



**HAL**  
open science

## La stigmatisation sociale des personnes vivant avec la schizophrénie : une revue systématique de la littérature

Dimitrios Lampropoulos, David Fonte, Thémis Apostolidis

### ► To cite this version:

Dimitrios Lampropoulos, David Fonte, Thémis Apostolidis. La stigmatisation sociale des personnes vivant avec la schizophrénie : une revue systématique de la littérature. *L'Évolution Psychiatrique*, 2019, 84 (2), pp.346-363. 10.1016/j.evopsy.2018.09.002 . hal-02541585

**HAL Id: hal-02541585**

**<https://hal.science/hal-02541585>**

Submitted on 25 Oct 2021

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

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



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial 4.0 International License

**La stigmatisation sociale des personnes vivant avec la schizophrénie : une revue  
systématique de la littérature**

*The social stigmatization of people with schizophrenia: a systematic review*

Dimitrios Lampropoulos<sup>1,\*</sup>, David Fonte<sup>2</sup>, Thémis Apostolidis<sup>3</sup>

1 Attaché temporaire d'enseignement et de recherche, Aix Marseille Univ, LPS, Aix en  
Provence, France

2 Docteur en Psychologie Sociale, Aix Marseille Univ, LPS, Aix en Provence, France

3 Professeur de Psychologie Sociale, Aix Marseille Univ, LPS, Aix en Provence, France

\*Auteur correspondant : M Dimitrios Lampropoulos  
Adresse e-mail : dimilamprop@gmail.com

Toute référence à cet article doit porter mention : Lampropoulos D, Fonte D, Apostolidis T. La stigmatisation sociale des personnes vivant avec la schizophrénie : une revue systématique de la littérature. *Evol psychiatr*2019 ; 84 (2) : pages (pour la version papier) ou URL [date de consultation] (pour la version électronique)

## 1. Introduction

Depuis plusieurs années, la stigmatisation est une thématique centrale dans le champ de la santé mentale. La notion de stigmaté a été définie par le sociologue Erving Goffman comme un attribut qui, en fonction d'un contexte spécifique, est susceptible de jeter un discrédit sur la personne qui en est affligée, conduisant alors à des processus de discrimination ou d'exclusion sociale [1]. Dans le contexte psychiatrique, le diagnostic d'un trouble psychique constitue souvent un attribut stigmatisant et discréditant pour les personnes concernées [2]. La stigmatisation dont elles font l'objet est alors susceptible d'impacter leur capacité d'agir avec autonomie [3], leur intégration sociale et professionnelle [4], leurs modes de recours aux soins et l'évolution de leur pathologie [5,6], ou bien encore leur risque de mortalité [7]. Autrement dit, la stigmatisation attachée au diagnostic psychiatrique aurait des conséquences non seulement sur le bien-être des personnes concernées et de leur entourage, mais également sur la pratique quotidienne des professionnels de santé mentale. Pour ces raisons, l'Organisation Mondiale de la Santé a établi que la stigmatisation des personnes vivant avec un trouble psychique devait constituer un impératif majeur de santé publique et de prise en charge thérapeutique [8,9]. À travers le plan psychiatrie et santé mentale 2011-2015 intitulé « Prévenir et réduire les ruptures pour mieux vivre avec des troubles psychiques », le Gouvernement français a également établi comme une véritable priorité de santé l'intégration sociale et l'insertion professionnelle de ce type de population.

La littérature distingue trois principaux types de stigmatisation [10] ; la *stigmatisation sociale*, qui renvoie aux réactions du grand public envers les personnes souffrant de schizophrénie ; la *stigmatisation structurelle*, qui est produite par les institutions telles que la Justice et les médias ; et l'*auto-stigmatisation*, qui concerne l'intériorisation de l'image sociale négative de la schizophrénie de la part des personnes concernées et l'imposition par

eux-mêmes de contraintes dans leur vie. La présente recherche se focalise sur la stigmatisation sociale des troubles psychiques, un phénomène qui semble perdurer malgré le grand nombre de campagnes d'information scientifique développées au niveau international pour lutter contre la stigmatisation [11,12]. Le bilan de ces actions de déstigmatisation présente toutefois des effets mitigés, voire contre-productifs. Des méta-analyses montrent que l'actualisation du niveau de connaissance sur le fonctionnement biogénétique des troubles psychiques contribue soit à maintenir soit à augmenter la stigmatisation des personnes vivant avec ce type de troubles [13,14]. Plusieurs interprétations psychosociales ont été avancées pour expliquer ce phénomène. Par exemple, Jodelet explique ces résultats à travers le fait que l'étiologie biogénétique inscrit le trouble psychique dans le corps et active des croyances archaïques sur le fonctionnement organique de la folie [15]. On trouve ainsi l'idée que l'individu ne se contrôle pas et que son trouble psychique peut se transmettre par les liquides corporels, ces croyances conduisant à le rendre plus inquiétant et à établir une distance sociale avec lui [16]. D'autres auteurs, comme Haslam, soulignent le fait que l'étiologie biogénétique contribue à renforcer les théories essentialistes impliquées dans la légitimation des divisions sociales et de la ségrégation [17].

Si la diffusion des connaissances scientifiques est importante pour lutter contre la stigmatisation des personnes vivant avec un trouble psychique, cette stratégie ne semble pas suffisante pour changer les mentalités à leur égard. Il est alors nécessaire de prendre en compte le système de croyances ainsi que les rapports socio-symboliques qui sont en jeu dans le processus de stigmatisation et dans lesquels ces connaissances s'intègrent [15]. Ce travail demeure toutefois difficile à réaliser en raison d'une tendance à réduire le caractère « social » de la notion de stigmaté telle que conceptualisée à l'origine dans le travail princeps de Goffman [1]. Face aux approches individuelles et informationnelles de la stigmatisation des troubles psychiques, Link et ses collaborateurs ont proposé de redéfinir les processus

psychosociaux en jeu dans ce phénomène [18,19] : un individu serait d'abord distingué et étiqueté en raison d'une différence spécifique ; l'étiquetage serait ensuite associé à des stéréotypes négatifs formés par la culture dominante ; il en résulterait une mise à distance sociale à travers la distinction « eux-nous » et la construction d'une identité sociale dévalorisée ; ces réactions seraient favorisées par des émotions négatives éprouvées à l'égard du porteur de l'étiquette ; elles conduiraient alors l'individu étiqueté à perdre son statut sociopolitique et à être victime de discrimination et d'inégalités sociales. Dans le modèle de ces auteurs, les processus d'étiquetage et de stigmatisation doivent être considérés en lien avec les rapports asymétriques et de pouvoir qui caractérisent la relation entre l'individu étiqueté et les autres, les « normaux » et surtout ceux disposant d'une légitimité institutionnelle à étiqueter [20]. Ces rapports de pouvoir se traduiraient par des rapports d'exploitation entre groupes dominants et groupes stigmatisés, mais également par des rapports de cohésion au sein des groupes dominants qui aboutissent à la conservation de leur pouvoir et au renforcement des normes à l'intérieur de ces groupes.

En tant que phénomène complexe et polymorphe, la stigmatisation sociale reste définie de façon peu précise dans le champ de la santé mentale [18,21]. La compréhension des processus impliqués dans ce type de stigmatisation représente pourtant un enjeu important pour les professionnels qui participent à la conception, à la mise en œuvre et à l'évaluation de dispositifs d'intervention luttant contre la stigmatisation des troubles psychiques dans le contexte français. Un état des lieux identifiant les méthodes utilisées et les connaissances produites dans la littérature portant sur la stigmatisation des troubles psychiques permettrait d'apporter des préconisations pertinentes pour aider ces professionnels à travailler à la déstigmatisation des personnes concernées.

La schizophrénie constitue selon nous un domaine prototypique pour explorer cette question. En effet, la schizophrénie compte parmi les troubles psychiques qui renvoient aux

attitudes et aux croyances les plus stigmatisantes [22]. En effet, l'analyse de la presse française a montré que la présentation médiatique de la schizophrénie est particulièrement stigmatisante, avec l'emploi systématique du terme comme métaphore pour dévaluer l'opposition politique ainsi qu'avec l'association du trouble au crime et à la violence [23]. Une recherche effectuée auprès d'un échantillon représentatif de la population française montre également que, comparativement à la dépression majeure, la schizophrénie est davantage associée à la dangerosité et à la causalité biogénétique et fait l'objet d'un plus grand rejet social [24]. Il a également été montré qu'il s'agit du trouble pathologique pour lequel les modèles biogénétiques et les approches informationnelles ont le plus échoué, dans la mesure où c'est dans le contexte de la schizophrénie qu'ils génèrent le niveau de dangerosité perçue et de distance sociale le plus élevé [13]. Pourtant, l'analyse de la littérature montre que la plupart des revues portent sur la stigmatisation des troubles psychiques en général [19], sur l'impact de l'auto-stigmatisation [25], voire sur l'efficacité des connaissances dans la réduction de la stigmatisation [26,27]. À notre connaissance, aucune revue systématique n'a porté de façon spécifique sur les processus psychosociaux de la stigmatisation sociale de la schizophrénie. Nous avons donc réalisé un travail sur cette question à travers trois objectifs :

- Tout d'abord, il s'agissait de faire l'inventaire des critères utilisés en fonction des méthodes pour étudier la stigmatisation des personnes vivant avec une schizophrénie;
- Ensuite, il s'agissait d'évaluer la relation entre les attitudes stigmatisantes envers ces personnes et les autres variables mesurées dans la littérature ;
- Enfin, il s'agissait d'élaborer une réflexion critique sur la manière dont la stigmatisation sociale est appréhendée dans le but de proposer de nouvelles pistes d'avancements pour la recherche et pour l'action de terrain.

## 2. Méthode

### 2.1. Sélection des articles

Une revue systématique de la littérature a été réalisée afin de sélectionner les articles qui portaient sur l'étude de la stigmatisation sociale des personnes diagnostiquées avec une schizophrénie (les étapes successives de cette sélection sont présentées dans la Figure 1). Pour ce faire, une recherche de type booléenne a été réalisée sur les bases de données PubMed et PsycINFO avec les mots-clés suivants : « stigma AND schizophrenia AND mental illness ». Ont été retenus les articles en langue anglaise ou française publiés jusqu'en décembre 2016. Les articles portant sur une forme autre que la stigmatisation sociale de la schizophrénie ont été exclus (i.e., stigmatisation vécue, auto-stigmatisation, stigmatisation structurelle). Les articles qui ne portaient pas sur une recherche empirique (e.g., revue de littérature, méta-analyse, dissertation) ou sur une évaluation de campagne de déstigmatisation ont également été exclus. La sélection des articles a été réalisée à partir de trois étapes successives de lecture : les critères d'exclusion ont été utilisés pour la lecture des titres, puis des résumés, et enfin du contenu des articles.

Emplacement (fig 1)

### 2.2. Analyse des articles

Les articles retenus ont été intégralement lus pour en extraire : (a) les éléments descriptifs généraux (nom des auteurs, année de publication, contexte continental, population-cible) ; (b) les critères et les méthodes utilisés pour appréhender la stigmatisation ; (c) les principaux résultats communiqués. Lorsque ces résultats étaient de nature qualitative, les

éléments les plus fréquents ou les plus saillants ont été synthétisés. Lorsqu'ils étaient de nature quantitative, des analyses descriptives ont été effectuées. Plus précisément, il s'agissait d'évaluer la proportion d'études ayant observé une relation entre une mesure de stigmatisation envers les personnes vivant avec une schizophrénie et l'ensemble des variables considérées par les auteurs. Il s'agissait également de déterminer la direction, positive ou négative, de chaque relation significative (un seuil de 0,05 a été retenu). Notre méthode d'analyse et notre choix des variables examinées se sont inspirés d'une revue de littérature réalisée par Livingston et Boyd [28] sur les facteurs associés à l'auto-stigmatisation.

### **3. Résultats**

#### *3.1. Éléments descriptifs généraux*

Un total de 113 articles a été retenu dans la présente revue [22,29–140]. Tous ces articles ont été rédigés uniquement en langue anglaise, ce qui souligne l'absence d'article rédigés en français selon nos critères de recherche. Parmi ces articles, 39,8 % portent spécifiquement sur la schizophrénie tandis que 60,2 % portent également sur d'autres types de troubles psychiques. Les articles inclus ont été publiés entre 1994 et 2016. On observe une hausse des publications sur la stigmatisation sociale de la schizophrénie après 2006, avec des taux d'articles de 31,0 % pour la période 2007-2011 et de 47,8 % pour la période 2012-2016. Concernant le contexte continental, 36,3 % des recherches issues des articles ont été réalisées en Europe (dont 18,6 % en Allemagne), 35,4 % en Amérique (dont 23,9 % aux Etats-Unis), 22,1 % en Asie (dont 11,5 % au Japon), 11,5 % en Océanie, et enfin 2,7 % en Afrique. Les populations ciblées par ces recherches sont principalement des populations tout venant (60,2 %) ou des étudiants qui sont au début d'un cursus en Sciences Humaines et Sociales

(23,9 %). Des populations plus spécifiques ont également été ciblées. Il s'agissait d'enfants et d'adolescents (5,3 %), de personnes issues de minorités ethniques (4,4 %), et de personnes dont l'un de leurs proches souffre de schizophrénie (3,5 %).

### 3.2. Recherches quantitatives : la mesure de la stigmatisation sociale

Les articles analysés portent à 93,8 % sur des recherches quantitatives, dont la grande majorité recourt à des échelles de mesure visant à appréhender la stigmatisation sociale (aucunes d'entre elles n'a fait l'objet d'une traduction et d'une validation dans le contexte français). Pour ce faire, une *échelle de distance sociale* a été utilisée dans 73 articles. La principale échelle utilisée est celle que Link et ses collaborateurs ont proposée pour l'étude de la stigmatisation des personnes vivant avec un trouble psychique [141], elle-même adaptée d'une échelle élaborée par Bogardus en 1925 pour mesurer le niveau de distance sociale souhaité avec des personnes issues de minorités ethniques [142]. Le questionnaire est composé de 7 items invitant le répondant à indiquer à quel point il serait prêt à maintenir une distance avec une personne étiquetée avec un trouble psychique en fonction de différentes situations de proximité sociale (e.g., un voisin, un collègue, un membre de sa famille). Les réponses sont données sur une échelle de Likert allant de 0 (*vraiment indisposé*) à 3 (*vraiment disposé*).

Une *échelle de discrimination-dévaluation* a été utilisée dans 7 articles. Cette échelle en 12 items a été développée par Link [141]. Elle mesure les niveaux de discrimination et de dévaluation que le répondant perçoit lorsqu'il doit s'imaginer comment « la plupart des gens » perçoivent les personnes étiquetées avec un trouble psychique (e.g., « une personne qui a été atteinte d'un trouble psychique est aussi intelligente que les autres », « la plupart des gens méprisent les personnes qui ont été hospitalisées pour un trouble psychique », « la plupart des

gens croient que le fait d'être hospitalisé pour un trouble psychique est un signe d'échec personnel »). Les réponses sont données sur une échelle de Likert allant de 1 (*pas du tout d'accord*) à 6 (*tout à fait d'accord*).

Une *échelle sémantique différentielle* a également été utilisée dans cinq articles. Celle-ci a été développée par Nunnally [143] pour l'étude de la stigmatisation des personnes étiquetées avec un trouble psychique. Dans la première condition, le répondant est invité à décrire un groupe social (e.g., « les personnes souffrant de schizophrénie ») à partir de 14 paires d'adjectifs distanciés par une échelle d'Osgood allant de 1 (e.g., « froid » ou « incompétent ») à 7 (e.g., « chaleureux » ou « compétent »). Dans une deuxième condition, le répondant est invité à remplir le questionnaire une nouvelle fois, soit pour se décrire lui-même soit pour décrire « une personne moyenne ». Un score significativement plus faible dans la première condition par rapport à la deuxième indique que le groupe social considéré fait l'objet d'une description dévalorisante, traduisant ainsi l'adoption d'une attitude stigmatisante à son égard.

Un *questionnaire d'attributions*, initialement développé par Corrigan [144], a été utilisé dans cinq articles pour évaluer la stigmatisation sociale. Il a été construit pour évaluer la conduite d'un personnage fictif décrit dans une histoire et présenté sous forme de vignette. Les caractéristiques du personnage ou de la situation peuvent être changées en fonction des conditions expérimentales (e.g., personne étiquetée comme schizophrène ou non, personne schizophrène vivant dans un milieu favorisé ou défavorisé) afin d'observer la variation des réponses au questionnaire. Ce dernier se compose de 21 items mesurant : le niveau de responsabilité personnelle attribué au personnage pour expliquer sa situation ; les émotions ressenties à la lecture de l'histoire de ce personnage (e.g., la pitié, la colère ou la peur) ; ainsi que des stratégies comportementales que le répondant pense devoir adopter s'il était réellement confronté à ce personnage (e.g., stratégie d'assistance, d'évitement ou de

ségrégation). Les réponses sont données sur une échelle de Likert allant de 1 (*pas du tout*) à 0 (*tout à fait*).

Le *Test d'Association Implicite* [145] a été utilisé dans trois articles. Souvent utilisé pour évaluer les préjugés xénophobes ou sexistes, ce test réalisé par ordinateur vise à mesurer le temps de réponse mis par le répondant lorsqu'il doit associer spontanément des mots positifs et négatifs à différents membres de groupes sociaux. Les articles justifient le recours à ce test à travers le fait qu'il permet d'échapper au biais de désirabilité sociale inhérent aux mesures déclaratives telles que proposées par les précédentes échelles, en étudiant des idées présentes dans la mémoire implicite et qui s'associent de façon automatique sans que le répondant en ait nécessairement conscience. Les mots utilisés par ces articles renvoyaient donc à différents adjectifs positifs ou négatifs (e.g., « bon », « mauvais », « dangereux », « intéressant ») pour caractériser les « schizophrènes » et d'autres catégories d'individus. Un temps de réponse significativement plus faible lorsque le répondant doit associer un mot négatif aux « schizophrènes » par rapport à d'autres catégories sociales (et un temps de réponse plus élevé pour des mots positifs) traduit la présence de préjugés implicites stigmatisants à l'égard des personnes vivant avec ce trouble psychique.

Enfin, trois articles ont eu recours à une échelle développée dans le cadre de l'étude *Omnibus* [48], deux articles ont utilisé l'échelle *Mental Illness Stigma* [49], et neuf articles ont construit une *échelle de mesure ad hoc* au contexte de la population étudiée. Notons que deux articles ont également évalué le niveau de stigmatisation des personnes schizophrènes à travers des *mesures physiologiques* du stress telles que la réactivité cardiovasculaire [57] et le niveau de cortisol [89].

### *3.3. Recherches quantitatives : les facteurs associés à la stigmatisation sociale*

Le Tableau 1 présente l'ensemble des facteurs que les articles ont appréhendé dans le but d'étudier leurs relations statistiques avec la stigmatisation sociale de la schizophrénie. Ainsi, nous retrouvons 44 articles qui présentent des résultats sur les caractéristiques des participants et 5 sur les caractéristiques des personnes étiquetées comme schizophrènes. D'autres facteurs liés à la conceptualisation du trouble étaient également étudiés, tels que l'étiquetage ou non de « schizophrène » (29 articles), ainsi que les stéréotypes associés à la schizophrénie (15 articles) et les causes attribuées à ce trouble psychique (23 articles).

Le seul facteur sociodémographique ayant montré de façon systématique une relation significative avec la stigmatisation est l'âge (21 articles). Cette relation était significativement positive dans la quasi-totalité des cas (19 articles), ce qui signifie que les personnes les plus âgées auraient tendance à davantage stigmatiser que les personnes les moins âgées. En revanche, les autres caractéristiques sociodémographiques tels que le sexe, le niveau d'éducation, le fait d'avoir un emploi, le niveau des revenus, le statut marital et la religion ont dans la plupart des cas une relation non-significative avec la stigmatisation. Par ailleurs, deux articles comparant une origine « occidentale » et une origine « non-occidentale » donnent des résultats inconsistants.

Les articles qui ont travaillé sur l'impact de l'étiquetage sur la stigmatisation nous montrent de façon nette l'impact stigmatisant des étiquettes sur les attitudes des sujets. Sur 28 articles portant sur cette question, 25 d'entre eux présentent une relation positive entre la stigmatisation et le fait d'attribuer une étiquette à une personne présentée par des vignettes comme ayant des symptômes qui caractérisent la schizophrénie. Concernant les savoirs à propos de la schizophrénie, plus les gens considèrent que la schizophrénie est une maladie curable, moins ils ont des attitudes stigmatisantes envers les personnes qui en souffrent. De plus, quatre articles ont eu comme résultat une relation négative entre la stigmatisation et la croyance de continuité entre normalité et la schizophrénie. Pour les causes attribuées à la

schizophrénie, des articles ont montré une plus forte stigmatisation lorsque qu'une causalité biogénétique est attribuée à la schizophrénie ou lorsque les personnes qui en souffrent sont considérées comme étant personnellement responsables de l'apparition de ce trouble. En revanche, certains articles ont montré l'impact positif d'une causalité psychosociale associée au trouble (e.g., la schizophrénie comme un trouble associé au stress de la vie, aux difficultés et aux problèmes de la vie sociale, professionnelle ou relationnelle des individus). Enfin, quelques articles ont montré une relation positive entre la familiarité avec les personnes souffrant de schizophrénie et l'adoption d'une attitude moins stigmatisante à leur égard.

En outre, des articles portant sur la question des émotions ont montré que la peur et la colère éprouvées envers une personne présentée comme schizophrène sont positivement corrélées avec l'adoption d'une attitude stigmatisante à leur égard. Un article a également présenté une relation négative entre la pitié ressentie envers les personnes « schizophrènes » et la stigmatisation. D'autres articles ont plutôt travaillé sur le lien entre les caractéristiques d'une personne fictive décrite dans une vignette comme ayant été diagnostiquée avec une schizophrénie. Les résultats ont montré une plus forte tendance à la stigmatisation lorsque cette personne est présentée comme étant de sexe masculin ou sans activité professionnelle, mais également lorsqu'elle est présentée comme appartenant à un groupe social différent de ses propres groupes d'appartenance.

Nous avons également trouvé une corrélation positive entre la stigmatisation et l'orientation à la dominance sociale, un facteur idéologique qui mesure à quel degré les individus adhèrent à l'idée que les groupes sociaux sont fondamentalement régis par des relations d'inégalité et de dominance. De plus, la stigmatisation fait l'objet d'une relation positive avec le conservatisme (mesuré comme la préférence pour la sécurité, la conformité et la tradition) et la valeur d'autoréalisation (mesurée comme la poursuite du pouvoir et de la réussite). Une recherche montre également une relation positive entre la distance sociale

souhaitée et les attentes normatives des sujets, à savoir le niveau de distance sociale perçu que les « autres importants » souhaiteraient d'une personne étiquetée comme schizophrène. Enfin, une recherche a aussi montré une relation négative entre les attitudes stigmatisantes et la valeur de l'auto-transcendance, cette dernière étant mesurée comme le degré de préférence pour la bienveillance et l'universalisme (Tableau 1).

### *3.4. Recherches qualitatives : savoirs profanes, contexte culturel et stigmatisation*

Parmi les articles analysés, seulement 6,2 % ont utilisé une méthode qualitative. Les critères explorés par ces articles se réfèrent principalement à des données subjectivées recueillies au moyen d'entretiens semi-directifs visant à explorer les théories culturelles et morales mobilisées pour penser la schizophrénie. Par exemple, Yang et ses collaborateurs ont effectué des entretiens auprès de personnes ayant un membre de leur famille vivant avec une schizophrénie afin d'explorer le rôle des représentations spécifiques à la culture chinoise dans la stigmatisation de ce trouble mental [129]. Plus précisément, les auteurs montrent comment le concept idiomatique de la pensée excessive est mobilisé pour décrire les symptômes de la schizophrénie et pour expliquer l'étiologie du trouble. Ils ont également montré que les réactions sociales diffèrent selon que les participants se représentent l'attitude de la personne comme la manifestation d'une « maladie mentale » ou comme la manifestation d'une « pensée excessive ». La première conception mobiliserait un imaginaire davantage marqué par l'idée de dangerosité et d'imprévisibilité que la deuxième conception, ce qui conduirait à des réactions moins inclusives et au maintien d'une distance sociale plus forte avec la personne manifestant des symptômes de la schizophrénie.

De leur côté, Schomerus et ses collaborateurs ont exploré les termes que les allemands et les russes associent à la schizophrénie à travers une enquête d'associations verbales [146].

Plus précisément, ils ont demandé aux participants d'indiquer tout ce qui leur vient spontanément à l'esprit lorsqu'ils lisent le terme « schizophrénie ». Cette recherche interculturelle a ainsi permis de mettre en évidence des différences significatives dans l'expression de représentations stigmatisantes pour penser la schizophrénie. La comparaison des résultats a montré que les russes associent davantage la schizophrénie à l'anormalité, au déséquilibre, à la dangerosité et à l'imprévisibilité, tandis que les allemands l'associent davantage au dédoublement de la personnalité et aux symptômes de la schizophrénie.

Des recherches qualitatives ont également porté sur l'étude des contenus produits sur les réseaux sociaux. Par exemple, Joseph et ses collaborateurs ont comparé les usages linguistiques des mots relatifs au diabète et à la schizophrénie sur le réseau Twitter [73]. Les auteurs ont ainsi montré que des hashtags relatifs à la schizophrénie (#schizophrenia ou #schizophrenic) font l'objet d'expressions métaphoriques et sarcastiques particulièrement stigmatisantes en comparaison des hashtags relatifs au diabète (#diabetes ou #diabetic). Une recherche similaire a été reproduite par Reavley et Pilkington sur Twitter [147]. En comparant les hashtags #depression et #schizophrenia, les auteurs ont montré que les personnes vivant avec une schizophrénie font l'objet d'une stigmatisation plus fréquente que ceux vivant avec une dépression. Ils ont également montré que les tweets stigmatisants associés au hashtags #schizophrenia renvoyaient souvent à une conception de la schizophrénie comme dédoublement de la personnalité.

#### **4. Discussion**

Notre revue systématique de la littérature montre que la quasi-totalité des articles sur la stigmatisation sociale de la schizophrénie ont eu recours à des méthodes quantitatives. Une synthèse descriptive des principaux résultats issus de ces travaux a permis de rapporter les

relations statistiques entre la stigmatisation sociale et d'autres types de facteurs, contribuant ainsi à éclairer la complexité du phénomène de stigmatisation à l'égard des personnes vivant avec une schizophrénie. Ces résultats quantitatifs sont importants parce qu'ils confirment le rôle de certains processus psychosociaux en jeu dans la stigmatisation sociale. On observe par exemple que le fait d'attribuer l'étiquette de la schizophrénie à une personne présentant les symptômes correspondant amène à davantage de stigmatisation, renforçant ainsi les hypothèses formulées par la théorie de l'étiquetage [148]. On observe en outre que plusieurs croyances sont liées aux attitudes stigmatisantes, telles que l'étiologie profane de la schizophrénie, sa curabilité perçue, ou bien encore la continuité perçue entre ce trouble et la normalité. Enfin, on observe que le fait de connaître une personne qui souffre de schizophrénie constitue un facteur déterminant dans l'adoption d'une attitude moins stigmatisante.

Cet « état des lieux » de la littérature permet de pointer un certain nombre de limites théoriques et méthodologiques dans l'étude de la stigmatisation de la schizophrénie. Ainsi, peu d'articles envisagent les facteurs motivationnels ou idéologiques liés au phénomène de stigmatisation. Pourtant, selon Phelan et ses collaborateurs [20], l'étude de la stigmatisation nécessite une prise en compte des intérêts sociaux qui sous-tendent les rapports entretenus avec les groupes stigmatisés. Ces auteurs caractérisent la stigmatisation sociale comme une stratégie permettant à l'endogroupe qui stigmatise d'entretenir une dominance et une exploitation du groupe stigmatisé tout en renforçant la cohésion et les normes entre les membres de cet endogroupe [148]. Plusieurs auteurs ont également souligné le rôle de bouc émissaire qui est attribué aux groupes stigmatisés [149] ainsi qu'au rôle de la stigmatisation dans le maintien de l'ordre social [148]. Or, la prise en compte de la question du pouvoir social semble relativement absente des mesures de la stigmatisation que nous avons analysés dans notre revue. La plupart des articles inclus mesurent la stigmatisation à partir de l'échelle

de distance sociale proposée par Link et ses collaborateurs [141], une échelle qui envisage surtout la discrimination dans le cadre restreint des échanges interindividuels de la vie quotidienne. L'investigation du rôle de l'orientation à la dominance sociale [150] ou de l'autoritarisme de droite [151] pourraient constituer des pistes d'avancement intéressantes pour mieux comprendre les processus en jeu dans la stigmatisation de la schizophrénie. Des recherches posant la question de la privation des droits et des opportunités pourraient également être élaborées pour évaluer la stigmatisation de la schizophrénie puisque les personnes diagnostiquées avec ce trouble sont systématiquement exclues du travail [152] ou du logement [153] et sont souvent hospitalisées sous contrainte [154]. Il s'agirait alors d'explorer les savoirs profanes qui sont en jeu dans la légitimation et la justification de ces pratiques concrètes de stigmatisation associées à la schizophrénie.

La théorie des représentations sociales [155,156] constitue une approche intéressante pour explorer les savoirs profanes qui façonnent les rapports sociaux et symboliques entretenus avec la « schizophrénie » [16]. Ce type de représentations renvoient à une forme de savoir, socialement développées et partagées qui nous « guident dans la façon de nommer et définir ensemble les différents aspects de notre réalité de tous les jours... statuer sur eux et, le cas échéant, prendre une position à leur égard et la défendre » [155]. Des recherches sur la maladie mentale et les représentations sociales ont par exemple mis en évidence « la répugnance sociale à accepter la proximité avec la folie et la peur qu'elle inspire » [157], ou bien encore le fait que la proximité avec les malades mentaux et leur intégration sont associées à la crainte d'être assimilé à eux [16]. Les représentations sociales auraient donc une fonction de défense identitaire pour le soi et pour le maintien de la position dominante de son groupe d'appartenance face aux personnes catégorisées dans un groupe de non-appartenance tel que celui des « malades mentaux » [149].

Les méthodes qualitatives se révéleraient pertinentes à mobiliser dans cette perspective socio-représentationnelle visant à étudier les théories profanes que les acteurs sociaux construisent pour donner sens à l'objet « schizophrénie ». Un tel choix méthodologique nous semble d'autant plus pertinent que les articles inclus dans notre revue ont rarement eu recours à une méthode qualitative. Il est à noter que ce constat rejoint celui établi par d'autres revues systématiques sur la stigmatisation des troubles psychiques en général [19,158]. Les méthodes qualitatives présentent pourtant un intérêt dans l'étude de la stigmatisation sociale des troubles psychiques, notamment parce qu'elles permettent l'adoption d'une approche compréhensive, contextualisée et holistique des phénomènes *in vivo* [159]. Plus précisément, la démarche qualitative offre la possibilité d'appréhender les catégories culturelles et morales que les individus mobilisent dans la relation qu'il construisent avec les personnes souffrant de schizophrénie [129,158]. Outre les questionnaires habituellement utilisés, les études portant sur la stigmatisation de la schizophrénie devraient également intégrer l'usage de techniques qualitatives, telles que les entretiens semi-directifs et l'observation de situations concrètes de la vie quotidienne. À titre d'exemple, l'observation des programmes de santé mentale communautaire visant la réinsertion sociale par le travail, ainsi que des entretiens qualitatifs auprès des personnes qui travailleront avec les bénéficiaires de ces dispositifs seraient des pistes intéressantes à explorer concernant le rapport des personnes vivant avec la schizophrénie avec le public et l'identification des éléments qui facilitent ou empêchent le processus de la réinsertion sociale. Leur utilisation pourrait par exemple entrer dans le cadre d'une stratégie de recherche de type « *grounded theory* » [160], ce qui permettrait d'approfondir les systèmes de croyances impliqués dans la stigmatisation en fonction des contextes socioculturels.

Concernant les implications pratiques de notre travail, l'étude des facteurs associés à la stigmatisation sociale de la schizophrénie nous permet d'apporter un certain nombre de

préconisations pour l'action. Tout d'abord, nos résultats présentent des informations intéressantes pour les acteurs français impliqués dans la lutte pour la déstigmatisation. À titre d'exemple, notre revue confirme l'importance de l'étiquetage sur la stigmatisation des personnes vivant avec une schizophrène. Le changement de nom associé à ce trouble psychique suscite un intérêt grandissant dans la littérature à cause des images et de la valeur sociale négatives qui accompagnent l'étiquette schizophrénie [161,162], notamment, suite à la demande des associations d'usagers de soins psychiques (e.g., le *National Alliance on Mental Illness* aux Etats-Unis). D'ailleurs, l'adoption du nouveau terme « *Togo-Shitcho-Sho* » (trouble d'intégration) par le Japon, qui a remplacé l'ancien nom « *Seishin-Bunretsu-Byo* » (maladie de fragmentation de l'esprit) semble avoir amené à moins d'attitudes stigmatisantes [163]. Cette réflexion suscite l'intérêt grandissant des psychiatres et divers chercheurs, avec différentes propositions à la fois au niveau du nouveau terme proposé (e.g. *psychosis spectrum syndrome* ou *salience syndrome*) et des réflexions plus générales mettant en cause les diagnostics et leur pertinence dans la pratique clinique de façon globale. L'importance de la stigmatisation associée au diagnostic-étiquette ne constitue qu'une facette d'une discussion plus large qui concerne la pertinence des étiquettes et l'épistémologie psychiatrique derrière leurs usages (pour une discussion intéressante, voir Boyle et Johnstone [164] ou van Os [165]).

En revanche, des facteurs qui amènent à une baisse du niveau de la stigmatisation de la schizophrénie, comme par exemple les explications psychosociales du trouble, la familiarité avec la schizophrénie et la continuité avec la normalité devraient aussi être pris en compte dans la diffusion des messages visant la déstigmatisation. En ce qui concerne la familiarité avec le trouble, nous pourrions ajouter qu'elle démontre l'importance de l'insertion sociale des personnes souffrant de schizophrénie dans la lutte contre la stigmatisation. Des projets portant sur cette insertion des personnes souffrant de schizophrénie tels que « Un chez soi

d'abord » [166,167] ou le « *Working First* » qui a commencé à se développer récemment en France, en transposant le programme IPS (*Individual Placement and Support*) développé aux Etats-Unis [168], en dehors de leurs apports directs sur la vie des usagers et leur réhabilitation psychosociale, peuvent aussi amener indirectement à une baisse de la stigmatisation envers cette population.

Cette revue de littérature présente deux principales limites. La première renvoie à des raisons pratiques de faisabilité qui nous ont conduites à restreindre notre revue à deux bases de données et à un trouble psychique spécifique. Des recherches qui investiguent les points de similarités et de différences au niveau des processus et des contenus associés aux différents troubles seraient très intéressantes pour l'avancement de la problématisation du phénomène. La deuxième limite de cette étude concerne le choix de se restreindre à la littérature anglo-saxonne et française. Celle-ci ne couvre pas tout le champ de ce qui peut se faire. Des recherches innovantes ont pu être réalisées dans d'autres contextes culturels et ne pas avoir été publiées en anglais ou en français.

## **5. Conclusions**

L'étude des processus psychosociaux en jeu dans la stigmatisation sociale de la schizophrénie constitue un enjeu de plus en plus important dans la littérature internationale. La présente revue pourrait constituer un guide pratique pour les chercheurs et les praticiens français qui exercent dans le champ des troubles psychiques (e.g., validation française d'échelles spécifiques sur la stigmatisation des troubles psychiques, étude des facteurs psychosociaux en lien avec cette stigmatisation). On peut souhaiter un réel intérêt de la part de ces acteurs pour apporter de nouveaux éclairages conceptuels et pragmatiques permettant

de lutter contre la stigmatisation sociale des personnes vivant avec la schizophrénie et de façon générale, des personnes vivant avec d'autres types de troubles psychiques.

### **Déclaration d'intérêts**

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

### **Remerciements**

Le présent travail a été financé par la région PACA.

### **Références 1**

1. Goffman E. Stigmate. Les usages sociaux des handicaps. Éditions de Minuit: Paris ; 1975.
2. Brohan E, Sartorius N, Thornicroft G, et al. Self-stigma, empowerment and perceived discrimination among people with schizophrenia in 14 European countries: the GAMIAN-Europe study. *Schizophr Res* 2010;122(1):232–8.
3. Corrigan P. The Impact of Stigma on Severe Mental Illness. *Cogn Behav Pr* 1998;5 (2): 201–222.
4. Rebeiro Gruhl KL, Kauppi C, Montgomery P, et al. Painting everybody with the same brush: Employment discrimination of persons with serious mental illness in rural places. *J Rural Ment Health* 2012;36(1):11–17.
5. Fung KMT, Tsang HWH, Corrigan PW. Self-stigma of people with schizophrenia as predictor of their adherence to psychosocial treatment. *Psychiatr Rehabil J* 2008;32(2):95–104.
6. Mak WWS, Poon CYM, Pun LYK, et al. Meta-analysis of stigma and mental health. *Soc Sci Med* 2007;65(2):245–61.

7. Acosta FJ, Aguilar EJ, Cejas MR, et al. Beliefs about illness and their relationship with hopelessness, depression, insight and suicide attempts in schizophrenia. *Psychiatr Danub* 2013;25(1):49–54.

1 Les références marquées avec un astérisque sont les études incluses dans notre revue systématique.

8. OMS. Rapport sur la santé dans le monde. La Santé mentale : nouvelle conception, nouveaux espoirs. Genève : Organisation Mondiale de la Santé ; 2001.
9. OMS. Guide des politiques et des services de santé mentale: plaidoyer en faveur de la santé mentale. Genève : Organisation Mondiale de la Santé; 2005.
10. Corrigan PW, Kerr A, Knudsen L. The stigma of mental illness: Explanatory models and methods for change. *Appl Prev Psychol* 2005;11(3):179–90.
11. Gaebel W, Baumann AE. Interventions to reduce the stigma associated with severe mental illness: experiences from the open the doors program in Germany. *Can J Psychiatry Rev Can Psychiatr* 2003;48(10):657–62.
12. Kadri N, Sartorius N. The Global Fight against the Stigma of Schizophrenia. *PLoS Med* 2005;2(7):e136.
13. Kvaale EP, Gottdiener WH, Haslam N. Biogenetic explanations and stigma: a meta-analytic review of associations among laypeople. *Soc Sci Med* 2013;95–103. Epub :  
Avaliable from: DOI:10.1016/j.socscimed.2013.07.017 [consulté le 14/09/2018]
14. Schomerus G, Schwahn C, Holzinger A, et al. Evolution of public attitudes about mental illness: a systematic review and meta-analysis. *Acta Psychiatr Scand* 2012;125(6):440–52.
15. Jodelet D. Considérations sur le traitement de la stigmatisation en santé mentale. *Prat En Santé Ment* 2011;57 (2): 225–38.
16. Jodelet D. Folies et représentations sociales. Paris: PUF; 1989.

17. Haslam N. Genetic essentialism, neuroessentialism, and stigma: Commentary on Dar-Nimrod and Heine (2011). *Psychol Bull* 2011;137(5):819–24.
18. Link BG, Phelan JC. Conceptualizing Stigma. *Annu Rev Sociol* 2001;27(1):363–85.
19. Link BG, Yang LH, Phelan JC, et al. Measuring mental illness stigma. *Schizophr Bull* 2004;30(3):511–41.
20. Phelan JC, Link BG, Dovidio JF. Stigma and prejudice: One animal or two? *Soc Sci Med* 2008;67(3):358–67.
21. Major B, O’Bryan LT. The social psychology of stigma. *Annu Rev Psychol* 2005;56: 393–421.
22. Pescosolido BA, Martin J, Long SJ, et al. “A disease like any other”? A decade of change in public reactions to schizophrenia, depression, and alcohol dependence. *Am J Psychiatry* 2010;167 : 1321–30.\*
23. Lampropoulos D, Wolman A, Apostolidis T. Analyzing the presentation and the stigma of schizophrenia in French newspapers. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2017; 52 (12): 1541-7
24. Angermeyer MC, Millier A, Rémuzat C, et al. Attitudes and beliefs of the French public about schizophrenia and major depression: results from a vignette-based population survey. *BMC Psychiatry* 2013;13(1):313
25. Gerlinger G, Hauser M, De Hert M, et al. Personal stigma in schizophrenia spectrum disorders: a systematic review of prevalence rates, correlates, impact and interventions. *World Psychiatry* 2013;12(2):155–64.
26. Angermeyer MC, Holzinger A, Carta MG, et al. Biogenetic explanations and public acceptance of mental illness: systematic review of population studies. *Br J Psychiatry* 2011;199(5):367–72.

27. Read J, Haslam N, Sayce L, et al. Prejudice and schizophrenia: a review of the “mental illness is an illness like any other” approach. *Acta Psychiatr Scand* 2006;114(5):303–18.
28. Livingston JD, Boyd JE. Correlates and consequences of internalized stigma for people living with mental illness: A systematic review and meta-analysis. *Soc Sci Med* 2010;71(12):2150–61.
29. Angermeyer MC, Beck M, Matschinger H. Determinants of the Public’s Preference for Social Distance from People with Schizophrenia. *Can J Psychiatry* 2003;48(10):663–8.\*
30. Angermeyer MC, Buyantugs L, Kenzine DV, et al. Effects of labelling on public attitudes towards people with schizophrenia: are there cultural differences? *Acta Psychiatr Scand* 2004;109(6):420–5.\*
31. Angermeyer MC, Carta MG, Matschinger H, et al. Cultural differences in stigma surrounding schizophrenia: comparison between Central Europe and North Africa. *Br J Psychiatry* 2016;208(4):389–97.\*
32. Angermeyer MC, Holzinger A, Matschinger H. Mental health literacy and attitude towards people with mental illness: A trend analysis based on population surveys in the eastern part of Germany. *Eur Psychiatry* 2009;24(4):225–32.\*
33. Angermeyer MC, Matschinger H. The stigma of mental illness: effects of labelling on public attitudes towards people with mental disorder. *Acta Psychiatr Scand* 2003;108(4):304–9.\*
34. Angermeyer MC, Matschinger H. Public beliefs about schizophrenia and depression: similarities and differences. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2003;38(9):526–34.\*

35. Angermeyer MC, Matschinger H. Labeling—stereotype—discrimination: An investigation of the stigma process. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2005;40(5):391–5.\*
36. Angermeyer MC, Matschinger H, Schomerus G. Attitudes towards psychiatric treatment and people with mental illness: changes over two decades. *Br J Psychiatry* 2013;203(2):146–51.\*
37. Angermeyer MC, Matschinger H. Causal beliefs and attitudes to people with schizophrenia: Trend analysis based on data from two population surveys in Germany. *Br J Psychiatry* 2005;186(4):331–4.\*
38. Angermeyer MC, Millier A, Rémuzat C, et al. Continuum beliefs and attitudes towards people with mental illness: Results from a national survey in France. *Int J Soc Psychiatry* 2015;61(3):297–303.\*
39. Anglin DM, Link BG, Phelan JC. Racial Differences in Stigmatizing Attitudes Toward People With Mental Illness. *Psychiatr Serv* 2006;57(6):857–62.\*
40. Bag B, Yilmaz S, Kirpinar I. Factors influencing social distance from people with schizophrenia: Factors Influencing Social Distance. *Int J Clin Pract* 2006;60(3):289–94.\*
41. Bennett L, Thirlaway K, Murray AJ. The Stigmatising Implications of Presenting Schizophrenia as a Genetic Disease. *J Genet Couns* 2008;17(6):550–9.\*
42. Boyd JE, Katz EP, Link BG, et al. The relationship of multiple aspects of stigma and personal contact with someone hospitalized for mental illness, in a nationally representative sample. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2010;45(11):1063–70.\*
43. Breheny M. Genetic Attribution for Schizophrenia, Depression, and Skin Cancer: Impact on Social Distance. *N Z J Psychol* 2007;36(3):154–60.\*

44. Broussard B, Goulding SM, Talley CL, et al. Social Distance and Stigma Toward Individuals With Schizophrenia: Findings in an Urban, African-American Community Sample. *J Nerv Ment Dis* 2012;200(11):935–40.\*
45. Chung KF, Chan JH. Can a less pejorative Chinese translation for schizophrenia reduce stigma? A study of adolescents' attitudes toward people with schizophrenia. *Psychiatry Clin Neurosci* 2004;58(5):507–15.\*
46. Corrigan PW, Watson AC, Miller FE. Blame, shame, and contamination: The impact of mental illness and drug dependence stigma on family members. *J Fam Psychol* 2006;20(2):239–46.\*
47. Corrigan PW, Watson AC. The Stigma of Psychiatric Disorders and the Gender, Ethnicity, and Education of the Perceiver. *Community Ment Health J* 2007;43(5):439–58.\*
48. Crisp AH, Gelder MG, Rix S, et al. Stigmatisation of people with mental illnesses. *Br J Psychiatry* 2000;177(1):4–7.\*
49. Day EN, Edgren K, Eshleman A. Measuring Stigma Toward Mental Illness: Development and Application of the Mental Illness Stigma Scale. *J Appl Soc Psychol* 2007;37(10):2191–2219.\*
50. Denenny D, Bentley E, Schiffman J. Validation of a brief implicit association test of stigma: schizophrenia and dangerousness. *J Ment Health* 2014;23(5):246–50.\*
51. Dietrich S, Beck M, Bujantugs B, et al. The Relationship Between Public Causal Beliefs and Social Distance Toward Mentally Ill People. *Aust N Z J Psychiatry* 2004;38(5):348–54.\*
52. Durand-Zaleski I, Scott J, Rouillon F, et al. A first national survey of knowledge, attitudes and behaviours towards schizophrenia, bipolar disorders and autism in France.

- BMC Psychiatry;12(1):. Epub ahead of print December 2012. Available from :  
<https://doi.org/10.1186/1471-244X-12-128> [consulté le 14/09/2018] \*
53. Economou M, Richardson C, Gramandani C, et al. Knowledge About Schizophrenia and Attitudes Towards People with Schizophrenia in Greece. *Int J Soc Psychiatry* 2009;55(4):361–71.\*
  54. Ellison N, Mason O, Scior K. Renaming schizophrenia to reduce stigma: comparison with the case of bipolar disorder. *Br J Psychiatry* 2015;206(4):341–2.\*
  55. Faulkner G, Irving H, Paglia-Boak A, et al. Adolescent knowledge of schizophrenia and social distancing: a province-wide survey. *J Community Psychol* 2010;38(8):933–42.\*
  56. Gaebel W, Baumann A, Witte AM, et al. Public attitudes towards people with mental illness in six German cities. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2002;252(6):278–87.\*
  57. Graves RE, Cassisi JE, Penn DL. Psychophysiological evaluation of stigma towards schizophrenia. *Schizophr Res* 2005;76(2–3):317–27.\*
  58. Graves RE, Chandon ST, Cassisi JE. Natural contact and stigma towards schizophrenia in African Americans: Is perceived dangerousness a threat or challenge response? *Schizophr Res* 2011;130(1–3):271–6.\*
  59. Grausgruber A, Meise U, Katschnig H, et al. Patterns of social distance towards people suffering from schizophrenia in Austria: a comparison between the general public, relatives and mental health staff. *Acta Psychiatr Scand* 2007;115(4):310–9.\*
  60. Griffiths KM, Nakane Y, Christensen H, et al. Stigma in response to mental disorders: a comparison of Australia and Japan. *BMC Psychiatry* 2006;6 :21 Available from <https://doi.org/10.1186/1471-244X-6-21> [consulté le 14/09/2018] .\*

61. Hamilton AL, Aliyu MH, Lyons PD, et al. African-American community attitudes and perceptions toward schizophrenia and medical research: an exploratory study. *J Natl Med Assoc* 2006;98(1):18–26.\*
62. Haqanee Z, Lou E, Lalonde RN. Natural kind and entitative beliefs in relation to prejudice toward mental disorders: Beliefs about mental disorders. *J Appl Soc Psychol* 2014;44(2):145–53.\*
63. Haraguchi K, Maeda M, Mei YX, et al. Stigma associated with schizophrenia: Cultural comparison of social distance in Japan and China: Stigma associated with schizophrenia. *Psychiatry Clin Neurosci* 2009;63(2):153–60.\*
64. Hasui C, Sakamoto S, Sugiura T, et al. Stigmatization of mental illness in Japan: Images and frequency of encounters with diagnostic categories of mental illness among medical and non-medical university students. *J Psychiatry Law* 2000;28: 253-279.\*
65. Hengartner MP, Loch AA, Lawson FL, et al. Public stigmatization of different mental disorders: a comprehensive attitude survey. *Epidemiol Psychiatr Sci* 2013;22(03):269–74.\*
66. Holman D. Exploring the relationship between social class, mental illness stigma and mental health literacy using British national survey data. *Health Interdiscip J Soc Study Health Illn Med* 2015;19(4):413–29.\*
67. Hori H, Richards M, Kawamoto Y, et al. Attitudes toward schizophrenia in the general population, psychiatric staff, physicians, and psychiatrists: A web-based survey in Japan. *Psychiatry Res* 2011;186(2–3):183–89.\*
68. Imai T, Dailey R. Influences of Mental Illness Stigma on Perceptions of and Responses to Requests for Favors. *Health Commun* 2016;31(7):863–72.\*
69. Imhoff R. Zeroing in on the Effect of the Schizophrenia Label on Stigmatizing Attitudes: A Large-scale Study. *Schizophr Bull* 2016;42(2):456–63.\*

70. Jadhav S, Littlewood R, Ryder A, et al. Stigmatization of severe mental illness in India: Against the simple industrialization hypothesis. *Indian J Psychiatry* 2007;49(3):189-194.\*
71. Jensen CM, Martens CS, Nikolajsen ND, et al. What do the general population know, believe and feel about individuals with autism and schizophrenia: Results from a comparative survey in Denmark. *Autism* 2016;20(4):496–508.\*
72. Jorm AF, Griffiths KM. The public’s stigmatizing attitudes towards people with mental disorders: how important are biomedical conceptualizations? *Acta Psychiatr Scand* 2008;118(4):315–21.\*
73. Joseph AJ, Tandon N, Yang LH, et al. #Schizophrenia: Use and misuse on Twitter. *Schizophr Res* 2015;165(2–3):111–5.\*
74. Kasow ZM, Weisskirch R. Differences in attributions of mental illness and social distance for portrayals of four mental disorders. *Psychol Rep* 2010;107(2):547–52.\*
75. Khan TM, Hassali MA, Tahir H, et al. A Pilot Study Evaluating the Stigma and Public Perception about the Causes of Depression and Schizophrenia. *Iran J Public Health* 2011;40(1):50–6.\*
76. Koike S, Yamaguchi S, Ojio Y, et al. Long-term effect of a name change for schizophrenia on reducing stigma. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2015;50(10):1519–26.\*
77. Lam TP, Sun KS. Stigmatizing Opinions of Chinese toward Different Types of Mental Illnesses: A Qualitative Study in Hong Kong. *Int J Psychiatry Med* 2014;48(3):217–28.\*
78. Lauber C, Nordt C, Falcato L, et al. Factors Influencing Social Distance Toward People with Mental Illness. *Community Ment Health J* 2004;40(3):265–74.\*

79. Lebowitz MS, Ahn W. Combining Biomedical Accounts of Mental Disorders With Treatability Information to Reduce Mental Illness Stigma. *Psychiatr Serv* 2012;63(5):496–9.\*
80. Lee AA, Laurent SM, Wykes TL, et al. Genetic attributions and mental illness diagnosis: effects on perceptions of danger, social distance, and real helping decisions. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2014;49(5):781–9.\*
81. Leiderman EA, Vazquez G, Berizzo C, et al. Public knowledge, beliefs and attitudes towards patients with schizophrenia: Buenos Aires. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2011;46(4):281–90.\*
82. Loch AA, Hengartner MP, Guarniero FB, et al. The more information, the more negative stigma towards schizophrenia: Brazilian general population and psychiatrists compared. *Psychiatry Res* 2013;205(3):185–91.\*
83. Loch AA, Wang Y-P, Guarniero FB, et al. Patterns of stigma toward schizophrenia among the general population: A latent profile analysis. *Int J Soc Psychiatry* 2014;60(6):595–605.\*
84. Magin P, Holliday S, Dunlop A, et al. Discomfort sharing the general practice waiting room with mentally ill patients: a cross-sectional study. *Fam Pract* 2013;30(2):190–6.\*
85. Mann CE, Himelein MJ. Factors Associated With Stigmatization of Persons With Mental Illness. *Psychiatr Serv* 2004;55(2):185–7.\*
86. Mannarini S, Boffo M. Anxiety, bulimia, drug and alcohol addiction, depression, and schizophrenia: what do you think about their aetiology, dangerousness, social distance, and treatment? A latent class analysis approach. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2015;50(1):27–37.\*

87. McGinty EE, Goldman HH, Pescosolido B, et al. Portraying mental illness and drug addiction as treatable health conditions: Effects of a randomized experiment on stigma and discrimination. *Soc Sci Med* 2015;126: 73–85.\*
88. Melas PA, Tartani E, Forsner T, et al. Mental health literacy about depression and schizophrenia among adolescents in Sweden. *Eur Psychiatry* 2013;28(7):404–11.\*
89. Norman RMG, Gawronski B, Hampson E, et al. Physical proximity in anticipation of meeting someone with schizophrenia: The role of explicit evaluations, implicit evaluations and cortisol levels. *Schizophr Res* 2010;124(1–3):74–80.\*
90. Norman RMG, Sorrentino RM, Windell D, et al. The role of perceived norms in the stigmatization of mental illness. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2008;43(11):851–9.\*
91. Norman RM, Sorrentino R, Windell D, et al. Are Personal Values of Importance in the Stigmatization of People with Mental Illness? *Can J Psychiatry* 2008;53(12):848–56.\*
92. O’Keeffe D, Turner N, Foley S, et al. The relationship between mental health literacy regarding schizophrenia and psychiatric stigma in the Republic of Ireland. *J Ment Health* 2016;25(2):100–8.\*
93. Pattyn E, Verhaeghe M, Sercu C, et al. Medicalizing versus psychologizing mental illness: what are the implications for help seeking and stigma? A general population study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2013;48(10):1637–45.\*
94. Peluso ÉTP, Blay SL. Public stigma and schizophrenia in São Paulo city. *Rev Bras Psiquiatr* 2011;33(2):130–6.\*
95. Penn DL, Corrigan PW. The effects of stereotype suppression on psychiatric stigma. *Schizophr Res* 2002;55(3):269–76.\*
96. Penn DL, Guyan K, Daily T, et al. Dispelling the Stigma of Schizophrenia: What Sort of Information Is Best? *Schizophr Bull* 1994;20(3):567–78.\*

97. Penn DL, Nowlin-Drummond A. Politically Correct Labels and Schizophrenia: A Rose by Any Other Name? *Schizophr Bull* 2001;27(2):197–203.\*
98. Perkins DV, Raines JA, Tschopp MK, et al. Gainful Employment Reduces Stigma Toward People Recovering from Schizophrenia. *Community Ment Health J* 2009;45(3):158–62.\*
99. Pescosolido BA, Medina TR, Martin JK, et al. The “Backbone” of Stigma: Identifying the Global Core of Public Prejudice Associated With Mental Illness. *Am J Public Health* 2013;103(5):853–60.\*
100. Razali SM, Ismail Z. Public stigma towards patients with schizophrenia of ethnic Malay: a comparison between the general public and patients’ relatives. *J Ment Health* 2014;23(4):176–80.\*
101. Reavley NJ, Jorm AF. Stigmatizing Attitudes towards People with Mental Disorders: Findings from an Australian National Survey of Mental Health Literacy and Stigma. *Aust N Z J Psychiatry* 2011;45(12):1086–93.\*
102. Reavley NJ, Jorm AF. Young People’s Stigmatizing Attitudes towards People with Mental Disorders: Findings from an Australian National Survey. *Aust N Z J Psychiatry* 2011;45(12):1033–9.\*
103. Reavley NJ, Jorm AF. Stigmatising attitudes towards people with mental disorders: Changes in Australia over 8years. *Psychiatry Res* 2012;197(3):302–6.\*
104. Reavley NJ, Jorm AF. Associations between beliefs about the causes of mental disorders and stigmatising attitudes: Results of a national survey of the Australian public. *Aust N Z J Psychiatry* 2014;48(8):764–71.\*
105. Reavley NJ, Pilkington PD. Use of Twitter to monitor attitudes toward depression and schizophrenia: an exploratory study. *PeerJ* 2014;2:e647.\*

106. Richards M, Hori H, Sartorius N, et al. Cross-cultural comparisons of attitudes toward schizophrenia amongst the general population and physicians: A series of web-based surveys in Japan and the United States. *Psychiatry Res* 2014;215(2):300–7.\*
107. Robles-García R, Fresán A, Berlanga C, et al. Mental illness recognition and beliefs about adequate treatment of a patient with schizophrenia: Association with gender and perception of aggressiveness-dangerousness in a community sample of Mexico City. *Int J Soc Psychiatry* 2013;59(8):811–8.\*
108. Sadler MS, Meagor EL, Kaye KE. Stereotypes of mental disorders differ in competence and warmth. *Soc Sci Med* 2012;74(6):915–22.\*
109. Schomerus G, Kenzin D, Borsche J, et al. The association of schizophrenia with split personality is not an ubiquitous phenomenon: Results from population studies in Russia and Germany. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2007;42(10):780–6.\*
110. Schomerus G, Matschinger H, Angermeyer MC. Continuum beliefs and stigmatizing attitudes towards persons with schizophrenia, depression and alcohol dependence. *Psychiatry Res* 2013;209(3):665–9.\*
111. Schomerus G, Van der Auwera S, Matschinger H, et al. Do attitudes towards persons with mental illness worsen during the course of life? An age-period-cohort analysis. *Acta Psychiatr Scand* 2015;132(5):357–64.\*
112. Sears PM, Pomerantz AM, Segrist DJ, et al. Beliefs About the Biological (vs. Nonbiological) Origins of Mental Illness and the Stigmatization of People with Mental Illness. *Am J Psychiatr Rehabil* 2011;14(2):109–19.\*
113. Siltan NR, Flannelly KJ, Milstein G, et al. Stigma in America: Has Anything Changed?: Impact of Perceptions of Mental Illness and Dangerousness on the Desire for Social Distance: 1996 and 2006. *J Nerv Ment Dis* 2011;199(6):361–6.\*

114. Sorsdahl KR, Stein DJ. Knowledge of and Stigma Associated With Mental Disorders in a South African Community Sample: *J Nerv Ment Dis* 2010;198(10):742–7.\*
115. Sousa S de, Marques A, Rosário C, et al. Stigmatizing attitudes in relatives of people with schizophrenia: a study using the Attribution Questionnaire AQ-27. *Trends Psychiatry Psychother* 2012;34(4):186–197.\*
116. Speerforck S, Schomerus G, Pruess S, et al. Different biogenetic causal explanations and attitudes towards persons with major depression, schizophrenia and alcohol dependence: Is the concept of a chemical imbalance beneficial? *J Affect Disord* 2014;16(8):224–8.\*
117. Stip E, Caron J, Mancini-Marie A. General population perceptions and attitudes towards schizophrenia and bipolar disorder. *Prim Care Community Psychiatry* 2006;11(4):157–65.\*
118. Stone L, Finlay WML. A Comparison of African-Caribbean and White European Young Adults' Conceptions of Schizophrenia Symptoms and the Diagnostic Label. *Int J Soc Psychiatry* 2008;54(3):242–61.\*
119. Sugiura T, Sakamoto S, Tanaka E, et al. Labeling Effect of Seishin-Bunretsu-Byou, the Japanese Translation for Schizophrenia: an Argument for Relabeling. *Int J Soc Psychiatry* 2001;47(2):43–51.\*
120. Takahashi H, Ideno T, Okubo S, et al. Impact of changing the Japanese term for “schizophrenia” for reasons of stereotypical beliefs of schizophrenia in Japanese youth. *Schizophr Res* 2009;112(1–3):149–52.\*
121. Tranulis C, Lecomte T, El-Khoury B, et al. Changing the Name of Schizophrenia: Patient Perspectives and Implications for DSM-V. *PLoS ONE* 2013;8(2):e55998.\*
122. von dem Knesebeck O, Angermeyer MC, Kofahl C, et al. Education and the public's desire for social distance from people with depression and schizophrenia: The

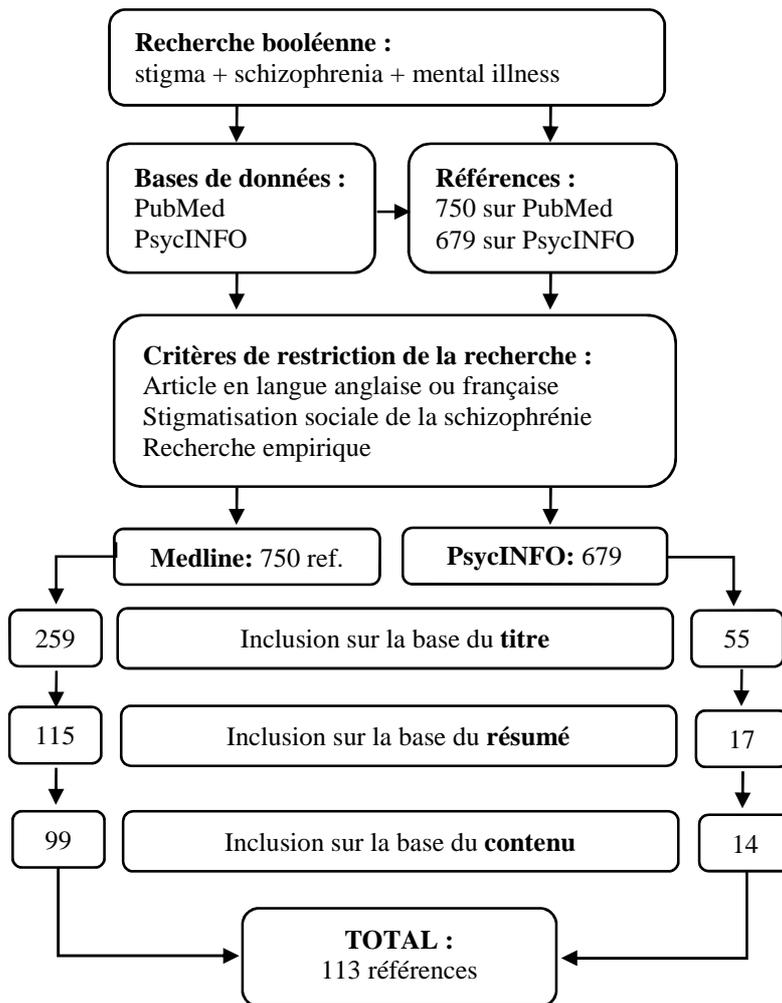
- contribution of emotional reactions and causal attributions. *Int J Soc Psychiatry* 2014;60(5):468–73.\*
123. von dem Knesebeck O, Mnich E, Kofahl C, et al. Estimated prevalence of mental disorders and the desire for social distance—Results from population surveys in two large German cities. *Psychiatry Res* 2013;209(3):670–4.\*
  124. Webb AK, Jacobs-Lawson JM, Waddell EL. Older adults' perceptions of mentally ill older adults. *Aging Ment Health* 2009;13(6):838–46.\*
  125. West K, Hewstone M, Lolliot S. Intergroup Contact and Prejudice Against People With Schizophrenia. *J Soc Psychol* 2014;154(3):217–32.\*
  126. Wood L, Birtel M, Alsawy S, et al. Public perceptions of stigma towards people with schizophrenia, depression, and anxiety. *Psychiatry Res* 2014;220(1–2):604–8.\*
  127. Wright A, Jorm AF, Mackinnon AJ. Labeling of mental disorders and stigma in young people. *Soc Sci Med* 2011;73(4):498–506.\*
  128. Yang LH, Lo G, WonPat-Borja AJ, et al. Effects of labeling and interpersonal contact upon attitudes towards schizophrenia: implications for reducing mental illness stigma in urban China. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2012;47(9):1459–73.\*
  129. Yang LH, Phillips MR, Lo G, et al. “Excessive Thinking” as Explanatory Model for Schizophrenia: Impacts on Stigma and “Moral” Status in Mainland China. *Schizophr Bull* 2010;36(4):836–45.\*
  130. Yap MBH, Mackinnon A, Reavley N, et al. The measurement properties of stigmatizing attitudes towards mental disorders: results from two community surveys: Measurement Properties of Stigma. *Int J Methods Psychiatr Res* 2014;23(1):49–61.\*
  131. Yoshii H, Watanabe Y, Kitamura H, et al. Stigma toward schizophrenia among parents of junior and senior high school students in Japan. *BMC Res Notes* 2011;4:558. Available from <https://doi.org/10.1186/1756-0500-4-558> [consulté le 14/09/2018].\*

132. Yoshii H, Watanabe Y, Mazumder AH, et al. Stigma toward Schizophrenia among Parents of High School Students. *Glob J Health Sci* 2013;5(6): 46-53.
133. Yoshioka K, Reavley NJ, MacKinnon AJ, et al. Stigmatising attitudes towards people with mental disorders: Results from a survey of Japanese high school students. *Psychiatry Res* 2014;215(1):229–36.\*
134. Koike S, Yamaguchi S, Ohta K, et al. Mental-health-related stigma among Japanese children and their parents and impact of renaming of schizophrenia: Stigma in children and parents. *Psychiatry Clin Neurosci* 2017;71(3):170–9.\*
135. Magliano L, Read J, Rinaldi A, et al. The Influence of Causal Explanations and Diagnostic Labeling on Psychology Students’ Beliefs About Treatments, Prognosis, Dangerousness and Unpredictability in Schizophrenia. *Community Ment Health J* 2016;52(3):361–9.\*
136. Makowski AC, Mnich EE, Angermeyer MC, et al. Continuum beliefs in the stigma process regarding persons with schizophrenia and depression: results of path analyses. *PeerJ* 2016;4e2360.\*
137. Matsunaga A, Kitamura T. The effects of symptoms, diagnostic labels, and education in psychiatry on the stigmatization towards schizophrenia: a questionnaire survey among a lay population in Japan. *Ment Illn* 2016;8(1):6364. Available from : doi: 10.4081/mi.2016.6344 [consulté le 14/092018]
138. Reavley NJ, Jorm AF, Morgan AJ. Beliefs about dangerousness of people with mental health problems: the role of media reports and personal exposure to threat or harm. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2016;51(9):1257–64.\*
139. Scior K, Furnham A. Causal beliefs about intellectual disability and schizophrenia and their relationship with awareness of the condition and social distance. *Psychiatry Res* 2016;243:100–8.\*

140. Wiesjahn M, Jung E, Kremser JD, et al. The potential of continuum versus biogenetic beliefs in reducing stigmatization against persons with schizophrenia: An experimental study. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 2016;50: 231–7.\*
141. Link BG, Cullen FT, Frank J, et al. The Social Rejection of Former Mental Patients: Understanding Why Labels Matter. *Am J Sociol* 1987;92(6):1461–1500.
142. Bogardus ES. Measuring Social Distance. *J Appl Sociol*; 9(2):299-308.
143. Nunnally JC. Popular conceptions of mental health: Their development and change. New York: NY: Holt, Rinehart, and Winston; 1961.
144. Corrigan P, Markowitz FE, Watson A, et al. An Attribution Model of Public Discrimination Towards Persons with Mental Illness. *J Health Soc Behav* 2003;44(2):162-79.
145. Greenwald AG, McGhee DE, Schwartz JLK. Measuring individual differences in implicit cognition: The implicit association test. *J Pers Soc Psychol* 1998;74(6):1464–80.
146. Schomerus G, Kenzin D, Borsche J, et al. The association of schizophrenia with split personality is not an ubiquitous phenomenon: Results from population studies in Russia and Germany. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2007;42(10):780–6.
147. Reavley NJ, Pilkington PD. Use of Twitter to monitor attitudes toward depression and schizophrenia: an exploratory study. *PeerJ* 2014;2e647.
148. Link BG, Phelan JC. Labeling and stigma. In: *Handbook of the sociology of mental health*. Netherlands: Springer; 2013. p525–541.
149. Staerklé C, Delay C, Gianettoni L, et al. Qui a droit à quoi ? Représentations et légitimation de l'ordre social. Grenoble: Presses Universitaires de Grenoble; 2007.

150. Pratto F, Sidanius J, Stallworth LM, et al. Social dominance orientation: A personality variable predicting social and political attitudes. *J Pers Soc Psychol* 1994;67(4):741–63.
151. Altemeyer B. *Right-wing authoritarianism*. Winnipeg; University of Manitoba press; 1981.
152. Marwaha S, Johnson S. Schizophrenia and employment. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2004;39(5):337–49.
153. Browne G, Courtney M. Schizophrenia housing and supportive relationships. *Int J Ment Health Nurs* 2007;16(2):73–80.
154. Raboch J, Kališová L, Nawka A, et al. Use of Coercive Measures During Involuntary Hospitalization: Findings From Ten European Countries. *Psychiatr Serv* 2010;61(10):1012–7.
155. Jodelet D. 1. Représentations sociales : un domaine en expansion. In: *Les représentations sociales*. Paris: PUF; p. 45.
156. Moscovici S. *La psychanalyse, son image et son public: étude sur la représentation sociale de la psychanalyse*. Paris: PUF; 1961.
157. Jodelet D. Postface. In: *La stigmatisation en psychiatrie et en santé mentale*. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2010. p. 235–241.
158. Abdullah T, Brown TL. Mental illness stigma and ethnocultural beliefs, values, and norms: An integrative review. *Clin Psychol Rev* 2011;31(6):934–48.
159. Jodelet D. Aperçus sur les méthodologies qualitatives. In: Moscovici S, Buschini F, editors. *Les méthodes des sciences humaines*. Paris: PUF; 2003. p139–162.
160. Glaser B, Strauss A. *La découverte de la théorie ancrée: stratégies pour la recherche qualitative*. Paris: Armand Colin; 2010.

161. Lasalvia A, Penta E, Sartorius N, et al. Should the label “schizophrenia” be abandoned? *Schizophr Res* 2015;162(1–3):276–84.
162. Sartorius N, Chiu H, Heok KE, et al. Name Change for Schizophrenia. *Schizophr Bull* 2014;40(2):255–8.
163. Sato M. Renaming schizophrenia: A Japanese perspective. *World Psychiatry* 2006;5(1):53–5.
164. Boyle M, Johnstone L. Alternatives to psychiatric diagnosis. *Lancet Psychiatry* 2014;1(6):409–11.
165. van Os J. “Salience syndrome” replaces “schizophrenia” in DSM-V and ICD-11: psychiatry’s evidence-based entry into the 21st century? *Acta Psychiatr Scand* 2009;120(5):363–72.
166. Tinland A, Fortanier C, Girard V, et al. Evaluation of the Housing First program in patients with severe mental disorders in France: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials* 2013;14(1):309.
167. Vidon G, Antoine J-M. De l’hébergement thérapeutique au « Un chez soi d’abord ». *Inf Psychiatr* 2013;89(3):233-240.
168. Bond GR, Drake RE, Becker DR. Generalizability of the Individual Placement and Support (IPS) model of supported employment outside the US. *World Psychiatry* 2012;11(1):32–9.



**Figure 1.** Stratégie de sélection des articles.

**Tableau 1**

Relations entre les facteurs étudiés et la stigmatisation dans les recherches quantitatives

Facteurs	A.		B.		C.		D.		E.	
	Nombre d'études		Relation non-significative		Relation significative		Relation positive		Relation négative	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<i>Caractéristique/sujet</i>										
Genre <sup>a</sup>	38	35,8	22	57,9	16	42,1	10	62,5	6	37,5
Age	30	28,3	9	30	21	70	19	90,5	2	9,5
Niveau d'éducation	25	23,6	14	56	11	44	4	36,4	7	63,6
Emploi	3	2,8	3	100	0	-	0	-	0	-
Niveau de revenu	5	4,7	3	60	2	40	1	50	1	50
Statut Marital <sup>b</sup>	3	2,8	3	100	0	-	0	-	0	-
Religion <sup>c</sup>	3	2,8	3	100	0	-	0	-	0	-
Familiarité	26	24,5	8	30,8	18	69,2	0	-	18	100
<i>Caractéristique/cible</i>										
Genre <sup>a</sup>	2	1,9	0	-	2	100	2	100	0	-
Groupe social <sup>d</sup>	1	0,9	0	-	1	100	1	100	0	-
Niveau d'éducation	1	0,9	1	100	0	-	0	-	0	-
Emploi <sup>e</sup>	1	0,9	0	-	1	100	0	-	1	100
<i>Conceptualisation du trouble</i>										
Diagnostic-Etiquette <sup>f</sup>	28	26,4	3	10,7	25	89,3	25	100	0	-
Curabilité perçue	9	8,5	1	11,1	8	88,9	8	100	0	-
Normalité perçue	6	5,7	0	-	6	100	0	-	6	100
Essentialisme	1	0,9	0	-	1	100	1	100	0	-
<i>Étiologie du trouble</i>										
Neurobiologique	20	18,9	7	35	13	65	13	100	0	-
Faute personnelle	11	10,4	1	9,1	10	90,9	10	100	0	-
Psychosociale	13	12,3	6	46,2	7	53,8	0	-	7	100
Sociologique	4	3,8	1	25	3	75	0	-	3	100
<i>Émotions</i>										
Peur	6	5,7	0	-	6	100	6	100	0	-
Colère	4	3,8	1	25	3	75	3	100	0	-
Pitié	2	1,9	0	-	2	100	0	-	2	100
<i>Stéréotypes</i>										
Dangereux	14	13,2	1	7,1	13	92,9	13	100	0	-
Imprévisible	6	5,7	0	-	6	100	6	100	0	-

Facteurs	A.		B.		C.		D.		E.	
	Nombre d'études		Relation non-significative		Relation significative		Relation positive		Relation négative	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Dépendant d'autrui	2	1,9	0	-	2	100	2	100	0	-
Conduite inappropriée	2	1,9	0	-	2	100	2	100	0	-
<i>Idéologies et valeurs</i>										
Dominance sociale	1	0,9	0	-	1	100	1	100	0	-
Conservatisme	1	0,9	0	-	1	100	1	100	0	-
Autoréalisation	1	0,9	0	-	1	100	1	100	0	-
Auto-transcendance	1	0,9	0	-	1	100	0	-	1	100

Note. Le pourcentage de la colonne A est calculé sur la base du total des articles ayant recours à une échelle mesurant la stigmatisation sociale. Les pourcentages des colonnes B et C sont calculés sur la base du total des articles étudiant le facteur considéré. Les pourcentages des colonnes D et E sont calculés sur la base du total des articles présentant une relation statistique significative pour le facteur considéré. Une relation est considérée comme significative à partir de  $p \leq .05$ .

<sup>a</sup> Colonnes D et E : homme = 1 ; femme = 0.

<sup>b</sup> Colonnes D et E : marié = 1 ; célibataire = 0.

<sup>c</sup> Colonnes D et E : Oui = 1 ; Non = 0.

<sup>d</sup> Colonnes D et E : Endogroupe = 1 ; Exogroupe = 0.

<sup>e</sup> Colonnes D et E : Oui = 1 ; Non = 0.

<sup>f</sup> Colonnes D et E : Schizophrénie = 1 ; Non précisé = 0.