrutement de cette étude mettra de l'emphase sur l'inclusion de personnes marginalisées socialement mais également sur la présence de personnes s'identifiant comme ayant un trouble mental, étant également socialement fonctionnelles.

CHAPITRE 3

LE CADRE CONCEPTUEL

Ce chapitre aborde la problématique précédemment examinée selon les théories sociologiques de l'interactionnisme symbolique. Cette approche permet d'analyser les interactions sociales entre les personnes ayant un trouble mental et les agents extérieurs présentant des manifestations de la stigmatisation sociale envers la santé mentale. Par la suite, le modèle du « *Why Try Effect* », choisi en raison de la similitude perçue entre le processus de rétablissement et de l'atteinte des objectifs de vie, sera examiné et adapté à la présente étude.

3.1 L'intériorisation des préjugés selon l'interactionnisme symbolique

Plusieurs auteurs tels que Goffman (1963), Scheff (1966), Foucault (1972), Strauss (1992) et plus près de nous, Pagé (1961) se sont intéressés, de différentes façons, aux processus d'exclusion et de stigmatisation des personnes ayant des troubles mentaux. Dans son ouvrage portant sur les asiles psychiatriques, Goffman (1968) démontre qu'en plus d'être victimes de troubles mentaux, les patients subissent une « *aliénation sociale* » c'est-à-dire une altération de leur état d'être et de leurs comportements en raison de leur expérience dans le système institutionnel de la psychiatrie (Campenhoudt et Marquis, 2014), qui les condamnerait à un rôle de malade mental. Pour sa part, Scheff (1966) souligne que l'individu serait enclin à intérioriser ce rôle, l'identifiant à lui-même, ce qui l'amènerait à cristalliser ses comportements et produirait une maladie chronique et incurable (cité dans Link et al., 1989). Par contre, Corrigan et Watson (2002) ont démontré que les personnes peuvent réagir différemment à l'intériorisation des croyances et que ce processus ne serait pas nécessairement lié à une détresse psychologique et à une détérioration de l'estime de soi.

En effet, certaines personnes sembleraient réagir en contestant les stéréotypes de la maladie mentale, ce qui les amèneraient à devenir plus énergiques (Corrigan et al., 2009). Aujourd'hui, la communauté scientifique sait que les troubles mentaux graves ne sont pas nécessairement chroniques ou durables et que le rétablissement peut s'appliquer à une majorité de personnes (Allott et al., 2002). Les modèles théoriques de l'auto-stigmatisation doivent alors prendre en compte le fait que certaines personnes semblent être plus ou moins affectées par les stéréotypes. Il est donc primordial d'identifier les facteurs qui peuvent influencer l'intériorisation des préjugés pour mieux comprendre la manière dont une personne s'adaptera à la stigmatisation envers les troubles mentaux. En effet, « l'action des individus se développe en réponse aux normes culturelles et aux attentes [des autres] » (Queiroz et Ziolkowski, 1994, p.60). Elle s'accommodera donc au travers des interactions avec les personnes qu'elle rencontre au quotidien selon la perception qu'elle possède du contexte social. Par conséquent, « les individus cherchent à ajuster mutuellement leurs lignes d'action sur les actions perçues ou attendues [des autres] » (Becker, 1963). Dans un jeu continu de rétroaction de gestes, d'attitudes et d'attentes mutuelles, les personnes adopteront des stratégies d'adaptation positives ou négatives, telles que mentionnées dans le précédent chapitre (voir section 2.6). Ces dernières peuvent être perçues comme faisant partie des adaptations secondaires, décrites par Goffman, où la personne « travaille à maintenir des zones d'autonomie lui évitant d'être totalement défini à travers sa folie » (Queiroz et Ziolkowski, 1994, p.50). Ainsi, malgré les contraintes de l'environnement, l'individu réussit tout de même à garder un certain sens de la liberté au travers sa propre subjectivité et aux sens qu'il donne à ses relations sociales, ce qui lui permet de définir sa propre identité.

3.2 Le processus d'auto-stigmatisation et le modèle du « *Why Try Effect* »

L'expression « *auto-stigmatisation* » signifie qu'une personne a des attitudes négatives envers elle-même, en raison de l'intériorisation des stéréotypes au sujet de la maladie mentale (Barney et al., 2006). La personne réagit donc à la stigmatisation présente dans la société. Plus précisément, Watson et al., (2007) ont défini trois étapes du processus d'auto-stigmatisation soit 1) la conscience de stéréotypes stigmatisants, 2) la croyance à l'effet que ceux-ci sont véridiques ainsi que 3) l'auto-approbation ou l'application des stéréotypes à soi-même. Par exemple, il faut d'abord être conscient que la plupart des gens pensent que les personnes ayant des troubles mentaux sont moins intelligentes, par la suite approuver cette croyance et, ainsi, croire que ses capacités intellectuelles sont influencées par la maladie mentale ou que les troubles mentaux sont apparus en raison de son intelligence. Le même processus pourrait s'appliquer à d'autres stéréotypes, telle la dangerosité.

Watson et al. (2007) se sont également intéressées aux facteurs pouvant interférer avec les trois étapes du processus d'auto-stigmatisation. Ils ont découvert que l'identification à un groupe appartenant à la même catégorie de personnes stigmatisées joue un rôle de protection en réduisant le degré d'accord et d'auto-approbation envers les stéréotypes et en renforçant l'estime de soi ainsi que l'auto-efficacité. Inversement, l'endossement de la légitimité des stéréotypes et de la discrimination envers les gens ayant des troubles mentaux peut rendre la personne vulnérable à l'auto-stigmatisation en augmentant l'accord et l'auto-approbation de celui-ci. La personne pense qu'il est normal de ne pas être traitée de la même façon que tout le monde et ne verra plus la discrimination réelle. Enfin, Cavelti et al. (2012) ont démontré qu'il y avait un paradoxe au sujet de l'introspection chez les personnes ayant

des troubles mentaux. En effet, l'introspection peut amener à briser ou à renforcer des croyances stigmatisantes et, par conséquent, à redéfinir l'identité de la personne. Il a d'ailleurs été démontré que l'introspection peut mener à des résultats positifs tels qu'une meilleure adhérence au traitement et au rétablissement, mais aussi à des résultats négatifs tels que la dépression, le désespoir, une faible estime de soi et une moindre qualité de vie. L'introspection à elle seule n'est donc pas suffisante pour expliquer les impacts négatifs de l'auto-stigmatisation chez une personne.

Dans la présente étude, le modèle utilisé est fortement basé sur le « *Why Try Effect* » que nous traduirons ici par l'expression « *Pourquoi essayer* ». Ce modèle a été développé par Corrigan et al. (2009) afin d'expliquer les différentes réactions que les gens ayant des troubles mentaux ont envers la maladie mentale et les stéréotypes associés. En effet, certains intériorisent les stéréotypes et les appliquent à leur vie tandis que d'autres sont davantage en réaction envers ceux-ci, ce qui peut les encourager à passer à l'action, les menant ainsi à des objectifs de vie. Dans ce modèle, l'empowerment ou le pouvoir d'agir est perçu comme la dimension opposée à l'auto-stigmatisation. Ce pouvoir d'agir aurait pour effet de permettre à une personne de ne pas intérioriser les préjugés véhiculés dans la société.

Ce modèle, présenté à la Figure 3.1, stipule d'abord que l'auto-stigmatisation résulte de stéréotypes présents dans la société à l'égard des personnes ayant des troubles mentaux. Les stéréotypes les plus importants, soit la dangerosité, l'incompétence et la responsabilité face à la maladie, risquent de conduire à l'auto-stigmatisation des personnes ayant des troubles mentaux selon la présence ou non de certains facteurs (appelées variables médiatrices). En effet, si la personne a une bonne estime d'elle-même, un bon sentiment d'auto-efficacité, de même qu'une perception de pouvoir sur sa situation, elle sera moins prédisposée à intérioriser les stéréotypes qui sont véhiculés dans la société. Pour qu'une personne démontre réellement qu'elle est victime d'auto-stigmatisation, elle doit avoir franchi les trois étapes du processus telles que définies par Watson et al. (2007) et donc, être consciente que les autres projettent des stéréotypes négatifs envers le groupe visé pour ensuite adhérer à ces stéréotypes et les intégrer dans ses propres comportements.

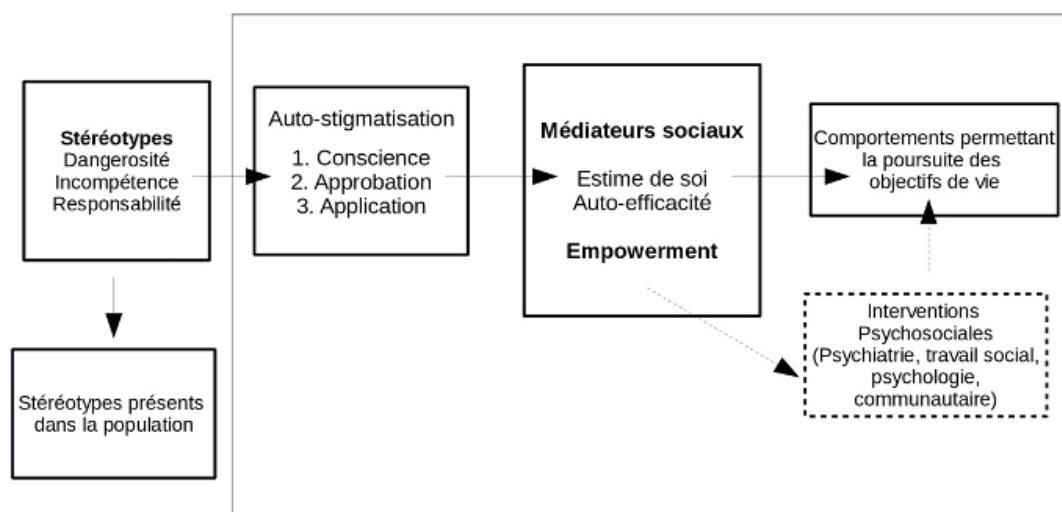


Figure 3.1. The « *Why Try Effect* » Source: Traduction libre de Corrigan et al. (2009 p.76)

Les corrélations entre l’auto-stigmatisation, l’empowerment ainsi que les variables médiatrices de l’estime de soi et l’auto-efficacité sont étudiées, pourtant sans définir leur nature précise. En effet, certaines études démontrent que l’auto-stigmatisation affecte effectivement l’estime de soi (Capinello et al., 2000), l’auto-efficacité (Vauth et al., 2007) ainsi que l’autodétermination personnelle et la qualité de vie (Chan et Mak, 2014; Livingston et Boyd, 2010). Cependant, Vauth et al. (2007) ont dénoté que 51 % de la diminution du pouvoir d’agir dans un contexte d’auto-stigmatisation était expliqué par la réduction de l’auto-efficacité et la présence de préjugés anticipés par la personne. Quant à l’étude d’Okhakhume (2012), ses résultats font ressortir une association entre l’auto-stigmatisation ainsi que l’auto-efficacité seulement en présence d’une faible qualité de vie. Selon Vauth et al. (2007), c’est la perception subjective d’être ou de devenir marginalisé et discriminé qui affecterait l’estime de soi et l’auto-efficacité. Enfin, Link et Phelan (2001) indiquent que les liens entre l’estime de soi et la stigmatisation sont bidirectionnels. Autrement dit, la stigmatisation a nécessairement un effet sur l’estime de soi, mais les personnes ayant une perception négative d’elles-mêmes pourraient également favoriser ou amplifier le rejet des autres. La nature des relations entre les différents concepts demande donc davantage d’investigation afin de comprendre le degré d’interdépendance ou la force des relations entre ces variables. Afin de connaître de quelles façons une personne peut réagir différemment aux préjugés négatifs, on doit approfondir les connaissances face au processus d’auto-stigmatisation (Corrigan et al., 2006; Corrigan et Watson, 2002). En effet, la résistance à la stigmatisation a été significativement liée à de meilleurs résultats au niveau de l’auto-efficacité, la qualité de vie, le rétablissement, l’espoir, l’introspection ainsi qu’une diminution des symptômes et des préjugés auto-stigmatisants (Firmin et al., 2016). À ce jour, d’après Chan et Mak (2017), le processus d’auto-stigmatisation devrait être davantage étudié

au niveau du traitement des pensées auto-stigmatisantes afin de comprendre ce qui détermine les différents comportements à l'origine des stratégies d'adaptation choisies.

D'ailleurs le modèle du « *Why Try Effect* » stipule également que les interventions psychosociales peuvent avoir un effet sur l'auto-stigmatisation. En effet, les services de santé mentale peuvent aussi permettre à une personne d'atteindre des objectifs de vie. Les interventions psychosociales aident à favoriser le processus d'empowerment qui est vu comme l'évolution positive parallèle à l'auto-stigmatisation. Plusieurs études mettent en lumière des corrélations positives entre l'empowerment, une haute estime de soi, une qualité de vie satisfaisante, un haut fonctionnement et un fort soutien social (Hansson et Björkman, 2005; Rogers et al., 1997). L'empowerment serait donc vu comme un médiateur entre l'auto-stigmatisation et les comportements permettant d'atteindre les objectifs de vie, car il peut aussi influencer les variables médiatrices.

3.3 Les concepts à l'étude

Quatre concepts font partie du modèle qui sera étudié dans cette étude. Le concept d'auto-stigmatisation est au cœur de celui-ci et ne sera pas redéfini dans cette sous-section (se référer au chapitre 2). Dans le cadre de notre étude, le concept de rétablissement a été utilisé afin de remplacer l'empowerment dans le modèle ci-dessus. Par définition, le rétablissement inclus la notion d'empowerment, mais se définit aussi par une redéfinition de soi, un sentiment d'espoir, une gestion des symptômes et de l'entretien des liens sociaux (Davidson et al., 2005). Tel qu'abordées précédemment, la plupart de ces dernières notions sont également des conséquences de l'auto-stigmatisation. Certaines recherches ont

d'ailleurs suggéré que l'auto-stigmatisation serait aussi négativement reliée et prédite par l'espoir (Gerlinger et al., 2013; Livingston et al., 2010). Par ailleurs, l'auto-stigmatisation a déjà été associée à une altération dans le processus de rétablissement en santé mentale (Ritsher et Phelan, 2004). Enfin, l'estime de soi et les compétences personnelles ont aussi été nommées par les participants dans une étude de Gammelgaard et al. (2017) comme étant des composantes du rétablissement. Le concept du rétablissement pourrait donc davantage inclure les facteurs personnels permettant de combattre l'intériorisation des préjugés. D'ailleurs Cunningham et Lucksted (2017) confirment que les recherches devraient approfondir la relation entre le rétablissement et l'auto-stigmatisation étant donné les conséquences importantes de celle-ci sur le pronostic de bien-être de la personne. D'ailleurs, l'inclusion sociale des personnes ayant des troubles mentaux est un enjeu actuel majeur, c'est donc une des raisons justifiant l'utilisation du rétablissement dans le modèle de cette étude. Le modèle du « *Why Try effect* » semble être un bon point de départ à ce niveau car il intègre déjà la notion d'inclusion sociale par l'utilisation de l'empowerment et de l'atteinte des objectifs de vie. Enfin, les variables médiatrices ciblées par les auteurs, c'est-à-dire l'estime de soi et l'auto-efficacité, ont été conservées afin de respecter le modèle principal.

CHAPITRE 4

LA MÉTHODOLOGIE DE L'ÉTUDE

Ce chapitre dédié à la méthodologie de l'étude a pour but de définir par quels moyens les hypothèses de recherche ont été vérifiées. Le contexte dans lequel s'inscrit l'étude, en plus des buts et objectifs sont précisés. La population cible, les stratégies d'échantillonnage et les considérations éthiques entourant la recherche sont également détaillées dans ce chapitre. Les échelles utilisées dans l'étude ainsi que leur validité sont décrites et enfin, les méthodes d'analyse des données sont aussi présentées.

4.1 Type d'étude

Cette étude est quantitative et corrélationnelle, car le but précis est d'explorer la nature des liens entre les variables sélectionnées. En quantifiant les notions étudiées, il est alors possible d'étudier plus objectivement les relations entre les différentes variables. En effet, les études quantitatives permettent d'avoir un point de vue extérieur à la problématique, étant davantage axées sur un cadre théorique ainsi que sur des hypothèses de recherche précises (Queirós et al., 2017). Ce type d'étude est donc avantageux afin de pouvoir étudier un modèle théorique expliquant un phénomène intrinsèque aux relations humaines. D'ailleurs, différents indices de mesures pourront quantifier les corrélations entre les différentes variables. Ces variables, de nature continues, sont toutes basées sur des échelles de types Likert et peuvent donc être considérées comme étant également des variables latentes. En effet, celles-ci sont basées sur des variables observées et ne peuvent être directement mesurées. L'utilisation d'un questionnaire structuré est donc à privilégier en raison de la nécessité d'atteindre un nombre important de participants dans la recherche, nécessaire à la mise en pratique de méthode quantitative. Ce type de questionnaire permet également de mieux comparer les réponses entre les participants (Queirós et al., 2017).

4.2 Le but et les objectifs spécifiques de cette étude

Le premier objectif de cette recherche est de décrire les caractéristiques des personnes ayant intériorisé des préjugés en lien avec leur trouble mental. Pour ce faire, une comparaison entre des sous-groupes de personnes sera réalisée selon la présence ou non d'intériorisation de préjugés, calculée à partir d'une catégorisation des scores de *l'Internalized Stigma of Mental Illness* (ISMI). Les caractéristiques seront regroupées selon les catégories suivantes; les variables caractéristiques sociodémographiques, les variables en lien avec leur santé mentale ainsi que les scores totaux des variables continues. Le second objectif est de préciser l'effet médiateur des variables de l'estime de soi et de l'auto-efficacité dans la corrélation entre l'auto-stigmatisation et le rétablissement. Enfin le modèle du « *Why Try Effect* », adapté en fonction d'inclure le processus de rétablissement, sera utilisé afin de valider sa concordance avec les données recueillies. En résumé, les objectifs de recherche peuvent être décrites comme suit;

- 1) Cibler les variables qui sont corrélées à l'auto-stigmatisation.
- 2) Valider l'effet médiateur de l'estime de soi et de l'auto-efficacité dans la corrélation entre l'intériorisation des préjugés et du rétablissement.
- 3) Valider une adaptation du modèle « *Why Try Effect* ».

4.3 La population à l'étude

La population à l'étude est constituée d'adultes, ayant un trouble mental, et fréquentant : a) les organismes communautaires membres de la Table de lutte à la stigmatisation en santé mentale du SLSJ ou b) l'Université du Québec à Chicoutimi [UQAC].

La possibilité d'accepter des personnes montrant un intérêt à participer à la recherche a été considérée à la seule condition que celles-ci s'identifient comme ayant un trouble mental et qu'elles soient âgées de 18 ans et plus. Aucune autre condition n'a été ciblée concernant les critères d'inclusion à la participation de cette étude. Plus spécifiquement les critères d'inclusion et celle d'exclusion seront mentionnées ci-dessous.

4.4 Les stratégies d'échantillonnage et l'échantillon

Afin de recruter les participants, deux stratégies ont été utilisées entre le mois de janvier et mai 2018 : 1- le recrutement à travers les organismes communautaires offrant des services de santé mentale au Saguenay-Lac-Saint-Jean (SLSJ) et 2- le recrutement par le biais d'un site informatique. Concernant la première stratégie, les organismes participants à la Table de lutte à la stigmatisation en santé mentale du SLSJ ont été contactés. La liste des organismes participants à l'étude se retrouve dans l'Annexe A. Après avoir été rencontrés au sujet des modalités de la recherche, les gestionnaires ainsi que les intervenants des organismes ont agi comme personnes intermédiaires afin de faire le lien entre l'étudiante et les participants à l'étude. Des questionnaires en format papier ont été utilisés afin de faciliter la complétion dans les organismes. Pour que toutes les personnes souhaitant participer à l'étude puisse bien comprendre les questions et leurs choix de réponses, certains répondants ont été accompagnés par des intervenants en raison de leurs difficultés à lire les documents. Concernant la deuxième stratégie, un questionnaire électronique a été conçu via *LimeSurvey*. Afin de faciliter le partage du questionnaire, une adresse électronique a été mis en lien avec l'adresse initiale; www.auto-stigmatisation.com. Des affiches comprenant cette adresse

électronique, des annonces sur les réseaux sociaux ainsi que des publicités dans divers journaux ont été réalisées afin de faire connaître l'existence de la recherche.

Un échantillon de volontaires a donc été constitué pour les fins de cette étude. Vu la sensibilité du sujet de l'étude, l'échantillonnage à participation volontaire est préférable afin de minimiser les impacts négatifs, tels que l'anxiété lié à la problématique ou même un sentiment d'intrusion dans la sphère personnelle des participants. Afin d'être éligibles à l'étude, les participants devaient posséder diverses caractéristiques : être âgé de 18 ans ou plus, avoir reçu un diagnostic de trouble mental ou s'identifier personnellement comme ayant un trouble mental (aucun diagnostic officiel n'a été exigé) et être apte au sens de la loi à donner un consentement éclairé à la participation de l'étude. Les critères d'exclusion sont les diagnostics de trouble d'apprentissage ou de déficience intellectuelle qui ne sont pas des troubles mentaux, mais plutôt neurodéveloppementaux.

Au total, 156 personnes ont répondu au questionnaire. Les 60 personnes ayant répondu en version papier étaient des usagers d'organismes communautaires en santé mentale dans la région du SLSJ (la liste des organismes participants est présentée dans l'Annexe A). Parmi les 96 personnes ayant répondu au volet électronique de la recherche, 7 répondants ont été écartés en raison de l'absence de critères d'inclusion pour ce qui est du diagnostic de santé mentale (ex. diagnostic exclu tels que le TDAH ou omission de réponse), pour un total de 149 répondants.

4.5 Les outils méthodologiques utilisés

Afin de recueillir les données et en cohérence avec l'approche méthodologique retenue, un questionnaire a été conçu (voir Annexe B). Celui-ci comprenait cinq sections, pour un total de 89 items. La complétion du questionnaire était d'une durée variant entre 30 et 45 minutes selon le format utilisé et les caractéristiques des répondants.

4.5.1 La fiche signalétique

Chaque participant devait remplir les quatre échelles proposées ci-dessous, en plus d'une fiche de renseignements personnels, pour un total de 89 questions. Celles-ci concernaient entre autres des informations sur le diagnostic de santé mentale, les expériences en lien avec le secteur professionnel, leurs expériences vécues comme étant discriminatoire au sein de leurs différentes sphères de vie, ainsi que leur implication dans la vie citoyenne.

4.5.2 L'échelle de stigmatisme internalisé du problème de santé mentale (ISMI)

Cette échelle est en fait une traduction libre de l'outil original *Internalized Stigma of Mental Illness* de Ritsher et al. (2003). Elle comporte cinq sous-échelles : le niveau d'aliénation, les stéréotypes anticipés, la discrimination perçue, le retrait social et la résistance à la stigmatisation. L'alpha de Cronbach dans cette présente étude est de 0,917. Les 29 items sont établis sur une échelle de type Likert de 4 points, où un plus grand score représente un plus haut niveau d'intériorisation des préjugés. Seule la dimension de la résistance à la stigmatisation comprend des scores inversés. Afin de créer des valeurs catégorielles, la méthode de Lysaker et al. (2007) a été utilisée. Le Tableau 4.1 situe ces valeurs et leurs significations.

Tableau 4.1
Catégorisation de l'échelle de l'IMSI (Lysaker et al., 2007)

Valeur	Degré d'intériorisation des préjugés
< 2	Minimal
> 2 et < 2,5	Faible
> 2,5 et < 3	Moyen
> 3	Sévère

Les valeurs de 2 et moins signifient donc un niveau minimal d'intériorisation des préjugés, alors que les valeurs plus grandes que 2 mais plus petites que 2,5 ont été classées comme étant un faible niveau. Un score plus grand que 2,5 mais plus petit que 3 représente un niveau moyen, et enfin, les valeurs excédant 3 représente un niveau sévère d'intériorisation. Afin d'avoir une rigueur statistique, seuls les scores plus grand ou égal à 2,5, soit un niveau moyen et sévère ou ont été conservés afin de catégoriser les personnes ayant intériorisé des préjugés.

4.4.3 *L'échelle de l'estime de soi de Rosenberg*

Une traduction canadienne-française de l'échelle de l'estime de soi de Rosenberg (Vallières et Vallerand, 1990) de 10 items est utilisée dans le cadre de cette recherche. Un coefficient de 0,849 a été calculé pour ce qui du test de l'alpha de Cronbach. Chaque item est établi selon une échelle de type Likert de 4 points. Les items 3-5-8-9 et 10 doivent être inversés afin de pouvoir évaluer le score qui varie entre 10 et 40 points. Les scores de 25 et moins signifient que la personne a une estime de soi très faible, alors que de 26 à 30 signifie que le niveau est faible. De même, les scores entre 31 et 34 indique un niveau moyen d'estime

de soi. Enfin, les scores de 35 à 38 ainsi que de 40 et plus signifie que la personne détient une estime de soi fort ou très fort.

4.4.4 *L'échelle de rétablissement : Recovery Assessment Scale*

La version française du *Recovery Assessment Scale* a été produite par le Programme international de recherche action participative. La version d'origine a été conçue par Giffort et ses collègues (1995), et est l'une des échelles les plus utilisée encore à ce jour (Biringier et Tjoflat, 2018). Étant donné que les autres échelles sont plus ou moins longues, la version courte de 24 items a été privilégiée. Dans le cadre de la présente étude, le coefficient alpha de Cronbach est de 0,928 pour cet outil, ce qui démontre une bonne validité. Les participants choisissent la réponse de chaque item sur une échelle de type Likert de 5 points. Pour avoir le score final, il suffit de faire la somme des sous-échelles suivantes : la confiance personnelle et l'espoir, la volonté de demander de l'aide, les buts et orientations vers le succès, la dépendance à autrui ainsi que la domination des symptômes. Plus le score est élevé, plus le niveau de rétablissement est lui aussi élevé.

4.4.5 *L'échelle d'auto-efficacité généralisée*

L'échelle de Schwarzer et Jerusalem (1981) a été choisie, car elle permet de mesurer les croyances optimistes pour faire face à une variété de demandes difficiles dans la vie. Autrement dit, elle réfère à la croyance personnelle que les gestes posés permettent l'atteinte de résultats positifs dans plusieurs sphères de vie d'une personne. Pour les 10 items de l'outil, une échelle de type Likert de 4 points est présentée allant de « *Pas du tout vrai* » à « *Totalement vrai* ». Les items sont additionnés afin de donner un score total, pouvant aller

de 10 à 40 points. Un score élevé est synonyme d'un fort sentiment d'auto-efficacité. Une validation française a été conçue par les auteurs (Dumont, et al., 2000). Pour cette étude, l'alpha de Cronbach de cet outil est de 0,897.

4.6 L'analyse des données

Un portrait de la population a été réalisé à partir des données sociodémographiques et des informations en lien avec leurs expériences discriminantes perçues reliées à la santé mentale. Des tests du Chi-carré et des différences de moyennes ont été effectués afin de comparer les personnes ayant ou non intériorisé des préjugés selon une catégorisation des scores de l'ISMI. Suite aux résultats des précédents tests d'analyse, les variables ciblées ont été incluses dans un modèle de régression hiérarchique par élimination. Les quatre variables continues, mesurées à partir des échelles présentées précédemment, répondent aux critères d'aplatissement et d'asymétrie et peuvent donc être considéré comme étant normale. Cette étape permet de valider les variables corrélées à l'intériorisation des préjugés et de répondre à la première hypothèse de recherche. Par ailleurs, des suites de régressions, selon la méthode élaborée par Baron et Kenny (1983), ont été effectuées afin de valider l'effet médiateur des variables de l'estime de soi et de l'auto-efficacité dans la relation entre l'auto-stigmatisation et le rétablissement. Les procédures préalablement mentionnées seront effectuées à l'aide du logiciel SPSS 23.0.

Enfin, un modèle d'équation structurale a été utilisé pour permettre d'étudier les corrélations du modèle choisi dans le cadre conceptuel, soit l'auto-stigmatisation, le rétablissement, l'estime de soi ainsi que l'auto-efficacité. Les deux dernières variables ont été incluses dans le modèle comme étant des variables médiatrices entre les deux concepts principaux de l'étude. Le modèle schématisé se retrouve à la Figure 4.2 ci-dessous.

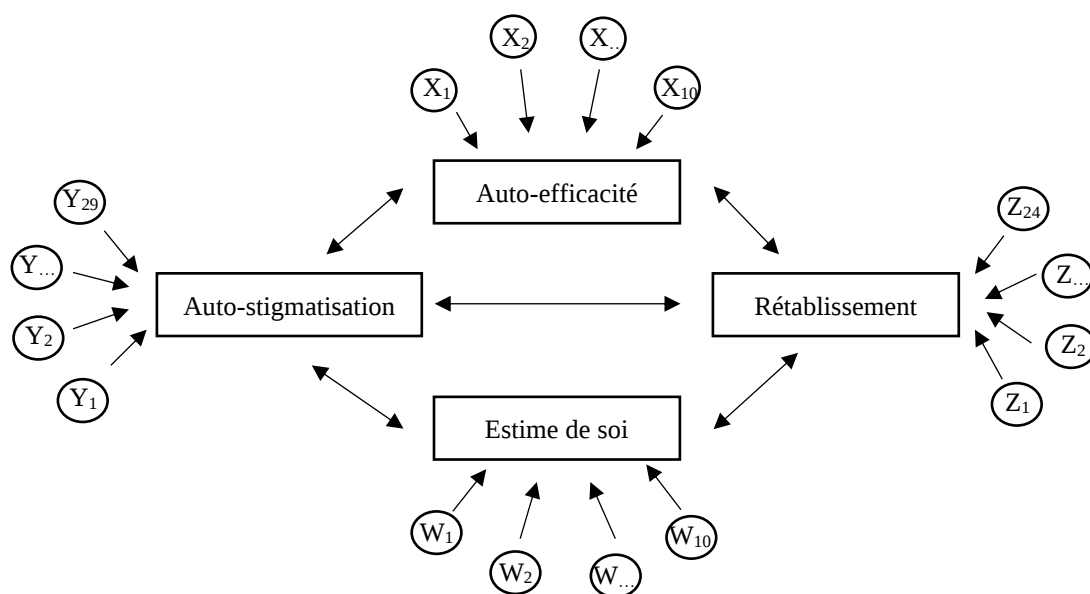


Figure 4.2. Modèle de régression structurale

La méthode quantitative d'équation structurale a été privilégiée dans l'analyse des données car elle permet d'estimer théoriquement des relations entre différentes variables ne pouvant pas être directement observées, et cela sans avoir de biais dû aux mesures présentes dans les échelles (Raykov et al., 1991). Cette méthode d'analyse est d'ailleurs assez populaire en sciences sociales, car elle permet de mettre en relation des variables latentes, souvent retrouvées dans les processus psychologiques (Kaplan, 2008). Ces variables latentes sont elles-mêmes en relation avec leurs indicateurs de mesure ou autrement dit, avec les variables observées. L'ensemble de ces relations, soit celles entre les variables observées et les

variables latentes ainsi que celles entre les différentes variables latentes, sont considérées (Nachtigall et al., 2003).

Ce modèle repose sur une structure de covariance et permet la comparaison entre les moyennes des variables latentes, au contraire des analyses de variance qui permettent seulement de comparer les moyennes des variables observées (Kline, 2011). L'avantage de cette technique réside dans le fait qu'elle permet de tester des modèles complexes, sans trop d'erreurs de mesure (Nachtigall et al., 2003). Chaque relation entre les variables latentes est représentée par les hypothèses de recherche. Cependant, cette méthode appelle à la prudence lors de l'interprétation des résultats, surtout à ce qui a trait à la direction des relations (Nachtigall et al., 2003). Selon Baron et Kenny (1986), une technique de modèle structural peut s'appliquer à une étude non expérimentale et s'avère plus pertinente que les techniques de types ANOVA car l'ensemble des relations peuvent être considérées. Cependant, Kline (2015) appelle à la prudence pour ce qui est des constats émis dans un contexte d'un devis corrélationnel transversal. Malheureusement, aucun effet prédicteur ou causal d'une variable ne peut être établi avec certitude. Enfin, les biais liés aux erreurs de mesures sont également considérés dans l'utilisation d'un modèle d'équation structurale.

Plusieurs indicateurs peuvent être utilisés afin de vérifier si les données conviennent à la représentation du modèle. En outre, le *Tucker Lewis index (TLI)* donne une indication sur la vraisemblance du modèle, et cela tout en étant résistant au changement de la grandeur de l'échantillon (Bentler, 1980). Une valeur au-delà du seuil de 0,90 permet de supporter toutes les hypothèses dans le modèle (Bentler, 1990). Tout comme celui-ci, le *Comparative*

Fit Index (CFI) permet, au même seuil que l'indice précédent, de confirmer toutes les hypothèses du modèle ainsi que le degré de mesure absolue. De plus, le Chi-carré du *Goodness of Fit Index* (GFI) est utilisé pour évaluer la vraisemblance absolue du modèle. S'il est non-significatif, le *Root Mean Square Error of Approximation* (RMSA) doit être en bas de 0,05 (Jackson et al., 2009) pour avoir une vraisemblance appropriée. Ce dernier doit en fait avoir une valeur approchant le zéro afin d'avoir une meilleure vraisemblance. Enfin, le *Maximum Likelihood Estimation* (MLE) est utilisé pour confirmer la vraisemblance du modèle avec les données. Le modèle d'équation structurale et les analyses des indicateurs seront effectués à l'aide du logiciel R 3.3.3.

4.7 Les considérations éthiques

Cette recherche a été encadrée par le comité d'éthique de recherche de l'UQAC afin de confirmer que les considérations éthiques sont acceptables et que l'intégrité des droits et libertés de la personne ne soit pas compromise (voir Annexe C). Pour ce faire, lors du déroulement de la recherche, chaque participant devait lire le formulaire d'information et de consentement de façon à ce que celui-ci soit compris et qu'il réponde à toutes les questions du répondant (voir Annexe D). L'anonymat des participants a été respecté en attribuant un numéro pour chacun des questionnaires. Les coordonnées de l'étudiante ont été mises à la disposition des participants afin de pouvoir répondre aux questions au besoin. Chaque participant a été informé des mesures de confidentialité liées à la recherche et était en droit d'abandonner la participation de celle-ci en tout temps. Tous les documents ont été gardés dans un lieu sécurisé et seront détruits sept ans après le dépôt initial de cette présente recherche, soit en 2025. Comme le mentionne le modèle théorique de Corrigan et al. (2009),

le fait de devenir conscient des stéréotypes négatifs présents dans la société envers la santé mentale peut faciliter le processus d'intériorisation des préjugés. De ce fait, l'étudiante a donc rencontré les intervenants des organismes afin que ceux-ci comprennent les buts de la recherche et qu'ils soient en mesure de discuter avec un participant présentant des inquiétudes découlant de la participation de la recherche. De plus, les participants, incluant ceux ayant participé à l'étude par le volet électronique, étaient en mesure de contacter l'étudiante-chercheuse au besoin.

CHAPITRE 5

ANALYSE DES DONNÉES

Le présent chapitre expose les résultats de la présente étude. D'abord, les caractéristiques sociodémographiques des participants sont exposées, suivi de la comparaison entre les personnes ayant intériorisé des préjugés et les autres participants sur différentes catégories de variables. En effet, les variables de l'étude sont regroupées selon les caractéristiques sociodémographiques, celles en lien avec la santé mentale et plus spécifiquement, sur la discrimination perçue par les participants. Les variables latentes de l'étude sont également comparées selon la présence d'auto-stigmatisation et sont intégrées dans un modèle de régression afin de cibler celles étant associées à la problématique. Les analyses corrélationnelles sont par la suite examinées avec l'utilisation de régressions et d'un modèle d'équation structurale.

5.1 Le portrait de la population selon la présence ou non d'intériorisation des préjugés

Suite à la collecte de données, 149 questionnaires complétés ont été conservés à des fins d'analyses. Les caractéristiques sociodémographiques sont présentées dans le Tableau 5.1 ci-dessous. Les participants ont une moyenne d'âge de 37,81 ans (ET : 13,33, Min : 19, Max : 68), la majorité sont des femmes (72,5 %) alors qu'une personne a déclaré qu'elle était d'un sexe autre que cisgenre (0,7 %). La moitié des participants se déclarent célibataires (54,1 %), 24,3 % sont en union libre, 11,5 % des participants ont vécu une séparation, 9,5 % sont mariés et enfin, seulement un répondant (0,7 %) a déclaré être veuf. La moitié des participants (54,4 %) avait en 2018 un revenu brut annuel inférieur à 19 999 \$, donc en situation de pauvreté, alors que 38,3 % ont un revenu entre 20 000 \$ et 59 999 \$. Seulement 9 participants (6,0 %) ont donc un revenu de plus de 60 000 \$.

Tableau 5.1

Caractéristiques sociodémographiques des participants selon la présence ou non d'intériorisation des préjugés (n=149) (%)

		Participants avec préjugés intériorisés (> 2,5) (n=26)	Participants sans préjugés intériorisés (≤ 2,5) (n=123)	χ^2	V de Cramer
Age				1,764	0,110
	24 ans et moins	11,5	15,7		
	25 à 34 ans	30,8	40,5		
	35 à 49 ans	26,9	22,3		
	50 ans et plus	30,8	21,5		
Sexe				2,315	0,125
	Homme	38,5	24,4		
	Femme	61,5	74,8		
	Autre	0,0	0,8		
Statut civil				6,066	0,202
	Célibataire	57,5	53,3		
	Conjoint(e) de fait	15,4	26,2		
	Marié(e)	3,8	10,7		
	Séparé(e) ou divorcé(e)	23,1	9,0		
	Veuf(ve)	0,0	0,8		
Occupation principale				8,559	0,240
	Étudiant(e)	15,4	17,9		
	Travailleur à temps partiel	0,0	6,5		
	Travailleur à temps plein	23,1	38,2		
	Prestataire de l'aide sociale	46,2	21,1		
	Retraité(e)	7,7	6,5		
	Autres	7,7	9,8		
Lieu de résidence				1,409	0,097
	Saguenay-Lac-Saint-Jean	76,9	86,2		
	Ailleurs au Québec	23,1	13,8		
Scolarité				4,941	0,183
	Aucun diplôme	23,1	17,2		
	Secondaire	30,8	16,4		
	DEP	3,8	13,1		
	CEGEP	19,2	27,0		
	Université	23,1	26,2		
Revenu				6,671*	0,213
	Moins de 19 999\$	76,9*	50,4*		
	Entre 20 000\$ et 59 999\$	23,1	42,1		
	Plus de 60 000\$	0,0	7,4		

* $p < 0,05$

La majorité des participants sont des travailleurs à temps plein (35,6 %), alors que le quart (25,5 %) sont prestataire de la sécurité du revenu. En plus de ces deux catégories, près du cinquième (17,4 %) des répondants sont des étudiants, 6,7 % sont à la retraite et 5,4 % occupent un travail à temps partiel. La plupart des résidents vivent au SLSJ (84,6 %) et en raison du volet informatique, 15,4 % des participants proviennent d'une autre région du Québec. La catégorie de référence comporte 26 personnes (17,5 %) de l'échantillon, c'est-à-dire que ce sont les personnes qui ont eu un score plus élevé ou égal à 2,5 sur l'ISMI et donc, qu'ils ont un niveau moyen ou élevé d'auto-stigmatisation.

5.2 Le portrait des troubles mentaux et des services consultés

Les caractéristiques des participants en lien avec leur santé mentale et des services consultés sont présentées au Tableau 5.2. En effet, les participants devaient, de façon volontaire, identifier leur diagnostic psychiatrique. Seulement 9 personnes (6,0 %) ont préféré ne pas répondre à cette question. Pour ce qui est des 140 autres participants, la catégorie de trouble la plus fréquente est celle des trouble anxieux (36,3 %), suivi des troubles de personnalité (18,1 %), des troubles bipolaires ou de l'humeur (17,4 %), des troubles dépressifs (16,8 %) et enfin des troubles schizophréniques (5,4 %). De plus, la moitié des répondants ont subi une hospitalisation en lien avec leur trouble mental (52,3 %). Sur les 79 répondants ayant répondu affirmativement à la question précédente, le cinquième des participants (20,2 %) ont vécu une hospitalisation il y a moins de 6 mois, près de la moitié (49,4 %) a dû se rendre à l'hôpital il y a moins de 5 ans et 30,4 % ont affirmé que la dernière hospitalisation datait de plus de 5 ans.

Tableau 5.2

Caractéristiques en lien avec la santé mentale des participants selon la présence ou non d'intériorisation des préjugés (n=149)

	Participants avec préjugés intériorisés (> 2,5) (n=26)	Participants sans préjugés intériorisés (≤ 2,5) (n=123)	χ^2	V de Cramer
Hospitalisation			7,423**	0,224
Oui	76,9	47,5		
Non	23,1	52,5		
Dernière hospitalisation	(n=19)	(n=60)	2,575	0,181
Moins de 6 mois	26,3	18,3		
Moins de 5 ans	57,9	46,7		
5 ans et plus	15,8	35,0		
Diagnostic			10,126*	0,269
Trouble dépressif	24,0	16,5		
Trouble anxieux	12,0*	44,3*		
Trouble bipolaire/humeur	28,0	16,5		
Trouble schizophrénique	12,0	4,3		
Trouble de personnalité	24,0	18,3		
Perception de la discrimination			2,332	0,125
Oui	73,1	56,9		
Non	26,9	43,1		
<i>Ont perçu de la discrimination</i>	(n=19)	(n=70)		
Fréquence de la discrimination			1,230	0,117
Une à deux fois	15,0	17,1		
À quelques reprises	50,0	60,0		
Souvent	25,0	15,7		
Très souvent	10,0	7,1		
Lieux ou moments			-	-
Avec membres de la famille	63,2	37,1		
Avec des amis	36,8	40,0		
À l'hôpital / avec intervenants	52,6	48,6		
Travail / bénévolat	57,9	47,1		
Quartier / Municipalité	38,6	27,1		

* p < 0,05 ** p < 0,01

En ajout à cette question, 13,8 % des répondants ont affirmé avoir été hospitalisé moins de 3 jours, 33,7 % de ceux-ci ont pu sortir après une semaine et 28,7 % dans un délai d'un mois. Parmi les hospitalisations de plus d'un mois, 13,8 % ont vécu à l'hôpital pendant

moins de 3 mois, 5,0 % ont dit y avoir été pendant une demi-année et 5,0 % ont répondu que la période était différente des choix de réponse sans toutefois spécifier davantage. En plus des services hospitaliers, les personnes ont mentionné fréquenter d'autres organisations. En effet, 54,0 % des répondants fréquentent un organisme communautaire, 37,0 % un des services du CLSC, 21,0 % participent à un groupe d'entraide, 46,0 % consultent un psychiatre ou un psychologue, et 16,0 % utilisent un autre service qui n'était pas inclus dans le questionnaire. Suite aux réponses données, il a été possible d'évaluer que parmi le total des répondants, 16,1 % ne fréquentaient aucun service, 43,0 % en utilisaient seulement un, alors que 26,8 % affirment recevoir les services de deux organismes et 14,1 % des personnes en ont nommé plus de trois.

5.3 La discrimination perçue

Une question introduite dans le questionnaire permettait aux répondants d'identifier une situation qu'ils ont perçue comme étant discriminatoire. La synthèse de cette question est aussi présentée dans le Tableau 5.2, selon la présence ou l'absence de préjugés intériorisés. À cet effet, les personnes présentant un niveau modéré ou élevé d'auto-stigmatisation sont plus nombreux à avoir perçu des agissements discriminatoires envers eux (73,1 %) que les personnes n'ayant pas intériorisé des préjugés (56,9 %). Cette différence ne s'avère cependant pas significative. Sur le total des répondants, 59,7 % de ceux-ci ont affirmé avoir déjà vécu une expérience stigmatisante. Sur les 89 répondants, plus de la moitié (57,7 %) ont affirmé qu'ils avaient vécu ce genre de situation à quelques reprises, 17,8 % ont nommé que cela leur avait arrivé souvent alors que 16,7 % ont ciblé une ou deux situations similaires et 7,8 % affirment qu'ils ont été discriminés très souvent. Lorsque questionnés à

savoir dans quels domaines de leur vie, ou avec quelles personnes cela leur étaient arrivé : a) 42,7 % des répondants ont affirmé avoir été discriminés lors de moments passés avec des membres de la famille, b) 39,3 % lors de sorties avec des amis, c) 49,4 % à l'hôpital ou avec des intervenants de la santé et des services sociaux, d) 49,4 % dans le cadre d'un travail ou d'une implication bénévole et e) 29,2 % lorsqu'ils étaient dans leur quartier ou dans leur ville. Ces statistiques ont été compilées selon les différentes réponses que les participants pouvaient sélectionner et aucun Chi-carré n'a été calculé pour cette variable.

5.4 Les caractéristiques des 26 répondants ayant intériorisé des préjugés.

Afin de vérifier jusqu'à quel point les caractéristiques sociodémographiques des répondants avaient une influence sur le degré d'intériorisation des préjugés, des tests du Chi-carré (χ^2) ont été réalisés. Selon ces tests, une différence s'avère significative entre les personnes présentant des manifestations d'auto-stigmatisation et de celles n'en présentant pas, et cela au niveau de leur revenu annuel (voir Tableau 5.1). En effet, les 26 personnes ayant intériorisé des préjugés sont plus nombreuses (76,9 %) à vivre une situation financière précaire que les autres (50,4 %) ($\chi^2(2) = 6,671, p < 0,05$). De plus, elles sont plus nombreuses à avoir vécu une hospitalisation en lien avec leur trouble mental (76,9 %) comparativement aux personnes qui n'ont pas intériorisé de préjugés (47,5 %) ($\chi^2(1) = 7,423, p < 0,01$) (voir Tableau 5.2). Les personnes ayant un score de plus de 2,5 sur l'échelle d'ISMI sont plus de trois fois moins nombreuses à avoir un diagnostic d'un trouble anxieux (12,0 %) comparativement aux personnes ayant un score au-dessus de point de césure (44,3 %) ($\chi^2(4) = 10,126, p < 0,05$), alors qu'il n'y a pas de différence significative pour les autres

types de diagnostic. Enfin, il n'y a aucune différence significative entre les deux groupes au niveau de la perception et la fréquence de la discrimination.

5.5 Les tests d'analyse de la variance des mesures d'estime de soi, d'auto-efficacité et de rétablissement.

Afin de valider les différences entre les moyennes des échelles présentes dans le questionnaire selon la présence de préjugés intériorisés, des analyses de variance ont été effectuées (voir Tableau 5.4). Selon le test de l'asymétrie et celui de l'aplatissement, les trois échelles ont satisfait le postulat de normalité. Ce postulat est atteint lorsque les valeurs se situent entre 1 et -1 (voir Tableau 5.3). Pour cette raison, aucun ajustement des variables n'a été nécessaire. D'abord, les personnes ayant intériorisé des préjugés ont une plus faible estime de soi (21,00) que les personnes ne présentant pas d'auto-stigmatisation (29,02) ($F = 42,994, p < 0,001$). Par ailleurs, l'auto-efficacité s'avère aussi plus faible chez les personnes ayant un score de 2,5 et plus sur l'échelle de l'ISMI (23,62) comparativement à l'autre groupe (30,42) ($F = 30,626, p < 0,001$). Enfin, les répondants du groupe ayant intériorisé des préjugés ont une moyenne plus faible au niveau de l'échelle du rétablissement (76,65) que les autres répondants (92,25) ($F = 25,105, p < 0,001$).

Tableau 5.3

Normalité des variables de l'étude selon les tests d'asymétrie et de l'aplatissement

	Asymétrie	Aplatissement (Kurtosis)
<i>Intériorisation des préjugés</i>	0,137	-0,740
<i>Rétablissement</i>	-0,380	-0,106
<i>Estime de soi</i>	-0,068	-0,510
<i>Auto-efficacité</i>	-0,278	-0,605

Tableau 5.4

Moyennes, médianes et écart-types des échelles de l'estime de soi, de l'auto-efficacité et du rétablissement selon la présence ou non de préjugés intériorisés (n=149)

	Participants avec préjugés intériorisés (> 2,5) (n=26)	Participants sans préjugés intériorisés (≤ 2,5) (n=123)	F	n ²
<i>Estime de soi</i>			42,994***	0,229
Moyenne	21,00	29,02		
Médiane	20,50	29,00		
Écart-Type	4,87	5,59		
<i>Auto-efficacité</i>			30,626***	0,174
Moyenne	23,62	30,42		
Médiane	21,5	30,00		
Écart-Type	6,12	5,60		
<i>Rétablissement</i>			25,105***	0,146
Moyenne	76,65	92,25		
Médiane	75,00	93,00		
Écart-Type	16,10	14,05		

*** p < 0,001

5.6 Les analyses corrélationnelles

Les mesures de corrélation de Pearson ont fait prémisses aux différentes régressions et au modèle d'équation structurale. Cela a pour objectif de valider qu'il n'y ait pas une forte multicollinéarité et que les sous-échelles du rétablissement et de l'ISMI peuvent être utilisées dans les différents modèles. Les variables ayant démontré une différence significative entre les deux groupes ont été incluses dans un modèle afin de valider leurs effets sur l'intériorisation des préjugés. Par ailleurs, les variables médiatrices ont été testées afin de valider la manière qu'elles affectaient la relation entre le rétablissement et l'auto-stigmatisation. Enfin, le modèle d'équation structurale, avec les quatre variables latentes, est présenté.

5.6.1 Les corrélations de Pearson entre les variables principales du modèle

Les matrices de corrélation permettent d'avoir une idée préliminaire des relations entre les variables. D'abord, il importe de souligner que tous les items des variables principales du modèle de régression ont un coefficient de Pearson au-dessus de 0,50 et donc, sont fortement corrélées selon les balises de Cohen (1988, 1992) (Field, 2005, p.32). Tel qu'attendu, l'intériorisation des préjugés est négativement corrélée aux scores de rétablissement, d'estime de soi et d'auto-efficacité. La corrélation la plus importante s'avère être entre le rétablissement et l'auto-efficacité (0,76).

Tableau 5.5

Matrice de corrélation de Pearson des scores totaux des échelles de l'ISMI, du rétablissement (R), de l'estime de soi (ES) et de l'auto-efficacité (AE).

	ISMI	R	ES	AE
ISMI	1	-0,61	-0,66	-0,59
R		1	0,69	0,76
ES			1	0,66
AE				1

5.6.2 Les corrélations de Pearson entre les sous-échelles de l'ISMI, du rétablissement et des autres variables.

Le Tableau 5.6 présente les coefficients de Pearson qui sont au-delà de 0,40 afin de faciliter la lecture de ceux-ci⁵. D'abord, dans la première partie se trouvent les sous-échelles d'intériorisation des préjugés qui sont corrélées avec les sous-échelles du rétablissement. Les valeurs varient entre -0,58 et -0,43. La deuxième et troisième partie de ce tableau présentent

⁵ La matrice de corrélation complète se retrouve dans l'Annexe 3.

les variables médiatrices du modèle à l'étude et les items les plus corrélés avec celles-ci. D'abord, il faut comprendre qu'un haut score à la sous-échelle de la résistance de l'ISMI signifie une faible résistance à la stigmatisation. Prenons par exemple l'item suivant : « Je me sens à l'aise quand je suis en public avec une personne qui a manifestement un trouble mental. ». Un score de « 1 » signifie « *Tout à fait d'accord* » et un score de « 4 » signifie « *Pas du tout d'accord* ». La résistance à la stigmatisation est corrélée négativement avec la confiance personnelle et l'espoir, les buts et orientation de la personne ainsi qu'avec l'estime de soi. Autrement dit, plus une personne détient une faible résistance à la stigmatisation, moins elle présente de la confiance personnelle et de l'espoir. Elle détient également peu de buts et d'orientations dans sa vie et elle a un faible niveau d'estime de soi.

Deux sous-échelles du rétablissement se retrouvent plusieurs fois dans le tableau et semblent être davantage concernées avec la problématique de l'auto-stigmatisation. Entre autres, tel que précédemment dit, la confiance personnelle et l'espoir (sous-échelle du rétablissement) est corrélée négativement avec la résistance à la stigmatisation, l'aliénation, le retrait social et les stéréotypes anticipées en plus d'être positivement liées aux variables médiatrices. Pareillement, les buts et orientation (sous-échelle du rétablissement) sont positivement corrélés avec l'estime de soi et l'auto-efficacité, mais négativement avec la résistance à la stigmatisation, l'aliénation et le retrait social.

Tableau 5.6

Les corrélations de Pearson entre les sous-échelles de l'ISMI et du rétablissement ainsi que les échelles de l'estime de soi et l'auto-efficacité

Auto-stigmatisation et rétablissement	
Résistance à la stigmatisation (score inversé) (ISMI) – Confiance personnelle et espoir (R)	-0,58
Aliénation (ISMI) – Confiance personnelle et espoir (R)	-0,57
Résistance à la stigmatisation (score inversé) (ISMI) – Buts et orientation (R)	-0,53
Retrait social (ISMI) – Confiance personnelle et espoir (R)	-0,50
Aliénation (ISMI) – Adaptation aux symptômes (R)	-0,47
Aliénation (ISMI) – Buts et orientation (R)	-0,47
Retrait social (ISMI) – Buts et orientation (R)	-0,44
Stéréotypes anticipés (ISMI) – Confiance personnelle et espoir (R)	-0,43
Estime de soi	
Confiance personnelle et espoir (R)	0,73
Aliénation (ISMI)	-0,67
Auto-efficacité	0,66
Buts et orientation (R)	0,64
Retrait social (ISMI)	-0,57
Résistance à la stigmatisation (score inversé) (ISMI)	-0,51
Auto-efficacité	
Confiance personnelle et espoir (R)	0,77
Buts et orientation (R)	0,70
Estime de soi	0,66
Aliénation (ISM)	-0,54
Retrait social (ISM)	-0,53

5.6.3 Indice d'inflation des variances

Étant donné que de nombreux items semblent être fortement corrélés ensemble, il a été primordial de valider s'il y a présence d'une forte multicollinéarité. Or, l'indice d'inflation des variances (*variance inflation factor (VIF)*) permet de valider de façon quantitative l'importance des liens entre les variables. Selon Field (2013), un VIF plus grand que 10 est certainement une source de préoccupation, alors qu'un VIF plus haut que 1 pourrait suggérer que l'interprétation de la régression soit biaisée (p. 325). Afin de valider quels sont les indices d'inflation des variances de quatre principales variables ainsi que leur sous-échelles, deux étapes ont été réalisées; 1- les scores totaux des échelles ont été introduits, 2- les scores totaux de l'estime de soi et de l'auto-efficacité ainsi que les sous-échelles du rétablissement et de

l'intériorisation des préjugés ont été introduits. Dans les deux cas, chaque variable a été placée à tour de rôle comme variable dépendante. Dans la première étape, le VIF minimum était de 1,77 alors que le VIF maximum était de 2,74, ce qui est acceptable, mais signifie que les conclusions doivent être apportées avec prudence. Par contre, dans la deuxième étape, le VIF maximum a augmenté jusqu'à 5,45 alors que le minimum a descendu jusqu'à 1,35. D'après ces résultats, il serait donc préférable d'utiliser un modèle qui n'inclut pas les sous-échelles des outils mesurant le rétablissement ainsi que l'intériorisation des préjugés, et donc d'utiliser que les scores totaux de ces deux échelles.

5.6.4 *Les variables corrélées à l'auto-stigmatisation*

Tel que vu précédemment, les personnes ayant intériorisé des préjugés en lien avec la santé mentale sont plus nombreuses à avoir un revenu moindre et avoir vécu une hospitalisation en raison de leur santé mentale. De plus, le pourcentage de personnes ayant un trouble anxieux est plus faible chez les personnes ayant un score de moins de 2,5 sur l'IMSI. Les répondants ayant intériorisé des préjugés détiennent des moyennes plus faibles sur les échelles d'estime de soi, d'auto-efficacité et de rétablissement. Par contre, la comparaison entre les deux groupes ne permet pas de savoir quelles variables sont en mesure d'expliquer la présence de préjugés intériorisés. Par l'exécution d'une régression multiple (Tableau 5.7), il est possible de voir l'importance de chaque variable dans le processus d'auto-stigmatisation. Dans ce cas-ci, 133 personnes avaient complété toutes les questions des variables incluses dans le modèle. Les variables du trouble anxieux et de l'auto-efficacité ont été retirées chacune à leur tour du modèle de régression, car la méthode d'une régression hiérarchique par élimination a été privilégiée. Le modèle final comprend quatre variables expliquant 52,8 % de la variance.

Tableau 5.7
Régression multiple de l'auto-stigmatisation

Variabes	B	95 % IC [BI ; BS]	<i>B</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
(Constante)	109,43	[99,67 ; 119,19]		22,17	0,00
Revenu	-3,63	[-6,59 ; -0,67]	-0,14	-2,42	0,02*
Hospitalisation	-3,98	[-6,94 ; -1,03]	-0,16	-2,67	0,01**
Estime de soi	-0,84	[-1,16 ; -0,51]	-0,41	-5,07	0,00***
Rétablissement	-0,26	[-0,39 ; -0,13]	-0,32	-3,95	0,00***

B : Coefficients non standardisés IC : Intervalle de confiance BI : Borne inférieure BS : Borne supérieure
B : Coefficient standardisés *t* : T de Student *p* : p-value

Selon le R^2 ajusté, les variables du revenu et de l'hospitalisation permettent d'expliquer 8,0 % de la présence d'auto-stigmatisation alors que l'ajout de la variable de l'estime de soi augmente jusqu'à 47,9 % les résultats de ce test. Enfin, l'ajout du rétablissement permet d'avoir un R^2 final de 52,8 % du modèle ayant comme variable dépendante le score total de l'échelle d'auto-efficacité. D'après ce modèle, l'estime de soi a un coefficient standardisé plus important (-0,41) que le rétablissement (-0,32).

5.6.5 *L'effet médiateur de l'estime de soi et de l'auto-efficacité*

Baron et Kenny (1986) ont mis sur pied une stratégie de régression permettant de valider l'effet médiateur d'une variable en trois étapes; 1) la variable indépendante doit contribuer significativement à la prédiction de la variable médiatrice (B_1) 2) la variable indépendante doit aussi prédire significativement la variable dépendante (B_2) 3) enfin, lorsque la variable médiatrice et la variable indépendante sont conjointement insérées dans le modèle, la variable médiatrice permet de prédire significativement la variable dépendante (B_3).

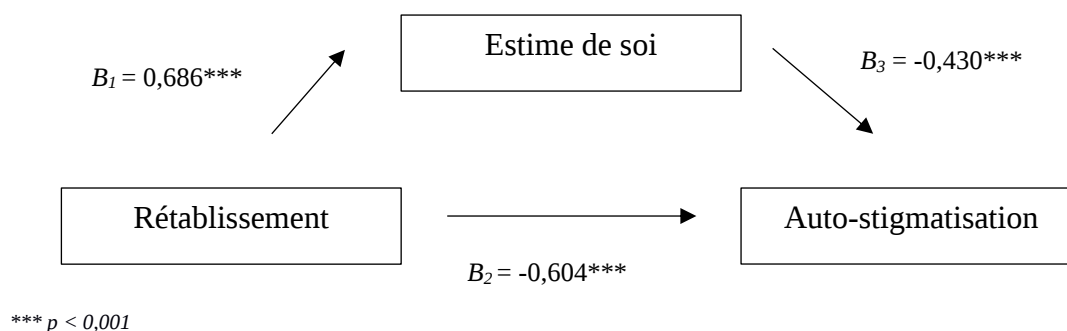


Figure 5.1. Effet médiateur de l'estime de soi

Tel que présenté dans les figures 5.1 et 5.2, les variables de l'estime de soi et de l'auto-efficacité, entraînent une diminution du coefficient bêta standardisé de l'auto-stigmatisation sur le rétablissement. Théoriquement, l'effet de B_2 ne devrait plus être significatif (Baron et Kenny, 1983), mais étant donné la nature des phénomènes psychosociaux, il est bien rare qu'un phénomène ne soient qu'expliqué par un seul facteur. Cela suggère donc que l'estime de soi et l'auto-efficacité seraient des variables partiellement médiatrices et que d'autres variables interagiraient entre l'auto-stigmatisation et le rétablissement.

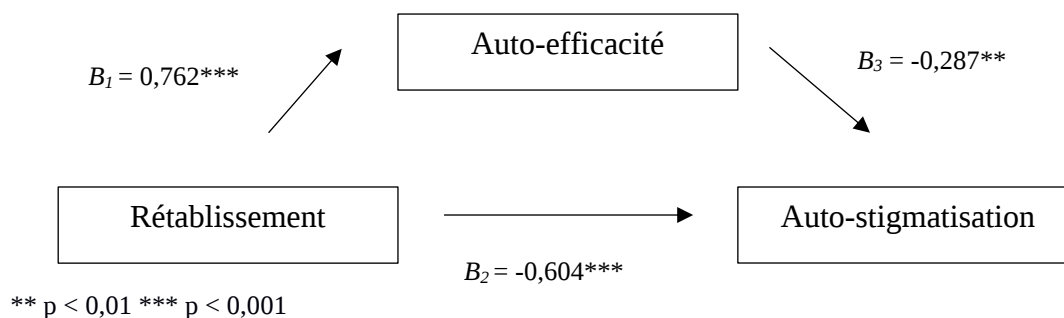


Figure 5.2. Effet médiateur de l'auto-efficacité

5.6.6 Le modèle d'équation structurale des quatre variables principales.

Le modèle utilisé par R est illustré à la Figure 5.3 ci-dessous. Les scores totaux des échelles de l'estime de soi et l'auto-efficacité ont été entrés comme étant des variables médiatrices entre l'auto-stigmatisation et le rétablissement tel que suggéré par le progiciel du programme R « *Lavaan*⁶ » qui a été utilisé dans cette étude. Afin de pouvoir visualiser plus facilement le schéma, le progiciel « *Semplot*⁷ » a été ajouté. Les coefficients standardisés obtenus permettent de quantifier l'ampleur des relations entre les variables.

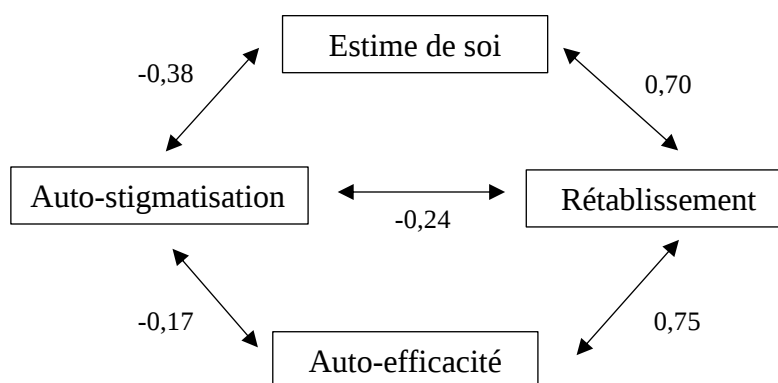


Figure 5.3 Diagramme du modèle utilisé dans le logiciel R.

Tel que présenté dans le Tableau 5.8, le test du Chi-carré de ce modèle ne s'avère pas concluant en termes de correspondance avec les données de l'étude, car celui-ci est significatif. En effet, afin de pouvoir conclure que le modèle concorde avec les données, celui-ci doit être non-significatif et donc avoir un résultat plus grand que 0,05 (Barrett, 2007 dans Hooper et al., 2008). Par contre, Kenny et McCoach (2003) indique qu'un petit échantillon pourrait faire en sorte que le test ne soit pas en mesure de discriminer une bonne

⁶ <https://cran.r-project.org/web/packages/lavaan/lavaan.pdf>

⁷ <https://cran.r-project.org/web/packages/semPlot/semPlot.pdf>

adéquation d'une mauvaise (Hooper et al., 2008). D'autres indicateurs peuvent être utilisés afin de valider si le modèle permet de bien valider la réalité de l'échantillon. D'abord, un RMSEA plus petit ou égal à 0,05 indique une bonne adéquation (Jackson et al., 2009), ce qui n'est pas le cas dans ce modèle.

Tableau 5.8
Caractéristiques du modèle de régression structurale

Nombre d'observations retenues	142 (sur 149)
Chi-carré	14,310
Degrés de liberté	1
P-value du Chi-carré	0,000
Modèle d'essai de base	
Test statistique de fonction minimum	327,280
Degrés de liberté	6
P-value du Chi-carré du modèle de base	0,000
Modèle d'utilisateur versus le modèle de base	
CFI	0,959
TLI	0,751
Racine-carré moyenne d'erreur d'approximation	
RMSEA	0,306
Intervalle de confiance (90 %)	0,179-0,455
P-Value du RMSEA (0,05)	0,001
SRMR	0,050
Nombre de paramètres libre	8

Par ailleurs, le TLI (*Tucker-Lewis Index*) est plus bas que le seuil de 0,95 recommandé par la littérature scientifique. Il est à noter que cet indicateur peut être problématique dans le cas de petit échantillon (Bentler, 1990; Kline, 2005; Tabachnick et Fidell, 2007) dans Hooper et al., 2008). Cependant, le CFI se retrouve au-delà d'un seuil de 0,95 suggéré par certains auteurs, et celui-ci est l'indicateur le moins affecté par la grandeur de l'échantillon (Hu et Bentler, 1999 dans Hooper et al., 2008). Enfin, le SRMR (*Standardized Root Mean Square Residual*) s'avère être plus petit que 0,08, ce qui est aussi recommandé par la littérature (Hooper et al., 2008). Bien que deux indicateurs semblent démontrer que le modèle adhère

bien aux données de l'étude, l'ensemble des coefficients n'est pas assez convainquant afin d'émettre des conclusions valides.

Enfin, le tableau 5.9 présente des données sur chacune des relations ou hypothèses de recherches évaluées par le modèle d'équation structural. Les relations entre le rétablissement et les deux variables médiatrices s'avèrent hautement significatives ($p < 0,001$). De même, le lien entre l'auto-stigmatisation et l'estime de soi est également significatif ($p < 0,001$). Par contre, le modèle ne permet pas de valider la régression entre l'échelle d'auto-stigmatisation et l'auto-efficacité ($p = 0,064$) ainsi que la relation indirecte du médiateur de l'auto-efficacité ($p = 0,067$). Par contre, étant donné que les indicateurs du modèle sont peu concluants, aucune conclusion ne peut être apportée avec certitude. Il est possible que d'autres variables ou d'autres hypothèses causales n'ayant pas été considérées dans l'étude soient nécessaires à l'explication des corrélations entre les données observées (Raykov et al., 1991).

Tableau 5.9

Régressions et relations médiatrices évaluées par le modèle d'équation structurale

	Estimés	Erreur Standard	Z-value	P-value
Regressions				
ISMI ~ ES	-0,774	0,168	-4,597	0,000
ISMI ~ R	-0,195	0,088	-2,219	0,026
ISMI ~ AE	-0,345	0,187	-1,851	0,064
ES ~ R	0,281	0,024	11,595	0,000
AE ~ R	0,300	0,022	12,706	0,000
Paramètres définis				
Indirect ES	-0,218	0,051	-4,274	0,000
Indirect AE	-0,104	0,056	-1,835	0,067
Total	-0,517	0,053	-9,802	0,000

5.7 Faits saillants des résultats

Les sphères de vie ayant été nommées où les participants sont les plus susceptibles de vivre de la discrimination sont : la famille, les services de santé et des services sociaux ainsi que la sphère socioprofessionnelle (emploi et bénévolat). Dans cette étude, les personnes ayant eu une moyenne d'un score égal ou supérieur à 2,5 sur l'échelle de l'ISMI ont été considérées comme ayant intériorisé des préjugés négatifs (17,5 % de l'échantillon total). Selon le test du Chi-carré, ils sont plus nombreux à avoir un revenu de moins de 19 999 \$ par année et à avoir subi une hospitalisation en raison de leur trouble mental. Ces deux variables ont d'ailleurs été démontrées comme étant corrélées avec l'intériorisation de préjugés en lien avec le trouble mental. En ce qui a trait aux variables sociodémographiques, aucune autre comparaison n'a toutefois été établie comme étant significative entre les deux groupes.

Pour ce qui est des différences entre la catégorisation des diagnostics de trouble mental, il fut surprenant de constater les répondants s'identifiant à un trouble dépressif, un trouble bipolaire ou de l'humeur ainsi qu'à un trouble de personnalité, ont davantage intériorisé des préjugés négatifs comparativement aux personnes nommant avoir un trouble schizophrénique. En effet, dans les écrits scientifiques les personnes ayant un trouble schizophrénique sont maintes fois nommées comme étant les plus stigmatisées. Or, dans cette étude, il est constaté que l'auto-stigmatisation s'avère autant, sinon plus importante pour les autres troubles mentaux nommés ci-dessus, sans qu'il n'y ait toutefois de différence significative pouvant être confirmée par les tests du Chi-carré. Le seul constat pouvant être établi est que les personnes nommant avoir un trouble anxieux sont significativement moins

nombreux à démontrer des manifestations d'auto-stigmatisation comparativement aux autres répondants.

Par contre, même si les personnes ayant intériorisé des préjugés sont moins nombreuses à avoir reçu un diagnostic d'un trouble anxieux, ce type de diagnostic n'est pas nécessairement associé à une résistance à l'auto-stigmatisation. En effet, il ne semble pas y avoir de corrélation selon le modèle de régression présenté ci-dessous. Par ailleurs, bien que les personnes ayant intériorisé des préjugés soient 16,2 % plus nombreuses à avoir perçu une situation discriminante, cela ne s'est pas avéré significativement différent. Cela est de même pour la fréquence et le lieu de la situation discriminante. De plus, les participants présentant de l'auto-stigmatisation ont une moyenne significativement inférieure sur les échelles de l'estime de soi, de l'auto-efficacité et du rétablissement comparativement aux autres participants de l'étude, ce qui est cohérent avec les écrits scientifiques. Selon la méthode de Baron et Kenny (1983), les variables de l'estime de soi et de l'auto-efficacité pourraient effectivement se comporter comme des variables médiatrices entre l'auto-stigmatisation et le rétablissement. Les résultats établis par de cette méthode doivent être cependant nuancés en raison de biais méthodologiques (Kline, 2015). Enfin, le modèle de Corrigan et al. (2009) ne s'est pas avéré significativement concordant avec les données de l'étude et n'est pas en mesure d'expliquer l'intériorisation des préjugés tel qu'il a été conçu par le modèle d'équation structurale. Les résultats de cette étude sont cependant assez convaincants afin d'établir qu'il y a effectivement un lien entre l'auto-stigmatisation, l'estime de soi, l'auto-efficacité et le processus de rétablissement.

CHAPITRE 6

LA DISCUSSION

Ce chapitre fait ressortir les principaux constats des résultats de recherche et cela, en trois temps. Premièrement, une réflexion est amorcée sur les variables incluses dans l'étude qui ont été ciblées comme étant associées à l'intériorisation des préjugés et cela, dans le but de comprendre ce qui pourrait éventuellement influencer le processus d'auto-stigmatisation. La deuxième partie de ce chapitre présente une discussion concernant les deux hypothèses centrales de l'étude, reposant sur l'interaction des scores totaux des quatre échelles utilisées. D'abord, l'hypothèse d'un effet médiateur des variables de l'estime de soi et du sentiment d'auto-efficacité dans la corrélation entre l'intériorisation des préjugés et le rétablissement a pu être partiellement confirmée par la méthode de Baron et Kenny (1983). Par contre, le modèle théorique adapté sur le « *Why Try Effect* » n'a pu être démontré comme étant concluant. La troisième partie de cette section concerne les forces et limites méthodologiques de la présente recherche, pour finalement conclure par des recommandations.

6.1 Les variables associées à l'intériorisation des préjugés

La seule caractéristique sociodémographique étant significativement différente entre les personnes ayant intériorisé modérément ou sévèrement des préjugés et les autres participants est celle du revenu brut annuel. D'après les statistiques réalisées dans cette étude, les personnes ayant intériorisé des préjugés en lien avec leur trouble mental sont plus nombreuses à avoir un faible revenu. Cette variable est d'ailleurs retenue dans la régression comme étant corrélée à l'intériorisation des préjugés. Cela suggère que l'exclusion sociale ressentie par le processus d'auto-stigmatisation semble être plus important chez les personnes qui sont déjà marginalisées par la pauvreté économique. Étant donné la nature bidirectionnelle de la relation, il peut également être possible que les personnes ayant

intériorisé des préjugés se retrouvent dans une situation de pauvreté suite à l'apparition de leur diagnostic. En effet, les populations défavorisées sont plus sujettes à présenter des troubles mentaux (Commissaire à la Santé et au Bien-Être [CSBE], 2012) et la pauvreté peut s'avérer être un stresser majeur ainsi qu'un déterminant social important dans la prédiction des troubles mentaux (Lemyre, 1989). Par ailleurs, la pauvreté semble potentiellement être prédictive de l'intériorisation des stigmas sociaux en lien avec la santé mentale. Les personnes marginalisées par la pauvreté sont probablement plus susceptibles de faire face à plusieurs types de préjugés sociaux, soit celles de la pauvreté même ou de l'itinérance. L'effet de ces multiples stigmas pourrait amplifier l'intériorisation de ceux-ci, tel que précisé dans l'étude de Radke et al. (2010), qui déplore l'effet accentué de la distance sociale créée par la double stigmatisation chez les personnes obèses ayant des troubles mentaux. Cette étude a également démontré que la présence de multiples stigmas diminue davantage l'estime de soi et le sentiment d'espoir en plus d'interférer avec le processus de rétablissement.

Il est intéressant de mentionner que la marginalisation mesurée est seulement à titre économique. Il aurait été légitime de penser que les personnes fréquentant les organismes communautaires, socialement plus marginalisées, aient également intériorisées en plus grand nombre des préjugés en lien avec la santé mentale. Cependant, il n'y a pas de différence significative entre les personnes fréquentant les organismes communautaires ainsi que les personnes ayant remplis le questionnaire informatisé à ce niveau. En effet, 20,0 % des participants fréquentant les organismes communautaires ont intériorisées des préjugés alors que c'est le cas pour 15,7 % des personnes ayant répondu par le biais du volet informatisé. Cette différence ne s'avère d'ailleurs pas significative. La précarité économique est donc centrale dans l'étude de l'exclusion sociale subjective, pouvant amplifier l'intériorisation de

préjugés sociaux, ou à l'inverse, être un facteur potentiellement prédictif de l'auto-stigmatisation.

Le revenu brut annuel étant significativement prédictif de l'intériorisation des préjugés met en lumière que la précarité économique est un facteur de risque de l'état de santé mentale, mais aussi à un changement identitaire personnel, qui accompagne la stigmatisation. Les personnes aux prises avec une problématique de santé mentale étant également dans une situation économique précaire se retrouvent nécessairement au bas d'une hiérarchie sociale. Cette structure sociétale, se basant entre autres sur le capital social et économique (Bourdieu, 1980), fait en sorte qu'il soit plus difficile pour les personnes victimes de cette violence systémique de pouvoir retrouver un pouvoir d'agir afin d'améliorer leur situation.

De plus, les 26 personnes présentant de l'auto-stigmatisation sont significativement plus nombreuses à avoir vécu un épisode d'hospitalisation en raison de leur état mental. Cela pourrait démontrer l'importance du processus d'hospitalisation dans l'expérience identitaire de la personne lors de l'attribution du diagnostic. En effet, la confirmation de la gravité de la condition de santé mentale est d'ailleurs souvent établie dans le cadre d'une première hospitalisation (Angell et Test, 2002; Michalak et al. 2010). Il pourrait d'ailleurs être intéressant de valider si une expérience subjective négative, voir traumatisante lors de l'hospitalisation, permet d'expliquer la présence de préjugés intériorisés. L'étude de Paksarian et al. (2014) rapporte que 69 % des 365 patients admis dans un établissement hospitalier en raison de trouble psychotique pour une première fois, percevaient cette expérience comme étant traumatisante. Les mesures de coercition et celles impliquant la

sécurité de la personne sont souvent nommées comme étant la source de ce trauma. Cependant, d'autres études devraient être menées afin de mieux comprendre les agents traumatisants de l'hospitalisation et ainsi permettre l'amélioration des interventions psychiatriques en ce qui a trait à l'expérience subjective des patients hospitalisés.

Par ailleurs, le pourcentage des personnes ayant un diagnostic de trouble anxieux est significativement moins élevé chez les personnes présentant de l'auto-stigmatisation. Par contre, bien qu'il y ait une différence significative entre les deux groupes à ce propos, la présence de trouble anxieux ne s'est pas avérée corrélée à l'auto-stigmatisation dans le modèle de régression de l'étude. À ce sujet, les prévalences des troubles de l'humeur et des troubles anxieux au Québec étaient semblables en 2002, soit respectivement de 4,9 % et de 4,7 % (CSBE, 2012). Par contre, en 2003-2004, le pourcentage de jours d'hospitalisation qui a été effectué en raison d'un trouble mental est beaucoup plus élevé pour ce qui est des troubles de l'humeur (4,4%) que des troubles anxieux (0,3 %) (CSBE, 2012). Bien que l'hospitalisation et la présence de trouble anxieux se retrouvent dans le modèle de régression, un croisement de données a été effectué entre la catégorie de diagnostic ainsi que la présence d'une hospitalisation afin de mieux comprendre l'interaction entre ces deux variables. En effet, les troubles anxieux sont significativement moins associés à un cas d'hospitalisation (26,4 %) que les troubles schizophréniques (100,0 %), les troubles bipolaires (84,6 %) ainsi que les troubles de personnalité (74,1 %) ($\chi^2 = 40,22$ (4), $p < 0,000$). L'hospitalisation pourraient donc expliquer l'intériorisation des préjugés pour ces catégories de trouble mentaux. Par contre, avec la correction de Bonferroni, il est possible de voir que les personnes ayant un diagnostic de troubles anxieux ne s'avèrent pas nécessairement plus hospitalisées que celles ayant des troubles de l'humeur (36,0%) ($\chi^2 = 40,22$ (4), $p < 0,000$).

Dans ce cas, il est plus difficile de comprendre l'interaction entre la nature des diagnostics et la présence de préjugés intériorisés.

Il est déjà connu que les personnes atteintes de schizophrénie soient davantage stigmatisées que les autres (Schulze et Angermeyer, 2003). De plus, selon Howard (2008), les troubles expliqués par une approche biochimique, tel que la dépression (Lebowitz et al. 2013; Kvaale et al., 2013), entraînerait une difficulté à s'éloigner de l'identité de malade mentale. Il semble de plus en plus évident que la stigmatisation, et par le fait même, l'auto-stigmatisation n'atteint pas de la même façon toutes les personnes ayant des troubles mentaux. Une différenciation des diagnostics au niveau de la problématique d'intériorisation des préjugés en lien avec les troubles mentaux semble nécessaire, tel que précisé par Cunningham et Lucksted (2017). Les résultats de la présente étude pourraient être interprétés par le fait que les personnes ayant un trouble anxieux se sentent moins concernées par les préjugés associés à la santé mentale ou alors, que ce genre de diagnostic serait plus socialement accepté et normalisé par la population générale. De même, tel que précisé par Mak et al. (2014), l'acceptation du public reposerait sur la perception que la personne soit en contrôle de ses propres comportements. Les symptômes des troubles anxieux pourraient donc être vus comme étant plus contrôlables et probablement, plus facilement modifiables. Il serait d'ailleurs important d'inclure à l'avenir ces diagnostics afin de confirmer cette hypothèse, car jusqu'à présent, peu d'études sur l'auto-stigmatisation ont ajouté cette catégorie de diagnostique dans leurs échantillons de répondants.

Par ailleurs, lorsque comparé à d'autres études, le pourcentage de personnes ayant intériorisé des préjugés de la présente étude s'avère plus faible. En effet, 26 personnes

détiennent un niveau modéré ou sévère d'auto-stigmatisation, selon l'ISMI et de la catégorisation des scores choisie, ce qui représente 17,5 % de l'échantillon total. Parmi les études ayant utilisé la même échelle, celle de Brohan et al. (2011), comportant une population de personnes ayant un diagnostic de dépression ou de trouble bipolaire, a pour résultat un pourcentage de 21,7 % de répondant ayant modérément ou beaucoup intériorisés des préjugés. Une recherche réalisée auprès de patients psychiatriques ayant comme diagnostic un trouble schizophrénique, détient également un pourcentage supérieur pouvant atteindre 30% de leur échantillon (Werner et al., 2008). Enfin, lorsque comparé à des résultats obtenus par différents outils, tel que l'échelle du *Self-Stigma Assessment Scale* (SSAS) le quart de personne atteintes de dépression pouvait avoir intériorisé des préjugés (Yen et al., 2005). Le plus faible taux de la présence étude pourrait d'ailleurs être expliqué par l'inclusion de trouble moins touchés par l'auto-stigmatisation, tels que les troubles anxieux. Le pourcentage plus élevé de l'étude de Werner et al. (2008) a d'ailleurs été prélevé à partir de patients vivant dans un établissement psychiatrique, ce qui corrobore l'hypothèse que l'hospitalisation serait un facteur important dans le processus.

Enfin, le modèle de régression a permis d'exclure le sentiment d'auto-efficacité en tant que variable corrélée à l'auto-stigmatisation. Lorsqu'incluse seule dans un modèle de régression tel que lors de la validation de son effet médiateur, le sentiment d'auto-efficacité est bel bien prédicteur de l'auto-stigmatisation. Par contre, dans le modèle incluant le revenu, l'hospitalisation, l'estime de soi ainsi que le rétablissement, cette variable ne s'avère plus significativement corrélée. En raison de la grande colinéarité dans le modèle, il est difficile d'émettre des conclusions à savoir si l'estime de soi ou l'auto-efficacité s'avèrent être une

variable médiatrice plus importante que l'autre. De plus, afin de respecter le modèle d'origine cette variable a tout de même été conservée dans le modèle du « *Why Try Effect* »

6.2 Modèle théorique du processus d'intériorisation des préjugés.

Une des hypothèses de recherche consistait à confirmer que les variables de l'estime de soi et de l'auto-efficacité sont des médiateurs dans la relation entre l'auto-stigmatisation et du rétablissement. Bien que le modèle d'équation structurale ait échoué à valider cette hypothèse, la méthode de Baron et Kenny (1984) a permis de valider l'effet médiateur partiel de ces deux variables dans la relation entre l'auto-stigmatisation et le rétablissement. Les futures recherches devraient valider la présence de variables médiatrices complémentaires à celles présentes de cette étude afin de confirmer une façon plus optimale d'aborder la relation entre l'auto-stigmatisation et le rétablissement. À ce propos, les différentes stratégies d'adaptation répertoriées, tel que l'évitement ou l'appartenance à un groupe d'entraide pourraient être des variables médiatrices intéressantes à inclure dans un modèle abordant le rétablissement et les conséquences comportementales de l'auto-stigmatisation. Par contre, aucune échelle de mesure n'a été identifiée comme étant existante à ce sujet. Enfin, le sentiment de honte pourrait être un médiateur intéressant à examiner dans les futures recherches (Corrigan et Rao, 2012).

La troisième hypothèse de recherche de cette étude est consacrée à l'adaptation du modèle « *Why Try Effect* » en changeant la dimension du pouvoir d'agir et de l'atteinte des objectifs de vie par celle du rétablissement. D'abord, l'étude de la relation entre l'auto-stigmatisation et le rétablissement est complexe et demande d'avoir une bonne connaissance

théorique du phénomène. Le modèle du « *Why Try Effect* » (Corrigan et al., 2009) explore la relation entre les comportements de la personne ainsi que le processus d'auto-stigmatisation, et celui-ci identifie deux variables médiatrices pouvant être modifiables par des interventions psychosociales. Il est difficile pour une personne de contrôler les situations stigmatisantes ou les sources de stigmas sans utiliser des stratégies d'adaptation négative tel que l'évitement, car la stigmatisation peut s'avérer omniprésente dans la société. Par contre, l'estime de soi et le sentiment d'auto-efficacité sont des caractéristiques personnelles auxquelles les intervenants peuvent travailler dans un contexte de rétablissement avec les personnes ayant un trouble mental. Cette étude démontre cependant que ces deux concepts sont grandement corrélés avec le processus de rétablissement en raison de son approche globale du développement de la personne. En effet, le problème de la multicollinéarité est certainement à prendre en considération étant donné que les corrélations sont très fortes entre les trois échelles. Le modèle élaboré dans l'étude n'a pu expliquer correctement les données recueillies dans la collecte de données. Cela pourrait être en raison du fait que d'autres variables peuvent être intégrées dans ce modèle, tel que l'hospitalisation ou le revenu et que même, certaines variables pourraient être éliminées comme le sentiment d'auto-efficacité. À l'avenir, le choix des variables considérées dans le modèle serait à revoir. De plus, afin de faciliter la confirmation des corrélations entre les variables, celles-ci devraient être intégrées en tant que variables continues et non catégorielles, tel que dans la présente étude. L'intégration de ces variables dans un modèle d'équation structurale sera donc plus facilement réalisable.

6.3 Forces et limites méthodologiques

Il est important de préciser les forces et limites méthodologiques de cette étude. D'abord, le recrutement de la population est l'une des forces de la présente étude. L'utilisation de deux types de recrutement ont permis d'inclure significativement plus d'homme par le biais des organismes communautaires (43,3 %) que par le biais du volet électronique (15,7 %) ($\chi^2 = 14,32$ (2), $p < 0,001$). Sans le recrutement dans les différents organismes, une majorité féminine aurait représentée l'échantillon de cette étude, ce qui aurait nuit à la généralisation des résultats. Le taux de personnes ayant intériorisé des préjugés est d'ailleurs comparable dans les deux sous-échantillons.

Par contre, en raison de l'accessibilité des échelles et du manque de traduction valide en français, il est difficile d'utiliser les mêmes outils méthodologiques que les études les plus récentes. Cela empêche donc la comparaison entre les résultats recueillies dans la littérature scientifique. Une traduction libre a été réalisée au niveau de l'échelle de Ritscher et al. (2003). Cette échelle a été choisie en raison des concepts théoriques présents dans celle-ci et de l'ampleur des questions comparables à l'échelle du rétablissement. Malheureusement, en raison de la forte multicollinéarité, les sous-échelles n'ont pu être utilisées dans les corrélations. Grâce à la corrélation de Pearson, les sous-échelles de la confiance personnelle et de l'espoir ainsi que des buts et orientation de l'échelle du rétablissement ont pu être démontrées comme étant corrélées davantage avec les autres variables. Quelques échelles seraient recommandées dans les futures recherches en français sur l'auto-stigmatisation. Depuis, une validation française a été réalisée de l'échelle « *Attitudes to Mental Illness 2011* », construite en 2017 dans le cadre d'une campagne en santé mentale (Garcia et al.,

2017). Une validation française du *Stigma Scale* de King et al. (2007) de 9 items est aussi existante (Morandi, 2013). Par contre, les auteurs des articles utilisés dans cette recherche ont choisi en grand nombre l'échelle du *Self-Stigma of Mental Illness Scale* (Corrigan et al., 2006). Le choix d'une échelle valide en français devrait être privilégié à l'avenir. L'utilisation d'échelle de type Likert permette toutefois de comparer les données aux différentes études sur la problématique, et cela peu importe la langue utilisée par les chercheurs, ce qui augmente la généralisation des résultats de l'étude.

Pendant la rédaction de ce mémoire, les auteurs du modèle du « *Why Try Effect* » ont également contribué à créer une échelle de 12 items permettant de mesurer l'ensemble de ce phénomène. L'échelle du *Why Try Stigma Scale* (WTSS) (Corrigan et al., 2016) pourrait faciliter l'exploration des corrélations entre la volonté d'atteindre un objectif de vie, le processus auto-stigmatisation ainsi que celui du rétablissement. Enfin, une échelle de 21 items a été créée par Gabriel (2017) afin de mesurer l'effet d'une hospitalisation involontaire. Il pourrait être intéressant d'intégrer éventuellement celle-ci étant donné que l'hospitalisation est ciblée comme une variable potentiellement prédictive à l'auto-stigmatisation. Le choix des échelles existantes est certainement une limite de cette étude car elle ne permet pas une comparaison directe entre les autres études.

De plus, dans le questionnaire distribué aux répondants, le participant devait nommer son ou ses diagnostics psychiatriques. La catégorisation des diagnostics a été réalisée par l'étudiante-chercheuse afin de pouvoir différencier les divers types de trouble mentaux. Les troubles dépressifs, étant plus fréquent, ont été séparé des troubles bipolaires. Par contre, les diagnostics étant vu comme « *cycliques* », c'est-à-dire ayant des périodes changeantes au

niveau de l'humeur, ont été inclus dans la même catégorie que les troubles bipolaires sous le terme de « *trouble de l'humeur* ». La codification aurait pu également en être autrement étant donné qu'un trouble dépressif pourrait être vu également comme un trouble de l'humeur. Par ailleurs, lorsque le répondant écrivait plusieurs diagnostics, seul le premier diagnostic nommé a été considéré dans la codification, car il a été perçu comme étant plus centrale dans la définition que le répondant avait de lui-même. La nature des questions auto-rapportées constitue d'ailleurs un biais pouvant être appliqué à d'autres variables tels que le revenu, le moment ou la nature de l'hospitalisation.

Enfin, le devis corrélationnel transversal de cette étude est l'une des principales limites aux conclusions pouvant être apportées. Deux des objectifs de cette étude ont pour but de comprendre la nature des liens entre les variables, ce qui est resté impossible à déterminer sans un devis longitudinal prospectif. En effet, sans l'utilisation de mesures ayant été prises dans des temporalités différentes, aucune conclusion ne peut être amenée avec certitude tant qu'à la causalité ou même, qu'à la présence d'un effet prédictif d'une variable sur une autre. D'ailleurs, l'article de Kline (2015) décrit bien les nuances qui doivent être émises lors de l'analyse découlant de la méthode de Baron et Kenny (1986). Par les connaissances approfondies sur les corrélations présentes dans ce mémoire, cette étude permet certainement de mettre en place des théorèmes intéressants. Bien qu'un choix de variables plus judicieux soit recommandé afin de réduire la présence de multicollinéarité, ce mémoire permet de valider la pertinence d'une modélisation de l'intériorisation des préjugés dans un contexte de rétablissement, particulièrement suite à la présence d'une hospitalisation.

6.4. Recommandations émanant de l'étude en ce qui a trait à l'intervention et aux recherches futures

Plusieurs campagnes anti-stigmatisantes ont pour objectif la diminution de la discrimination envers les personnes ayant un trouble mental. Dans la province, les plans d'action gouvernementaux ont d'ailleurs ciblé la problématique de la stigmatisation en santé mentale depuis plusieurs années. De plus, une sensibilisation est remarquée dans la culture populaire envers les troubles mentaux, ce qui permet de mieux aborder la problématique et de modifier les croyances erronées sur le sujet. Les répercussions des croyances sociales en lien avec la santé mentale sur les personnes concernées devraient cependant être prises plus amplement en considération, particulièrement dans le processus de soins de santé. En effet, il semble de plus en plus évident que les personnes victimes de discrimination ne font pas qu'intérioriser passivement les préjugés, mais qu'ils peuvent également y résister et avoir un pouvoir d'agir sur leurs croyances. Le fait de pouvoir valider l'effet causal de la corrélation entre le processus de l'auto-stigmatisation ainsi que celui du rétablissement devrait permettre de valider si l'auto-stigmatisation est un élément néfaste à l'inclusion sociale d'une personne atteinte d'un trouble mental ou qu'au contraire le processus de rétablissement permet par lui-même d'éliminer les croyances négatives envers l'identité de celle-ci. En établissant une relation causale dans le phénomène, il serait alors possible d'intervenir plus facilement sur le processus et d'appliquer des actions concrètes afin de faciliter le processus de rétablissement tout en modifiant les préjugés intériorisés.

Dans tous les cas, les professionnels de la santé et des services sociaux œuvrant auprès des problématiques de santé mentale devraient être à l'affut de l'effet de la stigmatisation sur les personnes concernées. Certaines formations, basées sur une connaissance approfondie de

la problématique, pourraient également cibler les attitudes négatives de ces professionnels qui facilitent l'intériorisation des préjugés, et au contraire donner des recommandations sur les bonnes manières d'agir. Considérant que plus de la moitié des répondants de cette étude affirment avoir vécu une situation discriminante dans les services de soins de la santé, il est primordial que le personnel soignant doive continuer d'être sensibilisé par cette problématique et recevoir davantage de formation en lien avec la stigmatisation envers les troubles mentaux. Plus précisément, les effets du processus d'hospitalisation devraient être étudiés davantage afin de mettre sur pied des interventions anti-stigmatisantes favorisant une inclusion sociale post-hospitalière et par le fait même, appuyer le rétablissement personnel. Une approche centrée sur la personne pourrait d'ailleurs être privilégiée en permettant la personne victime de préjugés d'être active et d'intégrer des stratégies d'adaptation favorisant la résistance à la stigmatisation. De plus, un accompagnement prenant en charge ou impliquant davantage la famille devrait également être prôné afin de pouvoir informer et sensibiliser les proches-aidants ainsi que les membres de la famille. Enfin, le secteur de l'employabilité pourrait également être une cible pertinente dans la lutte à la stigmatisation en santé mentale.

Dans un deuxième temps, plusieurs recommandations liées à la méthodologie peuvent découler des constats de cette étude. En premier lieu, les futures recherches devraient établir un devis permettant d'inclure la temporalité de l'intériorisation des préjugés. Les théories sur l'auto-stigmatisation sont valables, mais une discussion sur la façon dont le processus est maintenu et perpétué dans le temps est nécessaire (Quinn et Earnshaw, 2011), ce qui semble important dans un contexte de rétablissement requérant un certain temps. Certains événements, tels que l'identification d'un diagnostic ou même, d'une première

hospitalisation découlant d'une désorganisation en santé mentale, permettraient d'établir deux temps distincts dans les prises de mesures. L'intériorisation des préjugés est négativement corrélée avec le rétablissement, cependant cette relation reste bidirectionnelle jusqu'à preuve du contraire et les facteurs amplifiant l'entrave au rétablissement ne sont pas tous actuellement ciblés. Dans cette étude, l'estime de soi et l'auto-efficacité semble être des variables se comportant en médiateur, mais d'autres variables pourraient également agir comme tel. Les domaines visant l'inclusion sociale des personnes, tel que le travail social, pourraient bénéficier des recherches recensant les facteurs accentuant l'auto-stigmatisation ou au contraire, permettant une résistance à ce processus.

Enfin, le choix stratégique de la population et des différentes comparaisons pouvant être appliquées est essentiel. Bien que les personnes ayant un trouble schizophrénique soient plus particulièrement touchées, l'ensemble des personnes ayant un diagnostic de trouble mental est concerné par la problématique. Or, cette étude met en lumière que les personnes ayant un trouble anxieux ou un trouble de personnalité sont souvent écartées des recherches sur l'auto-stigmatisation, voire même de celles sur la stigmatisation. D'un côté, les personnes ayant un trouble de la personnalité sont souvent victimes de préjugés, perçues comme étant difficiles et manipulatrices. D'un autre côté, l'inclusion des troubles anxieux pourraient faciliter la compréhension de la résistance à la stigmatisation. Bien entendu, pour émettre des conclusions valides, d'autres études devraient être réalisées afin de premièrement, valider que les personnes ayant un trouble anxieux s'avèrent être moins affectées par l'auto-stigmatisation et enfin, potentiellement cibler les facteurs causant cette particularité. Dans le même optique, une attention particulière devrait être apportée aux personnes vivant en situation de pauvreté en raison des résultats de cette étude.

CONCLUSION

De nombreuses initiatives en santé mentale ce sont centrées sur la stigmatisation envers les personnes ayant un trouble mental. Autant dans la littérature scientifique que dans le quotidien des intervenants de terrain, il est connu que les personnes ayant un diagnostic psychiatrique soient confrontées à divers préjugés sociaux ou actes discriminatoires, bien que la manifestation de ceux-ci soit souvent involontaire. Les répercussions de ces mêmes préjugés sur l'identité des personnes aux prises avec un trouble mental sont cependant plus difficiles à répertorier. Entre autres, l'intériorisation des préjugés entraîne nécessairement une renégociation de l'identité, et cela négativement en raison de la diminution l'estime de soi ainsi que le sentiment d'auto-efficacité qui l'accompagne. L'abandon et l'adhésion au traitement psychosocial sont également ciblés comme des conséquences de l'auto-stigmatisation en raison des attitudes de la personne et de leur perception des stigmas sociaux. Cela s'avère donc préoccupant car les personnes auto-stigmatisées, en plus de ne pas être en mesure de percevoir une possible amélioration de leurs conditions, ne seraient pas non plus en recherche d'aide professionnelle.

Devant la violence symbolique que représentent les préjugés sociaux, la personne s'accommode à l'anticipation des actes discriminatoires par des stratégies d'adaptation, parfois positives, parfois négatives. L'évitement de situations discriminantes et la protection d'un secret entourant le diagnostic sont souvent des réactions passives et nuisibles pour la personne. Par contre, l'individu peut également contrôler la manière ainsi que le choix des personnes avec qui elle veut partager le dévoilement de son diagnostic. De plus, elle peut s'identifier à un groupe de pairs permettant l'entraide et ainsi, contrer l'isolement social qui est souvent une importante conséquence de l'auto-stigmatisation.

Ce mémoire a été élaboré afin de mener une réflexion sur le processus d'intériorisation des préjugés et cibler les facteurs pouvant influencer sur celui-ci. Suite au portrait dressé de la problématique au SLSJ et ses environs, 17,5 % des 149 participants de cette étude quantitative ont eu une moyenne plus élevée à 2,5 sur l'échelle de l'*Internalized Stigma of Mental Illness*, ce qui représente un niveau modéré ou élevé d'intériorisation de préjugés. Plus de la moitié des répondants ayant intériorisé des préjugés ont vécu de la discrimination au sein de leur famille, dans leur milieu de travail ou dans un contexte d'intervention avec des professionnels de la santé. Les personnes présentant des manifestations d'auto-stigmatisation sont significativement plus nombreuses à avoir un faible revenu et à avoir été hospitalisées en raison de leur trouble mental. Les personnes détenant un diagnostic de trouble anxieux sont significativement moins nombreuses à avoir intériorisé des préjugés. Par ailleurs, les moyenne des scores des échelles de l'estime de soi, de l'auto-efficacité ainsi que du rétablissement sont significativement plus faibles chez les personnes présentant de l'auto-stigmatisation.

Le modèle théorique utilisé dans cette recherche est basé sur celui du « *Why Try Effect* » élaboré par Corrigan et al. (2009). Considérant la corrélation entre le rétablissement et l'auto-stigmatisation, souvent examinée dans les différentes études sur le sujet, le processus du rétablissement a été ajouté dans le modèle initial, ce qui permettait de prendre en considération à la fois les notions d'empowerment ainsi que l'atteinte des objectifs de vie. Bien que les variables de l'estime de soi et de l'auto-efficacité ont été validées comme étant partiellement médiateur par la méthode de Baron et Kenny (1986), le modèle d'équation structurale comprenant les quatre variables principales de cette étude n'a pas été concluant en termes de correspondance avec l'échantillon recueilli. D'autres études doivent être

réalisées afin de bien comprendre l'impact de l'auto-stigmatisation sur le processus du rétablissement. En effet, aucune relation causale n'a été validée et le sens de cette corrélation demeure à être précisé. Par ailleurs, les variables de l'estime de soi et du sentiment d'auto-efficacité semblent être trop corrélés avec le processus du rétablissement afin de pouvoir utiliser ces concepts dans un même modèle. D'autres types de médiateurs doivent être inclus afin de créer un modèle plus représentatif de l'intériorisation des préjugés en contexte de rétablissement en santé mentale, tout en étant parcimonieux. L'effet d'une hospitalisation, souvent involontaire et traumatisante, a été démontré comme étant une variable potentiellement prédictive du processus d'intériorisation des préjugés, ce qui suggère d'intégrer cette notion dans les futurs modèles.

Bien que l'intériorisation des préjugés puisse être étudiée sous une approche cognitive, l'inclusion sociale des personnes étant auto-stigmatisées semble être préoccupante, particulièrement en raison du fait qu'elles soient significativement plus nombreuses à vivre avec un faible revenu. Cela suggère fortement que la marginalisation sociale et l'auto-stigmatisation, accompagnant la discrimination des personnes ayant un trouble mental, sont des phénomènes connexes. Les études éventuelles devraient d'ailleurs recueillir des données pouvant représenter davantage la réalité des personnes étant plus démunies, afin d'augmenter le nombre de participant ayant intériorisées des préjugés et ainsi faciliter l'exploration des corrélations entre les variables.

RÉFÉRENCES

- Anastasio, P.A., Rose, K.C. et Chapman, J. (1991). Can the media create public opinion? A social-identity approach. *Psychological Medicine*, 8(5), 152-155.
- Adewuya, A.O., Owoeye, O.A., Erinfolami, A.R., Coker, A.O., Ogun, O.C., Okewole, A.O., Dada, M.U., Eze, M.U., Bello-Mojeed, M.A., Akindipe, T.O., Olangunju, A.T. et Etim, E. (2009). Prevalence and correlates of poor medication adherence amongst psychiatric outpatients in southwestern Nigeria. *General Hospital Psychiatry*, 31(2), 167-174.
- Allott, P., Loganathan, L. et Fulford, K. W. M. (2009). Discovering hope for recovery. *Canadian Journal of Community Mental Health*, 21(2), 13-33.
- Angell, B. et Test, M. (2002). The relationship of clinical factors and environmental opportunities to social functioning in young adults with schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 28, 259-271.
- Angermeyer, M. C., Holzinger, A., Carta, M. G. et Schomerus, G. (2011). Biogenetic explanations and public acceptance of mental illness: systematic review of population studies. *The British Journal of Psychiatry*, 199(5), 367-372. doi:10.1192/bjp.bp.110.085563
- Angermeyer, M. C. et Schulze, B. (2001). Reinforcing stereotypes: how the focus on forensic cases in news reporting may influence public attitudes towards the mentally ill. *International Journal of Law and Psychiatry*, 24 (4-5), 469-486.
- Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the mystery of health: How people manage stress and stay well*. Jossey-Bass.
- Arns, P. G. et Linney, J. A. (1993). Work, Self, and Life Satisfaction for persons with severe and persistent mental disorders. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 17(2), 63-79. <https://doi.org/10.1037/h0095599>
- Autès, M. (2013). *Les paradoxes du travail social*. Dunod
- Association Québécoise pour la Réadaptation Psychosociale. (2014). *La lutte contre la stigmatisation et la discrimination associées aux problèmes de santé mentale au Québec*. <https://aqrp-sm.org/wp-content/uploads/2014/04/cadre-de-reference-GPS-SM.pdf>
- Arboleda-Florez, J. et Stuart, H. (2012). From Sin to Science: Fighting the Stigmatization of Mental Illnesses. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 57(8), 457-463.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. W H Freeman/Times Books/ Henry Holt & Co.

- Baron, R.M. et Kenny, D.A. (1986). The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51(6), 1173-1182.
- Barney, L. J., Griffiths, K. M., Jorm, A. F. et Christensen, H. (2006). Stigma about depression and its impact on help-seeking intentions. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 40(1), 51-54.
- Beaulne, P. (2018). *La politique d'austérité budgétaire au Québec à la suite de la crise financière*. Institut de recherche et d'informations socioéconomiques. <https://iris-recherche.qc.ca/blogue/la-politique-d-austerite-budgetaire-au-quebec-a-la-suite-de-la-crise-financiere>
- Becker, H. S. (1963). *Outsiders: Studies in the sociology of deviance*. Free Press Glencoe.
- Bentler, P. M. et Bonett, D. G. (1980). Significance tests and goodness of fit in the analysis of covariance structures. *Psychological bulletin*, 88(3), 588-606.
- Bergeron-Leclerc, C., Morin, M-M., Dallaire, B. et Cormier C. (2019). *La pratique du travail social en santé mentale; Apprendre, comprendre s'engager*. Presses de l'Université du Québec.
- Biringer, E. et Tjoflåt, M. (2018). Validation of the 24-item recovery assessment scale-revised (RAS-R) in the Norwegian language and context: a multi-centre study. *Health and quality of life outcomes*, 16(1), 23.
- Bourdieu, P. (1980). *Le capital social*. dans: *Actes de la recherche en sciences sociales*, 31, 2-3.
- Boyd, J. E., Katz, E. P., Link, B. G. et Phelan, J. C. (2010). The relationship of multiple aspects of stigma and personal contact with someone hospitalized for mental illness, in a nationally representative sample. *Social Psychiatry Psychiatric Epidemiology*, 45(11), 1063-1070. doi:10.1007/s00127-009-0147-9
- Brain, C., Sameby, B., Allerby, K., Quinlan, P., Joas, E., Lindstrom, E., Burns, T. et Waern, M. (2014). Stigma, discrimination and medication adherence in schizophrenia: results from the Swedish COAST study. *Psychiatry Research*, 220(3), 811-817. doi:10.1016/j.psychres.2014.10.016
- Brohan, E., Gauci, D., Sartorius, N. et Thornicroft, G. (2011). Self-stigma, empowerment and perceived discrimination among people with bipolar disorder or depression in 13 European countries: the GAMIAN-Europe study. *Journal of Affective Disorders*, 129(1-3), 56-63. doi:10.1016/j.jad.2010.09.001
- Brohan, E., Clement, S., Rose, D., Sartorius, N., Slade, M. et Thornicroft, G. (2013). Development and psychometric evaluation of the Discrimination and Stigma Scale (DISC). *Psychiatry Research*, 208(1), 33-40.

- Burke, E., Wood, L., Zabel, E., Clark, A. et Morrison, A. P. (2016). Experiences of stigma in psychosis: A qualitative analysis of service users' perspectives. *Psychosis*, 8(2), 130-142.
- Cabassa, L. J., Nicasio, A. et Whitley, R. (2013). Picturing recovery: A Photovoice exploration of recovery dimensions among people with serious mental illness. *Psychiatric services*, 64(9), 837-842.
- Crabtree, J. W., Haslam, S. A., Postmes, T. et Haslam, C. (2010). Mental health support groups, stigma, and self- esteem: Positive and negative implications of group identification. *Journal of Social Issues*, 66, 553– 569.
- Camp, D.L., Finlay, W.M.L. et Lyons, E. (2002) Is low self-esteem an inevitable consequence of stigma? An example from women with chronic mental health problems. *Social Science et Medicine*, 55, 823–834.
- Campbell, C. et Deacon, H. (2006). Unravelling the contexts of stigma: from internalisation to resistance to change. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 16(6), 411–417.
- Campenhoudt, V. L., et Marquis, N. (2014). *Cours de sociologie*. Dunod.
- Carpinello, S. E., Knight, E. L., Markowitz, F. E. et Pease, E. A. (2000). The development of the Mental Health Confidence Scale: A measure of self-efficacy in individuals diagnosed with mental disorders. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 23(3), 236.
- Castillo, M.-C., Lannoy, V., Seznec, J.-C., Januel, D. et Petitjean, F. (2008). Étude des représentations sociales de la schizophrénie dans la population générale et dans une population de patients schizophrènes. *L'Évolution Psychiatrique*, 73(4), 615-628. doi:10.1016/j.evopsy.2007.06.006
- Cavelti, M., Kvrpic, S., Beck, E. M., Rusch, N. et Vauth, R. (2012). Self-stigma and its relationship with insight, demoralization, and clinical outcome among people with schizophrenia spectrum disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 53(5), 468-479. doi:10.1016/j.comppsy.2011.08.001
- Chan, K. K. et Mak, W. W. (2014). The mediating role of self-stigma and unmet needs on the recovery of people with schizophrenia living in the community. *Quality of Life Research*, 23(9), 2559-2568. doi:10.1007/s11136-014-0695-7
- Chan, K. K. et Mak, W. W. (2017). The content and process of self-stigma in people with mental illness. *American Journal of Orthopsychiatry*, 87(1), 34-43. doi:10.1037/ort0000127

- Chronister, J., Chou, C.-C. et Liao, H.-Y. (2013). The Role of Stigma Coping and Social Support in Mediating the Effect of Societal Stigma on Internalized Stigma, Mental Health Recovery, and Quality of Life among People with Serious Mental Illness. *Journal of Community Psychology*, 41(5), 582-600. doi:10.1002/jcop.21558
- Cole, S. W., Kemeny, M. E. et Taylor, S. E. (1997). Social Identity and Physical Health: Accelerated HIV Progression in Rejection-Sensitive Gay Men. *Journal of personality and social psychology*, 72(2), 320-335.
- Commissaire à la santé et au bien-être. (2012). *État de situation sur la santé mentale au Québec et réponse du système de santé et de services sociaux*. Bibliothèque et Archives nationales au Québec. ISBN : 978-2-550-66327-0
- Corbiere, M., Villotti, P., Toth, K. et Waghorn, G. (2014). Disclosure of a mental disorder in the workplace and work accommodations: two factors associated with job tenure of people with severe mental disorders. *Encephale*, 40(2), S91-S102. doi:10.1016/j.encep.2014.04.006
- Corrigan, P. (2004). How stigma interferes with mental health care. *American Psychologist*, 59(7), 614-625. doi:10.1037/0003-066X.59.7.614
- Corrigan, P.W., Bink, A.B., Schmidt, A., Jones, N. et Rüsch, N. (2016) What is the impact of self-stigma? Loss of self-respect and the “why try” effect. *Journal of Mental Health*, 25(1), 10-15. DOI: 10.3109/09638237.2015.1021902
- Corrigan, P. W., Larson, J. E. et Rüsch, N. (2009). Self-stigma and the «why try» effect: impact on life goals and evidence-based practices. *World Psychiatry*, 8, 75-81.
- Corrigan, P. W., et Lundin, R. K. (2001). *Don't Call Me Nuts!: coping with the stigma of mental illness* (p. 121-175). Recovery Press.
- Corrigan, P.W. et Rao, D. (2012) On the self-stigma of mental illness: stages, disclosure, and strategies for change. *Canadian Journal of Psychiatry*, 57(8), 464-469.
- Corrigan, P. W. et Watson, A. C. (2002). The paradox of self-stigma and mental illness. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9(1), 35-53.
- Corrigan, P. W., Watson, A. C. et Barr, L. (2006). The self-stigma of mental illness: Implications for self-esteem and self-efficacy. *Journal of social and clinical psychology*, 25(8), 875-884.
- Cramer, P. (2000). Defense mechanisms in psychology today: Further processes for adaptation. *American Psychologist*, 55, 637-646.
- Crisp, A.H., Gelder, M.G., Rix, S., Meltzer, H.I. et Rowlands, O.J. (2000). Stigmatization of people with mental illnesses. *The British Journal of Psychiatry*, 177, 4-7.

- Cunningham, K. C. et Lucksted, A. (2017). Social cognition, internalized stigma, and recovery orientation among adults with serious mental illness. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 40(4), 409.
- Davidson, L., O'Connell, M. J., Tondora, J., Lawless, M. et Evans, A. C. (2005). Recovery in Serious Mental Illness: A New Wine or Just a New Bottle? *Professional Psychology: Research and Practice*, 36(5), 480-487. doi:10.1037/0735-7028.36.5.480
- Denenny, D., Thompson, E., Pitts, S. C., Dixon, L. B. et Schiffman, J. (2015). Subthreshold psychotic symptom distress, self-stigma, and peer social support among college students with mental health concerns. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 38(2), 164-170. doi:10.1037/prj0000124
- Dickerson, F., Parente, F. et Ringel, N. (2000). The relationship among three measures of social functioning in outpatients with schizophrenia. *Journal of Clinical Psychology*, 56, 1509–1519.
- Dietrich, S., Heider, D., Matschinger, H. et Angermeyer, M.C. (2006) Influence of newspaper reporting on adolescents' attitudes toward people with mental illness. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 41(4), 318-322.
- Dinos, S., Stevens, S., Serfaty, M., Weich, S. et King, M. (2004). Stigma: the feelings and experiences of 46 people with mental illness. *The British Journal of Psychiatry*, 184,176-181.
- Dorvil, H. et Guttman, G. (1997). Annexe 1. 35 ans de désinstitutionnalisation au Québec, 1961–1996. *Défis de la reconfiguration des services de santé mentale*, 121-135.
- Dorvil, H., Kirouac, L. et Dupuis, G. (2015). Les représentations sociales comme déterminants de la stigmatisation. Dans Dorvil, H., Kirouac, L., et Dupuis, G., *Stigmatisation : les troubles mentaux en milieu de travail et dans les médias de masse*. Presses de l'Université du Québec
- Drapalski, A. L., Lucksted, A., Perrin, P. B., Aakre, J. M., Brown, C. H., DeForge, B. R. et Boyd, J. E. (2013). A model of internalized stigma and its effects on people with mental illness. *Psychiatric Services*, 64(3), 264-269. doi:10.1176/appi.ps.001322012
- Dumont, M., Schwarzer, R. et Jerusalem, M. (2000). French Adaptation of the General Self-Efficacy Scale. Consulté à: <http://userpage.fu-berlin.de/~health/french.htm>.
- Ellison M.L., Russinova Z., McDonald-Wilson K.L. et Lyass, A. (2003). Patterns and correlates of workplace disclosure among professionals and managers with psychiatric conditions. *Journal of Vocational Rehabilitation*, 18, 3-13.
- Ertugrul, A. et Ulug, B. (2004). Perception of stigma among patients with schizophrenia. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39, 73–77.

- Evans-Lacko, S., Henderson, C. et Thornicroft, G. (2013). Public knowledge, attitudes and behaviour regarding people with mental illness in England 2009-2012. *The British Journal of Psychiatry*, 202(55), 51-57.
- Field, A. (2005, 2013). *Discovering statistics using IBM SPSS statistics; and sex and drugs and rock'n'roll*. (2^e, 4^e éd.). SAGE publications.
- Firmin, R. L., Luther, L., Lysaker, P. H., Minor, K. S. et Salyers, M. P. (2016). Stigma resistance is positively associated with psychiatric and psychosocial outcomes: A meta-analysis. *Schizophrenia Research*, 175(1-3), 118-128.
- Foucault, M. (1961). *Histoire de la Folie à l'âge classique*. Gallimard.
- Freidl, M., Piralic Spitzl, S. et Aigner, M. (2008). How depressive symptoms correlate with stigma perception of mental illness. *International Review of Psychiatry*, 20(6), 510-514. doi:10.1080/09540260802565422
- Gabriel, A. (2017). Development of an instrument to measure patients' attitudes towards involuntary hospitalization. *World Journal of Psychiatry*, 7(2), 89-97.
- Gagnon-Hotte, L., Ouellet, H., Poirier, G., St-Denis, J., Thibodeau, R. et Tousignant, L. (1996). Le virage ambulatoire et le service social en milieu de santé. Réflexions et propositions. *Service social*, 45 (3), 175–191. <https://doi.org/10.7202/706744ar>
- Gammelgaard, I., Christensen, T. N., Eplov, L. F., Jensen, S. B., Stenager, E. et Petersen, K. S. (2017). 'I have potential': Experiences of recovery in the individual placement and support intervention. *International Journal of Social Psychiatry*, 63(5), 400-406.
- Garcia, C., Golay, P., Favrod, J. et Bonsack, C. (2017). French Translation and Validation of Three Scales Evaluating Stigma in Mental Health. *Frontiers in Psychiatry*, 8, 290. doi:10.3389/fpsy.2017.00290
- Garnau, S. et Namian, D. (2017). *Erving Goffman et le travail social*. Université des presses d'Ottawa.
- Gerlinger, G., Hauser, M., De Hert, M., Lacluyse, K., Wampers, M. et 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.
- Giffort, D., Schmook, A., Woody, C., Vollendorf, C., & Gervain, M. (1995). Construction of a scale to measure consumer recovery. *Office of Mental Health*, 10.
- Gilkes, M., Perich, T. et Meade, T. (2019). Predictors of self-stigma in bipolar disorder: Depression, mania, and perceived cognitive function. *Stigma and Health*, 4(3), 330–336. <https://doi.org/10.1037/sah0000147>

- Goffman, E. (1968). *Asiles*. Les éditions de minuit.
- Goffman, E. (1975). *Stigmate. Les usages sociaux des handicaps*. Les éditions de minuit.
- Gonzalez-Torres, M. A., Oraa, R., Aristegui, M., Fernandez-Rivas, A. et Guimon, J. (2007). Stigma and discrimination towards people with schizophrenia and their family members. A qualitative study with focus groups. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 42(1), 14-23. doi:10.1007/s00127-006-0126-3
- Gureje, O., Harvey, C. et Herrman, H. (2004). Self-esteem in patients who have recovered from psychosis: profile and relationship to quality of life. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 38(5), 334-338.
- Hansson, L. et Bjorkman, T. (2005). Empowerment in people with a mental illness: reliability and validity of the swedish version of an empowerment scale. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 19(1), 32-38.
- Hooper, D., Coughlan, J. et Mullen, M. (2008). Structural Equation modelling: Guidelines for determining model fit. *Electronic Journal of Business Research Methods*, 6(1), 53-60.
- Howard, J. (2008). Negotiating an exit: Existential, interactional, and cultural obstacles to disorder disidentification. *Social Psychology Quarterly*, 71, 177–192.
- Howell, A. J., Ulan, J. A. et Powell, R. A. (2014). Essentialist beliefs, stigmatizing attitudes, and low empathy predict greater endorsement of noun labels applied to people with mental disorders. *Personality and Individual Differences*, 66, 33-38. doi:10.1016/j.paid.2014.03.008
- Humbert, C. (2000). *Les usagers de l'action sociale: sujets, clients ou bénéficiaires?*. Editions L'Harmattan.
- Ilic, M., Reinecke, J., Bohner, G., Röttgers, H.-O., Beblo, T., Driessen, M., Frommberger, U. et Corrigan, P. W. (2014). Managing a stigmatized identity-Evidence from a longitudinal analysis about people with mental illness. *Journal of Applied Social Psychology*, 44(7), 464-480. doi:10.1111/jasp.12239
- Jackson, D.L., Gillapsy, J. et Purc-Stephenson, R. (2009). Reporting Practices in Confirmatory Factor Analysis: An Overview and Some Recommendations. *Psychological methods*, 14(1), 6-23.
- Janssen, T. (2008). *La maladie a-t-elle un sens?: enquête au-delà des croyances*. Fayard.
- Jenkins, J. H. et Carpenter-Song, E. A. (2008). Stigma despite recovery: Strategies for living in the aftermath of psychosis. *Medical Anthropology Quarterly*, 22, 381–409.

- Jerusalem, M., et Schwarzer, R. (1992). Self-efficacy as a resource factor in stress appraisal processes. dans: *Self-efficacy: Thought control of action*. Taylor & Francis.
- Kaplan, D. (2008). *Structural equation modeling; foundations and extensions. Advanced quantitative techniques in the social sciences series* (10^e éd.). SAGE publications.
- Kline, R. B. (2015). The mediation myth. *Basic and Applied Social Psychology*, 37(4), 202-213.
- Knight, M. T., Wykes, T. et Hayward, P. (2006). Group treatment of perceived stigma and self-esteem in schizophrenia: a waiting list trial of efficacy. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 34(3), 305-318.
- Kvaale, E.P., Gottdiener, W.H. et Haslam, N. (2013). Biogenetic explanations and stigma: A meta-analytic review of associations among laypeople. *Social Science & Medicine*, 96, 95-103.
- Lam, C.S., Angell, B., Tsang, H.W.H., Shi, K., Corrigan, P.W., Jin, S., Lee, Y.T. et Larson, J.E. (2010). Chinese lay theory and mental illness stigma: implications for research and practices. *Journal of Rehabilitation*, 76, 35–40.
- Lamboy, B. et Saïs, T. (2013). Réduire la stigmatisation des personnes souffrant de troubles psychiques par une campagne de communication? Une synthèse de la littérature. *Annales médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 171(2), 77-82
DOI:10.1016/j.amp.2010.11.022
- Lascousmes, P. (2007). « L'utilisateur dans le système de santé : réformateur social ou fiction utile? ». *Politiques et management public*, 25(2), 129-144.
- Latalova, K., Kamaradova, D. et Prasko, J. (2014). Perspectives on perceived stigma and self-stigma in adult male patients with depression. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 10, 1399-1405. doi:10.2147/NDT.S54081
- Leamy, M., Bird, V., Le Boutillier, C., Williams, J. et Slade, M. (2011). Conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis. *The British Journal of Psychiatry*, 199(6), 445-452.
- 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.
- Le Breton, D. (2004). *L'interactionnisme Symbolique*. Presses universitaires de France.
- Legate, N., Ryan, R. M. et Weinstein, N. (2012). Is Coming Out Always a “Good Thing”? Exploring the Relations of Autonomy Support, Outness, and Wellness for Lesbian, Gay, and Bisexual Individuals. *Social Psychological and Personality Science*, 3(2), 145-152. doi:10.1177/1948550611411929

- Leiderman, E. A., Vazquez, G., Berizzo, C., Bonifacio, A., Bruscoli, N., Capria, J. I., Ehrenhaus, B., Guerrero, M., Guerrero, M., Lolich, M. et Milev, R. (2011). Public knowledge, beliefs and attitudes towards patients with schizophrenia: Buenos Aires. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 46(4), 281-290. doi:10.1007/s00127-010-0196-0
- Lemyre, L. (1989). Stresseurs et santé mentale : analyse contextuelle de la pauvreté. *Santé mentale au Québec*, 14(2), 120-127.
- Link, B. G., Cullen, F. T., Struening, E., Shrout, P. E. et Dohrenwend, P. (1989). A Modified labeling theory approach to Mental Disorders: An Empirical Assessment. *American sociological Review*, 54(3), 400-423.
- Link, B. G. et Phelan, C. (2001). Conceptualizing Stigma. *Annual Review of Sociology*, 27, 363-385.
- Link, B. G., Mirotznik, J. et Cullen, F. T. (1991). The effectiveness of stigma coping orientations: Can negative consequences of mental illness labeling be avoided? *Journal of health and social behavior*, 32(3), 302-320.
- Livingston, J. D. et Boyd, J. E. (2010). Correlates and consequences of internalized stigma for people living with mental illness: A systematic review and meta-analysis. *Social science & medicine*, 71(12), 2150-2161.
- Lloyd, C., Sullivan, D. et Williams, P. L. (2005). Perceptions of social stigma and its effect on interpersonal relationships of young males who experience a psychotic disorder. *Australian Occupational Therapy Journal*, 52(3), 243-250. doi:10.1111/j.1440-1630.2005.00504.
- Lucksted, A., Drapalski, A., Calmes, C., Forbes, C., DeForge, B. et Boyd, J. (2011) Ending self-stigma: pilot evaluation of a new intervention to reduce internalized stigma among people with mental illnesses. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 35(1), 51-54.
- Lundberg, B., Hansson, L., Wentz, E. et Bjorkman, T. (2007). Sociodemographic and clinical factors related to devaluation/discrimination and rejection experiences among users of mental health services. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 42(4), 295-300. doi:10.1007/s00127-007-0160-9
- Lysaker, P. H., Davis, L. W., Warman, D. M., Strasburger, A. et Beattie, N. (2007). Stigma, social function and symptoms in schizophrenia and schizoaffective disorder: associations across 6 months. *Psychiatry research*, 149(1-3), 89-95.
- Lysaker, P.H., Roe, D. et Yanos, P.T. (2007). Toward understanding the insight paradox: internalized stigma moderates the association between insight and social functioning, hope, and self-esteem among people with schizophrenia spectrum disorders. *Schizophrenia Bulletin*, 33, 192-199.

- Major, B., McCoy, S.K., Kaiser, C.R. et Quinton, W.J. (2003). Prejudice and self-esteem: a transactional model. *European Review of Social Psychology*, 14, 77–104.
- Masuda, A., Anderson, P. L. et Edmonds, J. (2012). Help-Seeking Attitudes, Mental Health Stigma, and Self-Concealment Among African American College Students. *Journal of Black Studies*, 43(7), 773-786. doi:10.1177/0021934712445806
- Mak, W. W., Chong, E. S. et Wong, C. C. (2014). Beyond attributions: Understanding public stigma of mental illness with the common sense model. *American Journal of Orthopsychiatry*, 84(2), 173-181. doi:10.1037/h0099373
- Markowitz, F. E. (2001). Modeling Processes in recovery from mental illness: Relationships between symptoms, life satisfaction, and self-concept. *Journal of health and social behavior*, 42(2), 64-79.
- Michalak, E., Livingston, J., Hole, R., Suto, M., et Hale, S. (2010). “It's something that I manage but it is not who I am”. Reflections on self-management strategies and stigma in bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*, 122, S47.
- Mirock, L. (2012). The Double Stigma of Obesity and Serious Mental Illnesses: Promoting Health and Recovery. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 35(6), 466-469.
- Moses, T. (2009). Stigma and self-concept among adolescents receiving mental health treatment. *American Journal of Orthopsychiatry*, 79(2), 261-274. doi:10.1037/a0015696
- Miller, L. (2006). *Practical police psychology: Stress management and crisis intervention for law enforcement*. Charles C Thomas Publisher.
- Miller, C. T. et Major, B. (2000). Coping with stigma and prejudice. Dans T. F. Heatherton (Ed.), *The social psychology of stigma* (pp. 243–272). Guilford Press.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2005). *Plan d'action en Santé Mentale 2005-2010. La Force des Liens*. Ministère de la santé et des Services sociaux.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2015). *Plan d'action en Santé Mentale 2015-2020. Faire ensemble et autrement*. Ministère de la santé et des Services sociaux.
- Morandi, S., Manetti, S. G., Zimmermann, G., Favrod, J., Chanachev, A., Monnat, M., & Bonsack, C. (2013). Mesurer la stigmatisation perçue chez les personnes souffrant de troubles psychiques: traduction française, validation et adaptation de la Stigma Scale. *L'encéphale*, 39(6), 408-415.
- Nachtigall, C., Kroehne, U., Funke, F. et Steyer, R. (2003). Pros and cons of structural equation modeling. *Methods Psychological Research Online*, 8(2), 1-22.

- Okhakhume, A. S. (2012). Influence of psychological factors on self and perceived stigma and the efficacy of cognitive behaviour therapy in symptoms reduction among mentally ill patients. *IFE Psychologia: An International Journal*, 20(2), 39-50.
- Paksarian, D., Mojtabai, R., Kotov, R., Cullen, B., Nugent, K. et Bromet, E.J. (2014). Perceived trauma during hospitalization and treatment participation among individuals with psychotic disorders. *Psychiatric Services*, 65(2), 266-269.
- Pachankis, J. E. (2007). The psychological implications of concealing a stigma: a cognitive-affective-behavioral model. *Psychological Bulletin*, 133(2), 328-345. doi:10.1037/0033-2909.133.2.328
- Pagé Jean Charles. (1961). *Les fous crient au secours [témoignage d'un ex-patient des saint-jean-de-dieu]*. (4. éd). Les éditions du jour.
- Perry, J., Watkins, M., Gilbert, A. et Rawlinson, J. (2013). A systematic review of the evidence on service user involvement in interpersonal skills training of mental health students. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 20(6), 525-540. doi:10.1111/j.1365-2850.2012.01955.x
- Phelan, J. C. (2005). Geneticization of deviant behavior and consequences for stigma: The case of mental illness. *Journal of Health and Social Behavior*, 46, 307-322.
- Picco, L., Pang, S., Lau, Y. W., Jeyagurunathan, A., Satghare, P., Abdin, E., Vaingankar, J.A., Lim, S., Poh, C.L., Chong, S.A. et Subramaniam, M. (2016). Internalized stigma among psychiatric outpatients: Associations with quality of life, functioning, hope and self-esteem. *Psychiatry Research*, 246, 500-506. doi:10.1016/j.psychres.2016.10.041
- Queiroz, J. M. et Ziolkowski, M. (1994). *L'interactionnisme symbolique*. Presses universitaires de Rennes.
- Quinn, D. M. et Earnshaw, V. A. (2011). Understanding concealable stigmatized identities: The role of identity in psychological, physical, and behavioral outcomes. *Social Issues and Policy Review*, 5(1), 160-190.
- Quinn, D. M., Williams, M. K., Quintana, F., Gaskins, J. L., Overstreet, N. M., Pishori, A., Earnshaw, V.A., Perez, G. et Chaudoir, S. R. (2014). Examining effects of anticipated stigma, centrality, salience, internalization, and outness on psychological distress for people with concealable stigmatized identities. *PLoS One*, 9(5), e96977. doi:10.1371/journal.pone.0096977
- Radke, A. Q., Parks, J. et Ruter, T. J. (2010). A call for improved prevention and reduction of obesity among persons with serious mental illness. *Psychiatric Services*, 61, 617-619.

- Raykov, T., Tomer, A. et Nesselroade. (1991). Reporting Structural Equation Modeling Result in Psychology and Aging: Some Proposed Guidelines. *Psychology and Aging*, 6(4), 499-503.
- Reavley N.J., Jorm A.F. et Morgan A.J. (2016). Beliefs about dangerousness of people with mental health problems: the role of media reports and personal exposure to threat or harm. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 51(9), 1257-1264
- Ritsher, J. B., Otilingam, P. G. et Grajales, M. (2003). Internalized stigma of mental illness: psychometric properties of a new measure. *Psychiatry research*, 121(1), 31-49.
- Ritsher, J. B. et Phelan, J. C. (2004). Internalized stigma predicts erosion of morale among psychiatric outpatients. *Psychiatry Research*, 129, 257–265.
- Roe, D., Rudnick, A. et Gill, K. J. (2007). The concept of “Being in Recovery”. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 30, 171–173.
- Rogers, E. S., Chamberlin, J. et Ellison, M. L. (1997). Measure Empowerment Among Users of Mental Health Services. *Psychiatric services*, 48(8).
- Rose, D., Trevillion, K., Woodall, A., Morgan, C., Feder, G. et Howard, L. (2011). Barriers and facilitators of disclosures of domestic violence by mental health service users: qualitative study. *The British Journal of Psychiatry*, 198(3), 189-194. doi:10.1192/bjp.bp.109.072389
- Rosenberg, S., Rosenberg, J., Huygen, C. et Klein, E. (2005). No need to hide: out of the closet and mentally ill. *Best Practices in Mental Health: An International Journal*, 1(1), 72-85.
- Rosenfield, S. (1997). Labeling Mental Illness: The Effects of received services and perceived stigma on life satisfaction. *American Sociological Review*, 62(4), 660-672.
- Rossler, W., Salize, H. J., Trunk, V. et Voges, B. (1996). Attitudes of medical students towards the mentally ill. *Nervenarzt*, 67(9), 757-764.
- Rüsch, N., Corrigan, P. W., Powell, K., Rajah, A., Olschewski, M., Wilkniss, S. et Batia, K. (2009). A stress-coping model of mental illness stigma: II. Emotional stress responses, coping behavior and outcome. *Schizophrenia Research*, 110(1-3), 65-71. doi:10.1016/j.schres.2009.01.005
- Scheff, T. J. (1966). *Being mentally ill: a sociological study*. Aldine.
- Schlier, B., Schmick, S. et Lincoln, T. M. (2014). No matter of etiology: biogenetic, psychosocial and vulnerability-stress causal explanations fail to improve attitudes towards schizophrenia. *Psychiatry Research*, 215(3), 753-759. doi:10.1016/j.psychres.2013.12.056

- Schulze, B. et 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, 299-312.
- 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.
- Sirey, J.A., Bruce, M.L., Alexopoulos, G.S., Perlick, D.A., Friedman, S.J. et Meyers, B.S. (2001). Stigma as a barrier to recovery: Perceived Stigma and patient-rated severity of illness as predictors of antidepressant drug adherence. *Psychiatric Services*, 52, 1615–1620.
- Staring, A. B., Van der Gaag, M., Van den Berge, M., Duivenvoorden, H. J. et Mulder, C. L. (2009). Stigma moderates the associations of insight with depressed mood, low self-esteem, and low quality of life in patients with schizophrenia spectrum disorders. *Schizophrenia Research*, 115(2-3), 363-369. doi:10.1016/j.schres.2009.06.015
- Strauss, A. (1992). La trame de la négociation. *Sociologie qualitative et interactionnisme*, 10(4), 154-157.
- Stuart, H. (2003). Stigma and the daily news: evaluation of a newspaper intervention. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 48(10), 651-656.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2005). National consensus conference on mental health recovery and systems transformation. *Department of Health and Human Services*.
- Switaj, P., Grygiel, P., Chrostek, A., Nowak, I., Wciorka, J. et Anczewska, M. (2017). The relationship between internalized stigma and quality of life among people with mental illness: are self-esteem and sense of coherence sequential mediators? *Quality of Life Research*, 26(9), 2471-2478. doi:10.1007/s11136-017-1596-3
- Swim, J. K., Cohen, L. L. et Hyers, L. L. (1998). Experiencing everyday prejudice and discrimination. Dans *Prejudice* (p. 37-60). Academic Press.
- Tang, I. C. et Wu, H. C. (2012). Quality of life and self-stigma in individuals with schizophrenia. *Psychiatric Quarterly*, 83(4), 497-507.
- Tengland, P. A. (2016). Behavior change or empowerment: on the ethics of health-promotion goals. *Health Care Analysis*, 24(1), 24-46.
- Thornicroft, A., Goulden, R., Shefer, G., Rhydderch, D., Rose, D., Williams, P., Thornicroft, G. et Henderson, C. (2013). Newspaper coverage of mental illness in England 2008-2011. *The British journal of psychiatry*, 202(s55), s64-s69
- Toth, K. E. (2012). *Employee decision-making about disclosure of a mental disorder at work*. Walden University.

- Umubyeyi, A., Mogren, I., Ntaganira, J. et Krantz, G. (2016). Help-seeking behaviours, barriers to care and self-efficacy for seeking mental health care: a population-based study in Rwanda. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 51(1), 81-92.
- Vallieres, E. F. et Vallerand, R. J. (1990). Traduction et validation canadienne-française de l'échelle de l'estime de soi de Rosenberg. *International Journal of Psychology*, 25(2), 305-316.
- Vauth, R., Kleim, B., Wirtz, M. et Corrigan, P. W. (2007). Self-efficacy and empowerment as outcomes of self-stigmatizing and coping in schizophrenia. *Psychiatry Research*, 150(1), 71-80. doi:10.1016/j.psychres.2006.07.005
- Vass, V., Sitko, K., West, S. et Bentall, R. P. (2017). How stigma gets under the skin: the role of stigma, self-stigma and self-esteem in subjective recovery from psychosis. *Psychosis*, 9(3), 235-244. doi:10.1080/17522439.2017.1300184
- Verhaeghe, M., Bracke, P. et Bruynooghe, K. (2008). Stigmatization and self-esteem of persons in recovery. From mental illness: the role of peer Support. *International Journal of Social Psychiatry*, 54(3), 206-218. doi:10.1177/0020764008090422
- Verhaeghe, M., Bracke, P. et Bruynooghe, K. (2007). Stigmatization in different mental health services: A comparison of psychiatric and general hospitals. *The Journal of Behavioral Health Services et Research*, 34(2).
- Watson, A. C., Corrigan, P., Larson, J. E. et Sells, M. (2007). Self-stigma in people with mental illness. *Schizophrenia Bulletin*, 33(6), 1312-1318. doi:10.1093/schbul/sbl076
- Werner, P., Aviv, A. et Barak, Y. (2008). Self-stigma, self-esteem and age in persons with schizophrenia. *International Psychogeriatrics*, 20(1), 174-187. doi:10.1017/S1041610207005340
- Whitley, R. et Berry, S. (2013). Trends in newspaper coverage of mental illness in Canada: 2005-2010. *Canadian Journal Psychiatry*, 47(7), 609-610.
- Whitley, R. et Wang, J. W. (2017). Good News? A longitudinal analysis of newspaper portrayals of mental illness in Canada 2005-2015. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 62(4), 278-285.
- Wong, E.C., Collins, R.L., Cerully, J., Seelam, R. et Roth, B. (2017). Racial and Ethnic differences in mental illness stigma and discrimination among Californians experiencing mental health challenges. *Rand Health Quarterly*, 6(2).
- Wright, E.R., Gronfein, W.P. et Owens, T.J. (2000). Deinstitutionalization, social rejection, and the self-esteem of former mental patients. *Journal of Health and Social Behavior*, 41, 68-90.

- Yanos, P. T., Roe, D., Markus, K. et Lysaker, P. H. (2008). Pathways between internalized stigma and outcomes related to recovery in schizophrenia spectrum disorders. *Psychiatric services*, 59(12).
- Yen, C. F., Chen, C. C., Lee, Y., Tang, T. C., Yen, J. Y. et Ko, C. H. (2005). Self-stigma and its correlates among outpatients with depressive disorders. *Psychiatric Services*, 56(5), 599-601.

Annexe A

Liste des organismes participants au recrutement

Centre de rétablissement Le Renfort d'Alma

122, rue Harvey Est, Alma

418-668-8706

Info@renfort.ca

Lili Simard, directrice générale

Centre le Phare

293, rue Onésime-Côté, La Baie

418-544-9301

info@centrelephare.com

Sylvie Dassylva, directrice générale

CSM l'ArrimAge

1230 boul Wallberg, Dolbeau-Mistassini

418-765-3438

patrickt@csmlarrimage.org

Centre la Bousceuil

57, Avenue Roberval, Roberval

418-275-0341

info@bousceuil.ca

Nadine Picard, Directrice générale

Services d'Intégration Sociale Nouvel Essor du Saguenay

68, rue Jacques-Cartier Ouest, Chicoutimi

418-549-3614

nouvelessor@videotron.ca

Fabien Murray, Coordonnateur

Centre l'Escale de Jonquière

3958, rue de la Fabrique, Jonquière

418-547-3644

escale@centreescale.com

Caroline Dubé, directrice générale

Café Jeunesse de Chicoutimi

30 Rue Jacques-Cartier Ouest, Chicoutimi

418-696-2871

Lucie Tremblay, Intervenante

Annexe B

Questionnaire

Les liens entre l’auto-stigmatisation, l’estime de soi, l’auto-efficacité et le rétablissement chez les personnes ayant des troubles mentaux.

Lisez attentivement les questions. Prenez le temps nécessaire afin de remplir adéquatement le questionnaire.

Choisissez les réponses qui décrivent le mieux votre réalité. En cas d’ambivalence vous pouvez laisser des explications ou des commentaires à côté de la question. De plus, une section est réservée à la fin du questionnaire afin de marquer vos commentaires face au sujet ou en lien avec le questionnaire.

Vous pouvez poser des questions aux personnes ressources qui sont présentes avec vous en tout temps.

Avant de commencer à remplir le questionnaire, veuillez vérifier si vous êtes conforme aux critères d’inclusion et d’exclusion suivants :

- ✓ Avoir 18 ans et plus
- ✓ Avoir un diagnostic de santé mentale prescrit par un professionnel de la santé
- ✓ Ne pas être sous un régime de protection du Curateur public du Québec

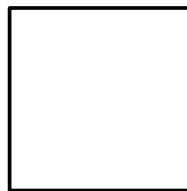
Le premier volet de ce questionnaire concerne vos renseignements personnels. Par la suite, quatre questionnaires à choix de réponses sont à remplir. Le questionnaire sera attribué à un numéro par les personnes responsables de la recherche afin de protéger votre identité.

Merci de prendre le temps de répondre à ce questionnaire, votre participation est grandement appréciée.

1. À quel sexe vous identifiez-vous?

- ☐ Homme
- ☐ Femme
- ☐ Autre

Code du participant (ne pas remplir)



2. Quel est votre statut civil ?

- ☐ Célibataire
- ☐ Conjoint(e) de fait
- ☐ Marié(e)
- ☐ Séparé(e) ou divorcé(e)
- ☐ Veuf(ve)

3. Quelle est votre citoyenneté ?

- ☐ Canadienne
- ☐ Autres pays
- ☐ Étudiant international
- ☐ Premières Nations
- ☐ Autre : _____

4. Quel âge avez-vous ? _____

5. Quel est votre lieu de résidence ? _____

6. Dans quelle tranche se situe votre revenu annuel ?

- ☐ Moins de 19 999 \$
- ☐ Entre 20 000 et 39 999 \$
- ☐ Entre 40 000 et 59 999 \$
- ☐ Entre 60 000 et 79 999 \$
- ☐ Entre 80 000 et 99 999 \$
- ☐ Plus de 100 000 \$

7. Faites-vous du bénévolat ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

Si oui, veuillez indiquer le nombre d'heures en moyenne de bénévolat : _____

8. Combien de fois environ par semaine faites-vous une activité sociale avec des personnes qui vous sont chères ?

- ☐ Jamais
- ☐ 1 ou 2 fois par semaine
- ☐ 3 à 5 fois par semaine
- ☐ Tous les jours

9. Combien de fois par semaine pratiquez-vous une activité physique?

- ☐ Jamais
- ☐ 1 ou 2 fois par semaine
- ☐ 3 à 5 fois par semaine
- ☐ Tous les jours

10. Combien de fois par semaine consommez-vous de l'alcool ?

- ☐ Jamais
- ☐ 1 ou 2 fois par semaine
- ☐ 3 à 5 fois par semaine
- ☐ Tous les jours

11. Combien de fois par semaine consommez-vous des drogues ou médicaments non prescrits ?

- ☐ Jamais
- ☐ 1 ou 2 fois par semaine
- ☐ 3 à 5 fois par semaine
- ☐ Tous les jours

12. Quelle est votre occupation principale ?

- ☐ Étudiant (e)
- ☐ Travailleur (euse) à temps partiel
- ☐ Travailleur (euse) à temps plein
- ☐ Prestataire de l'aide sociale
- ☐ Retraité (e)
- ☐ Autre : _____

13. Quel est votre dernier niveau de scolarité complété ?

- | | |
|--|---|
| ☐ Aucun diplôme | ☐ Baccalauréat (BAC) |
| ☐ Diplôme d'étude secondaire (DES) | ☐ Diplôme universitaire du deuxième cycle |
| ☐ Diplôme d'étude professionnel (DEP) | ☐ Diplôme universitaire du troisième cycle |
| ☐ Diplôme d'étude collégiale (DEC) | ☐ Autre : _____ |

14. Pouvez-vous nommer votre principal diagnostic de santé mentale ?

15. Avez-vous subi une hospitalisation en lien avec votre santé mentale ? Si vous répondez non, vous pouvez passer à la question 16.

- ☐ Oui ☐ Non

15a. Quand avez-vous été hospitalisé pour la dernière fois ?

- ☐ il y a moins de 3 mois
☐ il y a moins de 6 mois
☐ il y a moins de 1 an
☐ il y a moins 3 ans
☐ il y a moins de 5 ans
☐ : Autre : _____

15b. Quelle était la durée de votre dernière hospitalisation ?

- ☐ moins de 3 jours
☐ moins de 1 semaine
☐ moins de 1 mois
☐ moins de 3 mois
☐ moins de 6 mois
☐ Autre : _____

16. Fréquentez-vous un ou plusieurs de ces services présentement ?

- ☐ Organismes communautaires
☐ CLSC
☐ Groupes d'entraide
☐ Psychiatriques
☐ Psychologiques
☐ Autre, précisez : _____

17. Avez-vous déjà subi une expérience que vous jugez comme étant discriminatoire ? Si vous répondez non, vous pouvez passer à la question 18.

- ☐ Oui ☐ Non

17a. Si vous avez répondu oui à la question précédente, pouvez-vous indiquer à quelle fréquence cela vous est arrivé ?

- ☐ Une ou deux fois
- ☐ À quelques reprises
- ☐ Souvent
- ☐ Très souvent

17b. Cochez à quel(s) moment(s) cela vous est arrivé ? Cochez toutes les réponses possibles.

- ☐ Lors de moments passés avec des membres de la famille
- ☐ Lors de sortie(s) avec des amis
- ☐ À l'hôpital ou avec des intervenants de la santé et des services sociaux
- ☐ Dans le cadre d'un travail ou d'une implication bénévole
- ☐ Lorsque je suis dans mon quartier ou dans ma ville

Partie 2 : Veuillez bien lire les choix de réponses, ceux-ci peuvent différer d'une question à l'autre

Ces premières questions visent à mesurer la perception que vous avez de vous-même.

18. Je pense que je suis une personne de valeur, ou au moins égal(e) à n'importe qui d'autre.

- ☐ Tout à fait en désaccord
- ☐ Plutôt en désaccord
- ☐ Plutôt en accord
- ☐ Tout à fait en accord

19. Je pense que je possède un certain nombre de belles qualités.

- ☐ Tout à fait en désaccord
- ☐ Plutôt en désaccord
- ☐ Plutôt en accord
- ☐ Tout à fait en accord

20. Tout bien considéré, je suis porté(e) à me considérer comme un(e) raté(e).

- ☐ Tout à fait en désaccord
- ☐ Plutôt en désaccord
- ☐ Plutôt en accord
- ☐ Tout à fait en accord

21. Je suis capable de faire les choses aussi bien que la majorité des gens.

- ☐ Tout à fait en désaccord
- ☐ Plutôt en désaccord
- ☐ Plutôt en accord
- ☐ Tout à fait en accord

22. Je sens peu de raisons d'être fier(e) de moi.

- ☐ Tout à fait en désaccord
- ☐ Plutôt en désaccord
- ☐ Plutôt en accord
- ☐ Tout à fait en accord

23. J'ai une attitude positive vis-à-vis moi-même.

- ☐ Tout à fait en désaccord
- ☐ Plutôt en désaccord
- ☐ Plutôt en accord
- ☐ Tout à fait en accord

24. Dans l'ensemble je suis satisfait(e) de moi.

- ☐ Tout à fait en désaccord
- ☐ Plutôt en désaccord
- ☐ Plutôt en accord
- ☐ Tout à fait en accord

25. J'aimerais avoir plus de respect pour moi-même.

- ☐ Tout à fait en désaccord
- ☐ Plutôt en désaccord
- ☐ Plutôt en accord
- ☐ Tout à fait en accord

26. Parfois je me sens vraiment inutile.

- ☐ Tout à fait en désaccord
- ☐ Plutôt en désaccord
- ☐ Plutôt en accord
- ☐ Tout à fait en accord

27. Il m'arrive de penser que je suis un(e) bon(ne) à rien.

- ☐ Tout à fait en désaccord
- ☐ Plutôt en désaccord
- ☐ Plutôt en accord
- ☐ Tout à fait en accord

Les questions suivantes visent à mesurer les préjugés intériorisés.

28. J'ai le sentiment de ne pas être à ma place dans le monde à cause de mon trouble mental.
- ☐ Pas du tout d'accord
 - ☐ Pas d'accord
 - ☐ D'accord
 - ☐ Tout à fait d'accord
29. Les gens avec un trouble mental ont tendance à être violents.
- ☐ Pas du tout d'accord
 - ☐ Pas d'accord
 - ☐ D'accord
 - ☐ Tout à fait d'accord
30. Les gens me traitent différemment des autres, parce que j'ai un trouble mental.
- ☐ Pas du tout d'accord
 - ☐ Pas d'accord
 - ☐ D'accord
 - ☐ Tout à fait d'accord
31. J'évite les contacts avec les gens qui n'ont pas de trouble mental pour éviter d'être rejetés.
- ☐ Pas du tout d'accord
 - ☐ Pas d'accord
 - ☐ D'accord
 - ☐ Tout à fait d'accord
32. Je suis embarrassé(e) ou honteux(euse) d'avoir un trouble mental.
- ☐ Pas du tout d'accord
 - ☐ Pas d'accord
 - ☐ D'accord
 - ☐ Tout à fait d'accord
33. Les gens avec un trouble mental ne devraient pas se marier.
- ☐ Pas du tout d'accord
 - ☐ Pas d'accord
 - ☐ D'accord
 - ☐ Tout à fait d'accord
34. Les gens avec un trouble mental apportent une importante contribution à la société.
- ☐ Pas du tout d'accord
 - ☐ Pas d'accord
 - ☐ D'accord
 - ☐ Tout à fait d'accord

35. Je me sens inférieur(e) à ceux qui n'ont pas de trouble mental.
- ☐ Pas du tout d'accord
 - ☐ Pas d'accord
 - ☐ D'accord
 - ☐ Tout à fait d'accord
36. Je n'ai pas autant d'activités sociales qu'avant parce que mon trouble mental pourrait me donner une apparence ou un comportement étrange.
- ☐ Pas du tout d'accord
 - ☐ Pas d'accord
 - ☐ D'accord
 - ☐ Tout à fait d'accord
37. Les personnes ayant un trouble mental ne peuvent pas avoir une vie agréable et valorisante.
- ☐ Pas du tout d'accord
 - ☐ Pas d'accord
 - ☐ D'accord
 - ☐ Tout à fait d'accord
38. Je ne parle pas beaucoup de moi parce que je ne veux pas ennuyer les autres avec mon trouble mental.
- ☐ Pas du tout d'accord
 - ☐ Pas d'accord
 - ☐ D'accord
 - ☐ Tout à fait d'accord
39. Les stéréotypes (ou les clichés) sur les troubles mentaux m'isolent du monde « normal ».
- ☐ Pas du tout d'accord
 - ☐ Pas d'accord
 - ☐ D'accord
 - ☐ Tout à fait d'accord
40. Quand je suis entouré(e) de gens qui n'ont pas de trouble mental, je ne me sens pas à ma place ou pas à la hauteur.
- ☐ Pas du tout d'accord
 - ☐ Pas d'accord
 - ☐ D'accord
 - ☐ Tout à fait d'accord
41. Je me sens à l'aise quand je suis vu en public avec une personne qui a manifestement un trouble mental.
- ☐ Pas du tout d'accord
 - ☐ Pas d'accord
 - ☐ D'accord
 - ☐ Tout à fait d'accord

42. Souvent les gens sont méprisants ou me traitent comme un enfant juste parce que j'ai un trouble mental.
- ☐ Pas du tout d'accord
 - ☐ Pas d'accord
 - ☐ D'accord
 - ☐ Tout à fait d'accord
43. Avoir un trouble mental a gâché ma vie.
- ☐ Pas du tout d'accord
 - ☐ Pas d'accord
 - ☐ D'accord
 - ☐ Tout à fait d'accord
44. Les gens peuvent dire que j'ai un trouble mental rien qu'en me voyant.
- ☐ Pas du tout d'accord
 - ☐ Pas d'accord
 - ☐ D'accord
 - ☐ Tout à fait d'accord
45. À cause de mon trouble mental, j'ai besoin que les autres prennent la plupart des décisions pour moi.
- ☐ Pas du tout d'accord
 - ☐ Pas d'accord
 - ☐ D'accord
 - ☐ Tout à fait d'accord
46. Je reste à l'écart des situations sociales pour éviter ma famille et mes amis d'être embarrassés.
- ☐ Pas du tout d'accord
 - ☐ Pas d'accord
 - ☐ D'accord
 - ☐ Tout à fait d'accord
47. Les personnes qui n'ont pas de trouble mental ne peuvent pas me comprendre.
- ☐ Pas du tout d'accord
 - ☐ Pas d'accord
 - ☐ D'accord
 - ☐ Tout à fait d'accord
48. Les gens m'ignorent ou ne me prennent pas au sérieux simplement parce que j'ai un trouble mental.
- ☐ Pas du tout d'accord
 - ☐ Pas d'accord
 - ☐ D'accord
 - ☐ Tout à fait d'accord

49. Je ne peux rien apporter à la société parce que j'ai un trouble mental.

- ☐ Pas du tout d'accord
- ☐ Pas d'accord
- ☐ D'accord
- ☐ Tout à fait d'accord

50. Vivre avec un trouble mental m'a rendu plus fort.

- ☐ Pas du tout d'accord
- ☐ Pas d'accord
- ☐ D'accord
- ☐ Tout à fait d'accord

51. Personne ne voudrait avoir une relation intime avec moi parce que j'ai un trouble mental.

- ☐ Pas du tout d'accord
- ☐ Pas d'accord
- ☐ D'accord
- ☐ Tout à fait d'accord

52. En général, je suis capable de vivre ma vie comme je le veux.

- ☐ Pas du tout d'accord
- ☐ Pas d'accord
- ☐ D'accord
- ☐ Tout à fait d'accord

53. Je peux avoir une vie épanouissante, malgré mon trouble mental.

- ☐ Pas du tout d'accord
- ☐ Pas d'accord
- ☐ D'accord
- ☐ Tout à fait d'accord

54. Les autres pensent que je ne peux pas faire grand-chose dans ma vie parce que j'ai un trouble mental.

- ☐ Pas du tout d'accord
- ☐ Pas d'accord
- ☐ D'accord
- ☐ Tout à fait d'accord

55. Les stéréotypes (ou les clichés) sur les troubles psychiques sont aussi valables pour moi.

- ☐ Pas du tout d'accord
- ☐ Pas d'accord
- ☐ D'accord
- ☐ Tout à fait d'accord

Ces questions visent à mesurer votre perception de vous-même au quotidien :

56. J'arrive toujours à résoudre mes problèmes si j'essaie assez fort.

- ☐ Pas du tout vrai
- ☐ À peine vrai
- ☐ Moyennement vrai
- ☐ Totalelement vrai

57. Si quelqu'un s'oppose à moi, je peux trouver une façon pour obtenir ce que je veux.

- ☐ Pas du tout vrai
- ☐ À peine vrai
- ☐ Moyennement vrai
- ☐ Totalelement vrai

58. C'est facile pour moi de maintenir mon attention sur mes objectifs et accomplir mes buts.

- ☐ Pas du tout vrai
- ☐ À peine vrai
- ☐ Moyennement vrai
- ☐ Totalelement vrai

59. J'ai confiance que je peux faire face efficacement aux événements inattendus.

- ☐ Pas du tout vrai
- ☐ À peine vrai
- ☐ Moyennement vrai
- ☐ Totalelement vrai

60. Grâce à ma débrouillardise, je sais comment faire face aux situations imprévues.

- ☐ Pas du tout vrai
- ☐ À peine vrai
- ☐ Moyennement vrai
- ☐ Totalelement vrai

61. Je peux résoudre la plupart de mes problèmes si j'investis les efforts nécessaires.

- ☐ Pas du tout vrai
- ☐ À peine vrai
- ☐ Moyennement vrai
- ☐ Totalelement vrai

62. Je peux rester calme lorsque je suis confronté(e) à des difficultés car je peux me fier à mes habiletés pour faire face aux problèmes.

- ☐ Pas du tout vrai
- ☐ À peine vrai
- ☐ Moyennement vrai
- ☐ Totalelement vrai

63. Lorsque je suis confronté à un problème, je peux habituellement trouver plusieurs solutions.

- ☐ Pas du tout vrai
- ☐ À peine vrai
- ☐ Moyennement vrai
- ☐ Totalelement vrai

64. Si je suis « coincé (e) », je peux habituellement penser à ce que je pourrais faire.

- ☐ Pas du tout vrai
- ☐ À peine vrai
- ☐ Moyennement vrai
- ☐ Totalelement vrai

65. Peu importe ce qui arrive, je suis capable d'y faire face généralement.

- ☐ Pas du tout vrai
- ☐ À peine vrai
- ☐ Moyennement vrai
- ☐ Totalelement vrai

Ces questions visent à mesurer votre niveau de rétablissement :

66. La peur ne m'empêche pas de vivre dans ma vie comme je le veux.

- ☐ Fortement en désaccord
- ☐ En désaccord
- ☐ Ni en accord ni en désaccord
- ☐ En accord
- ☐ Fortement en accord

67. Je peux faire face à ce qui arrive dans ma vie.

- ☐ Fortement en désaccord
- ☐ En désaccord
- ☐ Ni en accord ni en désaccord
- ☐ En accord
- ☐ Fortement en accord

68. Je m'apprécie moi-même.

- ☐ Fortement en désaccord
- ☐ En désaccord
- ☐ Ni en accord ni en désaccord
- ☐ En accord
- ☐ Fortement en accord

69. Si les gens me connaissaient vraiment, ils m'apprécieraient.

- ☐ Fortement en désaccord
- ☐ En désaccord
- ☐ Ni en accord ni en désaccord
- ☐ En accord
- ☐ Fortement en accord

70. J'ai une idée de qui je veux devenir.

- ☐ Fortement en désaccord
- ☐ En désaccord
- ☐ Ni en accord ni en désaccord
- ☐ En accord
- ☐ Fortement en accord

71. Quelque chose de bien arrivera éventuellement.

- ☐ Fortement en désaccord
- ☐ En désaccord
- ☐ Ni en accord ni en désaccord
- ☐ En accord
- ☐ Fortement en accord

72. J'ai espoir en l'avenir.

- ☐ Fortement en désaccord
- ☐ En désaccord
- ☐ Ni en accord ni en désaccord
- ☐ En accord
- ☐ Fortement en accord

73. Je continue d'avoir de nouveaux intérêts.

- ☐ Fortement en désaccord
- ☐ En désaccord
- ☐ Ni en accord ni en désaccord
- ☐ En accord
- ☐ Fortement en accord

74. Je peux faire face au stress.

- ☐ Fortement en désaccord
- ☐ En désaccord
- ☐ Ni en accord ni en désaccord
- ☐ En accord
- ☐ Fortement en accord

75. Je sais quand demander de l'aide.

- ☐ Fortement en désaccord
- ☐ En désaccord
- ☐ Ni en accord ni en désaccord
- ☐ En accord
- ☐ Fortement en accord

76. Je peux volontiers demander de l'aide.

- ☐ Fortement en désaccord
- ☐ En désaccord
- ☐ Ni en accord ni en désaccord
- ☐ En accord
- ☐ Fortement en accord

77. Je demande de l'aide, quand j'en ai besoin.

- ☐ Fortement en désaccord
- ☐ En désaccord
- ☐ Ni en accord ni en désaccord
- ☐ En accord
- ☐ Fortement en accord

78. J'ai un désir de réussir.

- ☐ Fortement en désaccord
- ☐ En désaccord
- ☐ Ni en accord ni en désaccord
- ☐ En accord
- ☐ Fortement en accord

79. J'ai mon propre plan sur comment être bien et le rester.

- ☐ Fortement en désaccord
- ☐ En désaccord
- ☐ Ni en accord ni en désaccord
- ☐ En accord
- ☐ Fortement en accord

80. J'ai des buts dans la vie que je veux atteindre.

- ☐ Fortement en désaccord
- ☐ En désaccord
- ☐ Ni en accord ni en désaccord
- ☐ En accord
- ☐ Fortement en accord

81. Je crois que je peux réaliser mes buts personnels.

- ☐ Fortement en désaccord
- ☐ En désaccord
- ☐ Ni en accord ni en désaccord
- ☐ En accord
- ☐ Fortement en accord

82. J'ai une raison d'être dans la vie

- ☐ Fortement en désaccord
- ☐ En désaccord
- ☐ Ni en accord ni en désaccord
- ☐ En accord
- ☐ Fortement en accord

83. Même quand je ne tiens plus à moi, d'autres le font.

- ☐ Fortement en désaccord
- ☐ En désaccord
- ☐ Ni en accord ni en désaccord
- ☐ En accord
- ☐ Fortement en accord

84. Je connais des personnes sur lesquelles je peux compter.

- ☐ Fortement en désaccord
- ☐ En désaccord
- ☐ Ni en accord ni en désaccord
- ☐ En accord
- ☐ Fortement en accord

85. Même quand je ne crois plus en moi-même, d'autres gardent confiance en moi.

- ☐ Fortement en désaccord
- ☐ En désaccord
- ☐ Ni en accord ni en désaccord
- ☐ En accord
- ☐ Fortement en accord

86. C'est important d'avoir une variété d'amis.

- ☐ Fortement en désaccord
- ☐ En désaccord
- ☐ Ni en accord ni en désaccord
- ☐ En accord
- ☐ Fortement en accord

87. Faire face à ma maladie mentale n'est plus l'objectif principal de ma vie.

- ☐ Fortement en désaccord
- ☐ En désaccord
- ☐ Ni en accord ni en désaccord
- ☐ En accord
- ☐ Fortement en accord

88. Mes symptômes interfèrent de moins en moins dans ma vie.

- ☐ Fortement en désaccord
- ☐ En désaccord
- ☐ Ni en accord ni en désaccord
- ☐ En accord
- ☐ Fortement en accord

89. Chaque fois qu'ils surviennent, mes symptômes me paraissent être un problème pour de plus courtes périodes de temps.

- ☐ Fortement en désaccord
- ☐ En désaccord
- ☐ Ni en accord ni en désaccord
- ☐ En accord
- ☐ Fortement en accord

Vous pouvez laisser des commentaires en lien avec le questionnaire ou parler de vos expériences personnelles :

[illegible]

Annexe C

Approbation éthique



Comité d'éthique de la recherche
Université du Québec à Chicoutimi

APPROBATION ÉTHIQUE

Dans le cadre de l'Énoncé de politique des trois conseils : éthique de la recherche avec des êtres humains 2 (2014) et conformément au mandat qui lui a été confié par la résolution CAD-7163 du Conseil d'administration de l'Université du Québec à Chicoutimi, approuvant la *Politique d'éthique de la recherche avec des êtres humains* de l'UQAC, le Comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'Université du Québec à Chicoutimi, à l'unanimité, délivre la présente approbation éthique puisque le projet de recherche mentionné ci-dessous rencontre les exigences en matière éthique et remplit les conditions d'approbation dudit Comité.

Les membres jugent que ce projet rencontre les critères d'une recherche à risque minimal.

Responsable(s) du projet de recherche :	<i>Madame Geneviève Fortin, Étudiante Maîtrise en travail social, UQAC</i>
Direction de recherche : <i>(telle qu'indiquée dans la demande d'approbation éthique)</i>	<i>Madame Christiane Bergeron-Leclerc, Professeure Département des sciences humaines et sociales, UQAC</i>
Projet de recherche intitulé :	<i>Les liens entre l'auto-stigmatisation, l'estime de soi, l'auto-efficacité et le rétablissement chez les personnes ayant des troubles mentaux</i>
No référence du certificat :	<i>602.595.01</i>
Financement :	<i>S/O Titre lors de la demande de financement :</i>

La présente est valide jusqu'au 7 février 2019.

Rapport de statut attendu pour le 7 janvier 2019 (rapport final).

N.B. le rapport de statut est disponible à partir du lien suivant : <http://recherche.uqac.ca/rapport-de-statut/>

Date d'émission initiale de l'approbation : 7 février 2018
Date(s) de renouvellement de l'approbation :

Tommy Chevette,
Professeur et président du Comité d'éthique de la
recherche avec des êtres humains de l'UQAC

Le 14 juillet 2020

RENOUVELLEMENT DE L'APPROBATION ÉTHIQUE

La présente atteste que le projet de recherche décrit ci-dessous a fait l'objet d'un renouvellement de l'approbation éthique émise par le CER-UQAC et qu'il satisfait aux exigences de la politique de l'Université du Québec à Chicoutimi en matière d'éthique de la recherche avec des êtres humains.

***** IMPORTANT-COVID-19:** Tout projet impliquant des interactions en personnes **ne peut se poursuivre d'ici le 1er septembre 2020**, à moins d'avoir obtenu une autorisation spécifique du CER à cet effet. Cette consigne sera révisée au cours du mois d'août selon l'évolution des mesures de protection sanitaire émises par la Santé publique. ***

Projet # : 2018-166, 602.595.01

Titre du projet de recherche: Le processus d'auto-stigmatisation en contexte de rétablissement en santé mentale.

Chercheur principal à l'UQAC

GENEVIEVE FORTIN, étudiante
Département des sciences humaines et sociales, UQAC

Direction / Codirection de recherche

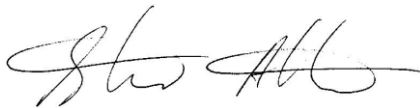
En provenance de l'UQAC: Christiane Bergeron-Leclerc

Date de l'approbation éthique initiale du projet : 07 février 2018

Date du prochain renouvellement : 07 janvier 2021.

N.B. Un rappel automatique vous sera envoyé par courriel quelques semaines avant l'échéance de votre certificat afin de remplir le formulaire F7 - Renouvellement annuel.

- Si votre projet se termine avant la date du prochain renouvellement, vous devrez remplir le formulaire **F9 - Fin de projet**.
- Si des modifications sont apportées à votre projet avant l'échéance du certificat, vous devrez remplir le formulaire **F8 - Modification de projet**.
- Tout nouveau membre de votre équipe de recherche devra être déclaré au CER-UQAC lors de votre prochaine demande de renouvellement ou lors de la fin de votre projet si le renouvellement n'est pas requis. ATTENTION: Vous devez faire signer une déclaration d'honneur aux personnes ayant accès aux participants (ou à des données nominatives sur les participants) et la conserver dans vos dossiers de recherche.
- Si vous avez des cochercheurs dans d'autres universités, veuillez leur transmettre ce certificat.
- Si votre projet est financé, le Décanat de la recherche et de la création sera mis en copie conforme afin de l'informer du renouvellement de votre certification éthique.



Stéphane Allaire

Annexe D

Formulaire d'information et de consentement concernant la participation

FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT CONCERNANT LA PARTICIPATION

Nous sollicitons votre participation à un projet de recherche intitulé: «Les liens entre l'auto-stigmatisation, l'estime de soi, l'auto-efficacité et le rétablissement chez les personnes ayant des troubles mentaux » .

RESPONSABLE(S) DU PROJET DE RECHERCHE

Cette recherche est menée par Geneviève Fortin, dans le cadre d'une maîtrise en travail social à l'Université du Québec à Chicoutimi. Tout au long du processus de la recherche, vous pouvez contacter l'étudiante à l'adresse suivante ou par téléphone :

Genevieve.fortin1@uqac.ca
418-545-5011
Poste 4252

Directrice de recherche

La recherche est supervisée par la professeure Christiane Bergeron-Leclerc du département de travail social à l'Université du Québec à Chicoutimi. Vous pouvez contacter celle-ci à l'adresse suivante ou par téléphone :

Christiane_Bergeron-Leclerc@uqac.ca
418-545-5011
Poste 4230

PRÉAMBULE

Nous sollicitons votre participation à un projet de recherche. Cependant, avant d'accepter de participer à ce projet et de signer ce formulaire d'information et de consentement, veuillez prendre le temps de lire, de comprendre et de considérer attentivement les renseignements qui suivent.

Ce formulaire peut contenir des mots que vous ne comprenez pas. Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles au chercheur responsable du projet ou aux autres membres du personnel affecté au projet de recherche et à leur demander de vous expliquer tout mot ou renseignement qui n'est pas clair.

NATURE, OBJECTIFS ET DÉROULEMENT DU PROJET DE RECHERCHE

Description du projet de recherche

Ce projet vise à approfondir les connaissances sur le processus d'intériorisation des préjugés envers les problématiques de santé mentale découlant de la stigmatisation déjà présente dans la société. La stigmatisation est d'ailleurs un enjeu important dans les services de soins en santé mentale, par contre peu de modèles théoriques tendent à décrire le processus d'intériorisation. D'après la littérature, l'estime de soi, ainsi que le sentiment d'auto-efficacité semblent être des variables importantes entre l'intériorisation des préjugés et le processus de rétablissement. L'objectif principal de cette recherche

et donc de vérifier les liens entre ces différents facteurs que sont l'intériorisation des préjugés, le processus de rétablissement, l'estime de soi et du sentiment d'auto-efficacité.

Déroulement

Après avoir donné un consentement éclairé en signant ce document, chaque participant devra remplir un questionnaire d'une durée d'environ 45 minutes. Il s'agit d'un questionnaire en deux parties. Dans un premier temps, le participant devra remplir une fiche avec des renseignements personnels. Par la suite, le questionnaire comprend quatre outils de mesures à choix de réponse visant à mesurer l'auto-stigmatisation (29 items), l'estime de soi (10 items), l'auto-efficacité (10 items) ainsi que le processus de rétablissement (24 items).

AVANTAGES, RISQUES ET/OU INCONVÉNIENTS ASSOCIÉS AU PROJET DE RECHERCHE

Le projet de recherche n'entraîne pas de risque grave ou de désavantage important pour le répondant, hors d'avoir à consacrer le temps nécessaire estimé à environ 45 minutes pour répondre au questionnaire. Il est possible que le participant repense au sujet de la recherche, car la prise de conscience des stéréotypes peut entraîner une réflexion au sujet de sa place dans la société. Dans ce cas, le participant est invité à partager ses réflexions avec un intervenant de l'organisme avec qui il aura été mis en lien. Le participant peut aussi utiliser le service de consultation téléphonique gratuit et confidentiel d'**Info-Social (811)**. Par ailleurs, les résultats obtenus contribueront à l'avancement des connaissances dans le domaine du travail social en santé mentale.

CONFIDENTIALITÉ DES DONNÉES

Toutes les évaluations seront conservées de façon confidentielle. Chaque participant possède un code unique d'accès au système informatisé et les chercheurs seront les seules personnes qui peuvent accéder à cette information codée à l'aide d'un mot de passe. Les données seront conservées pendant une période de 7 ans, puis détruites par la suite.

PARTICIPATION VOLONTAIRE ET DROIT DE RETRAIT

Votre participation à ce projet de recherche est volontaire. Vous êtes donc libre de refuser d'y participer en ne répondant pas au questionnaire envoyé. En aucun cas le consentement de participer à la recherche implique que le participant renonce à ses droits légaux ni ne décharge les chercheurs, les promoteurs ou les institutions impliquées de leurs responsabilités légales et professionnelles.

INDEMNITÉ COMPENSATOIRE

Aucune rémunération ou compensation n'est offerte en participant à ce projet de recherche.

Ce projet de recherche est sous la supervision du comité d'éthique de recherche (CER) de l'UQAC. Vous pouvez contacter les personnes y travaillant à ces coordonnées :

Comité d'éthique de la recherche
Décanat de la recherche et de la création
555, boul. de l'Université
Chicoutimi (Québec)
G7H 2B1

Tél. : 418 545-5011 poste 4704
Courrier électronique : cer@uqac.ca

PERSONNE-RESSOURCE

Si vous avez des questions concernant le projet de recherche ou si vous éprouvez un problème que vous croyez lié à votre participation au projet de recherche, vous pouvez communiquer avec le responsable du projet de recherche aux coordonnées suivantes :

Geneviève Fortin
Étudiante à la maîtrise en travail social
genevieve.fortin1@uqac.ca
418-545-5011 Poste 4252

CONSENTEMENT du participant

J'ai pris connaissance du formulaire d'information et de consentement et je comprends suffisamment bien le projet pour que mon consentement soit éclairé. Je suis satisfait des réponses à mes questions et du temps que j'ai eu pour prendre ma décision.

Je consens à participer à ce projet de recherche aux conditions qui y sont énoncées. Je comprends que je suis libre d'accepter de participer et que je pourrai me retirer en tout temps de la recherche si je le désire, sans aucun préjudice ni justification de ma part. Une copie signée et datée du présent formulaire d'information et de consentement m'a été remise.

Nom et signature du participant

Date

Signature de la personne qui a obtenu le consentement si différent du chercheur responsable du projet de recherche.

J'ai expliqué au sujet de recherche les termes du présent formulaire d'information et de consentement et j'ai répondu aux questions qu'il m'a posées.

Nom et signature de la personne qui obtient le consentement

Date

Signature et engagement du chercheur responsable du projet

Je certifie qu'un membre autorisé de l'équipe de recherche a expliqué au participant les termes du formulaire, qu'il a répondu à ses questions et qu'il lui a clairement indiqué qu'il pouvait à tout moment mettre un terme à sa participation, et ce, sans préjudice.

Je m'engage, avec l'équipe de recherche, à respecter ce qui a été convenu au formulaire d'information et de consentement et à en remettre une copie signée au sujet de recherche.

Nom et signature du chercheur responsable du projet de recherche

Date

Annexe E

Matrice de corrélation de Pearson des échelles de l'estime de soi et de l'auto-efficacité ainsi que des sous-échelles des stéréotypes intériorisés et du rétablissement

	AS_A	AS_SA	AS_D	AS_RS	AS_R	R_C	R_V	R_B	R_D	R_S	ES	AE
AS_A	1	0,60**	0,70**	0,72**	0,55**	-0,57**	-0,26**	-0,47**	-0,36**	-0,47**	-0,67**	-0,54**
AS_SA		1	0,53**	0,64**	0,46**	-0,43**	-0,13	-0,35**	-0,33**	-0,29**	-0,47**	-0,39**
AS_D			1	0,69**	0,39**	-0,34**	-0,11	-0,31**	-0,27**	-0,31**	-0,40**	-0,37**
AS_RS				1	0,41**	-0,50**	-0,20*	-0,44**	-0,30**	-0,37**	-0,57**	-0,53**
AS_R					1	-0,58**	-0,24**	-0,53**	-0,30**	-0,40**	-0,51**	-0,45**
R_C						1	0,49**	0,82**	0,45**	0,58**	0,73**	0,77**
R_V							1	0,50**	0,39**	0,26**	0,29**	0,39**
R_B								1	0,47**	0,48**	0,64**	0,70**
R_D									1	0,28**	0,38**	0,42**
R_S										1	0,43**	0,51**
ES											1	0,66*
AE												1

** p < 0,01 * p < 0,05

AS_A : Aliénation de (ISMI)

AS_SA : Stéréotypes anticipés (ISMI)

AS_D : Discrimination perçue (ISMI)

AS_RS : Retrait social (ISMI)

AS_R : Résistance à la stigmatisation (ISMI)

R_C : Confiance personnelle et espoir (Rétablissement)

R_V : Volonté de demander de l'aide (Rétablissement)

R_B : Buts et orientation vers le succès (Rétablissement)

R_D : Dépendance à autrui (Rétablissement)

R_S : Adaptation aux symptômes (Rétablissement)

ES : Estime de soi

AE : Auto-efficacité