



HAL
open science

Clinique du marquage social

Elodie Charbonnier

► **To cite this version:**

| Elodie Charbonnier. Clinique du marquage social. Psychologie. Université de Nîmes, 2018. <tel-03692810>

HAL Id: tel-03692810

<https://hal.science/tel-03692810v1>

Submitted on 14 Jun 2022

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

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



HAL Authorization

Clinique

du marquage social

Note de synthèse des travaux pour l'obtention du diplôme
d'habilitation à diriger des recherches

Soutenu le 17 Décembre 2018



Présentée par Elodie Charbonnier, MCF en Psychologie, Unimes

Jury :

THEMISTOKLIS APOSTOLIDIS, Pr en Psychologie Sociale, AMU-LPS
LIONEL DANY, Pr en Psychologie Sociale de la Santé, AMU-LPS
AURELIE UNTAS, Pr en Psychologie de la Santé, Paris Descartes-LPPS
AMELIE ROUSSEAU, Pr en Psychologie Clinique, Lille- PSITEC
ABDEL-HALIM BOUDOUKHA, Pr en Psychologie Clinique, Nantes-LPPL
CAPROS Serge, MCF HDR en Psychologie, Unimes-Chrome

RESUME

La psychologie clinique se veut traditionnellement centrée sur l'individu. Elle vise l'étude des mécanismes psychologiques, des caractéristiques individuelles, des habilités, et des déficits de l'individu en souffrance. Mes travaux s'inscrivent en marge de ce positionnement classique de la psychologie clinique en accordant une place centrale au contexte social dans la compréhension de la souffrance. Pour cela, mon attention s'est particulièrement portée sur le discours négatif adressé aux populations stigmatisées, la manière dont ces populations s'y ajustent, et les potentiels signes de détresse qui en découlent. Ainsi, nous avons mis en lumière l'implication du contexte social dans la souffrance psychologique des personnes lesbiennes, gays et bisexuel-les (LGB), des personnes présentant un trouble psychiatrique, et de leurs proches. Plus spécifiquement, nous avons démontré le rôle central du stress, du rejet social, et des stratégies mobilisées pour y faire face, dans la souffrance des personnes LGB. Mes travaux ont également mis en avant l'implication du contexte social dans les représentations des troubles psychiatriques, ainsi que l'incidence de ces dernières sur l'ajustement et la détresse des patients et de leurs proches. Sur la base de ces résultats, des recommandations préventives et thérapeutiques ont pu être proposées.

« L'effet d'interdit s'imprime plus profondément chez ceux et celles qui, de manière très étrange, savent confusément dès le plus jeune âge qu'ils sont ces êtres « anormaux » désignés par les paroles de haines » Didier Eribon (1998)

REMERCIEMENTS

En m'engageant dans l'écriture de ces remerciements, je ressens une certaine ambivalence. Des années de lecture de remerciements de TER d'étudiants m'ont conduite à développer un certain agacement de cette section, m'interrogeant sur la pertinence de celle-ci pour un écrit qui se veut scientifique. Ma principale réticence vis-à-vis des remerciements tient au fait qu'ils ne contiennent souvent que des banalités, banalités qui sont adressées à des personnes qui majoritairement ne les liront pas. On peut alors s'interroger sur la pertinence d'un message banal, adressé, et non reçu. C'est peut-être finalement un acte d'écriture profondément égoïste et cathartique. Si j'écris cette partie malgré ces réticences, c'est pour toi, à cause de toi, grâce à toi, Serge. A ce jour, je ne suis pas sûre de savoir quelle est la formulation la plus appropriée, sûrement un subtil mélange des trois. Lors d'une discussion que nous avons eu en fin d'année universitaire, tu m'as interrogée sur la partie remerciement d'un de nos étudiants, je t'ai répondu que je ne lisais pas les remerciements, je me souviens alors de ton visage scandalisé et de ta réponse « moi c'est ce que je préfère ». Tout récemment, lors d'une discussion sur mon HDR, tu as enfoncé le clou en me tenant les propos suivants « les remerciements c'est la partie de mon HDR sur laquelle j'ai sûrement passé le plus de temps ». Je me sens donc un peu contrainte de faire (ce) plaisir à mon garant.

De manière spontanée, mes premiers remerciements iraient aux difficultés que j'ai rencontrées et qui m'ont conduites à percevoir cette HDR comme une nécessité. Mais passons sur le négatif pour revenir à l'essentiel, les bonnes choses, les bonnes personnes, les bons moments. Si l'on commence par le début, c'est-à-dire par ce qui m'a amenée à mes premiers questionnements de recherche, je me dois de remercier l'association G-Stud, association à destination des jeunes lesbiennes, gays et bisexuel-les (LGB). L'animation de groupes de parole dans cette association m'a permis de prendre conscience de l'ampleur de la détresse de certains jeunes, sans repères, avides de conseils, d'écoute, cherchant un espace où ils pouvaient exprimer ce qu'ils vivaient, ressentaient, pensaient, et cela alors même que la plupart considéraient qu'il était préférable de se cacher et de se taire. Je tiens donc à remercier en premier lieu cette association, son équipe, les jeunes qui sont venus avec nous échanger et que j'espère nous avons un peu aidé. Grâce à vous j'ai engagé mes premiers pas

dans la recherche en réalisant mon TER de Master 2 sur l'acceptation parentale et le risque suicidaire des jeunes LGB. C'est à travers cette recherche que mon projet de doctorat a pris forme. De prime abord, je ne me destinais pas à la recherche, sans cette expérience, possiblement que je ne serais pas là aujourd'hui.

Par la suite, de nombreuses personnes m'ont aidé à réfléchir, à me remettre en question, à avancer. Parmi elles, mes collègues doctorants m'ont particulièrement soutenue, mes principales pensées vont à Coralie Hattesweiller, Mélanie Bon, Didier Lemabic, Béatrice Degraeve, Bouchra Zouhri, Alexia Lopez, et bien entendu Pierluigi Graziani, mon directeur de thèse. Mon doctorat s'est déroulé avec vous et grâce à vous. Ce doctorat n'aurait pu être mené à bien sans la bienveillance de Thémis Apostolidis qui m'a accueillie dans son laboratoire au cours de mon doctorat, ainsi que lors de ma prise de fonction de Maître de Conférences à l'Université de Nîmes. Menant mon doctorat en parallèle d'un travail à temps plein à l'hôpital, mon implication dans le LPS a parfois été difficile. Pourtant Thémis tu as toujours été bienveillant à mon égard, je te remercie pour ta bonne humeur, pour ton aide, et pour avoir sans cesse fait en sorte que les différences théoriques, épistémologiques, ou encore méthodologiques, soient une richesse. Je suis très fière aujourd'hui que tu sois un membre de mon jury d'HDR. Au-delà de Thémis, les échanges avec de nombreux membres du LPS ont orienté et accompagné mes travaux de recherche. S'il serait trop long de citer tout le monde, je tiens quand même à adresser quelques mots à Marie Claude et à Lionel. Vos conseils ont toujours été précieux, ils m'ont aidée à avancer sans trop trébucher. Je sais que sans vous, les choses se seraient déroulées d'une toute autre manière. Faire le choix de réaliser mon premier encadrement de doctorat avec toi Lionel a été une de mes meilleures décisions. Grâce à toi j'apprends sans cesse, j'apprends à accepter, à conseiller, à encadrer, à être patiente, j'apprends de ta rigueur, de ta force de travail, de ton investissement, et de ton engagement auprès de tes étudiants. En effet, j'ai toujours été impressionnée par ta capacité à mener de front de multiples projets tout en étant particulièrement attentif à chacun. Grâce à toi, je sais l'encadrante que je souhaite devenir dans les années à venir. Pour finir sur la localisation aixoise, je tiens à remercier l'ensemble des professionnels du Centre Hospitalier Psychiatrique de Montperrin, plus spécifiquement mes fidèles collègues du CMP de Gardanne et de Salon de Provence. Plusieurs de mes travaux de recherche trouvent leur ancrage dans les années de pratique clinique réalisées à

vos côtés. Je remercie plus particulièrement Antoine et Carine, le travail à vos côtés a toujours été facile.

Partons maintenant à Lille où j'ai eu la chance de réaliser une année en tant qu'ATER. Si le changement climatique a mis à l'épreuve mes capacités d'adaptation, grâce à ce poste, j'ai découvert que les TCC pouvaient avoir une réelle place à l'université, et cela m'a donnée envie de continuer dans le milieu universitaire, perspective professionnelle non déterminée à l'époque. Par conséquent, je tiens à remercier l'équipe de l'Université de Lille qui m'a recrutée et accueillie. Plus spécifiquement, je tiens à remercier Stéphane pour son humour et sa désorganisation, Céline pour sa rigueur et son accompagnement (je pense que sans toi, je n'aurais jamais eu de cours à donner), Fabienne pour ta disponibilité et tes conseils, et Amélie pour ta bonne humeur grâce à laquelle les difficultés pouvaient être abordées avec beaucoup plus de légèreté. J'espère qu'un jour nous aurons l'occasion de mener des projets de recherche ensemble. Amélie, je suis heureuse que tu aies répondu présente pour mon HDR.

Retour maintenant dans le sud, plus précisément à Nîmes, où j'exerce les fonctions de Maître de Conférences. Je tiens bien évidemment à remercier l'ensemble de mes collègues de la Filière Psychologie qui m'ont soutenue et conseillée tout au long de ces années, et qui ont supporté certains excès de mauvaise humeur liés à l'écriture de cette HDR. Sarah, ma partenaire de bureau, est sûrement celle qui les a le plus subis. Je te remercie pour ton soutien et pour m'avoir épaulé dans certaines charges administratives pour que je puisse accorder plus de temps à mon HDR. J'aimerais plus spécifiquement remercier Bastien et Serge grâce à qui j'ai eu la force de revoir mes priorités en accordant plus de temps à la recherche. L'écriture d'articles et de projets de recherche avec vous m'a énormément appris, motivée et rassurée. Bastien, grâce à ta rigueur et à ta bienveillance, j'ai pu développer de nouvelles compétences de recherche non acquises jusqu'ici, et me faire plus confiance. Serge, tes conseils et ton soutien m'ont permis de croire que cette HDR était possible. Au cours de ces quatre années, tu m'as aidée à prendre du recul vis-à-vis de certaines difficultés et tu m'as soutenue dans des moments difficiles. Je suis fière que tu sois mon garant. Tu vas me manquer...

Je ne saurais oublier la personne qui partage ma vie depuis maintenant 10 ans. Ton soutien a toujours été sans faille, ce qui n'a pas toujours été facile en cette année marquée par la naissance des jumeaux et ta prise de fonction. Dans ce contexte, l'écriture de mon HDR s'est parfois faite à tes dépends, merci d'avoir pris le relai, je sais que cela a parfois été difficile, pourtant je n'ai jamais entendu de plaintes (moi je l'aurais fait).

Je tiens à remercier le Pr Aurélie Untas et Abdel-Halim Boudoukha d'avoir évalué mon manuscrit.

Et enfin, je souhaite conclure en remerciant tous mes étudiants, actuels et passés, qui me font sans cesse avancer, réfléchir, me repositionner. Mes principaux remerciements vont aux étudiants dont j'ai pu encadrer les TER, dont certains sont traités dans ce manuscrit (Averous Priscillia, Baglieri Marine, Devoisin-Lagarde Charlotte, Garrel Mathilde, Plumas Constantin, Puechlong Cécile).

TABLE DES MATIERES

Préambule	9
Partie 1 : Introduction.....	12
Partie 2 : Stress et détresse des personnes LGB.....	17
1. Contexte	17
1.1. Les personnes LGB, un groupe stigmatisé	17
1.2. Les personnes LGB, un groupe en souffrance.....	21
1.3. Notre positionnement de recherche	23
2. Spécificités du processus transactionnel du stress des jeunes LGB	26
2.1. Processus transactionnel du stress en fonction de l'orientation sexuelle	26
2.2. Processus transactionnel du stress lors de la divulgation de son orientation sexuelle	28
3. Processus transactionnel du stress et détresse des jeunes LGB	36
3.1. Processus transactionnel du stress et risque suicidaire en fonction de l'orientation sexuelle	36
3.2. Processus transactionnel du stress et risque suicidaire lors de la révélation de son orientation sexuelle	38
3.3. Homophobie intériorisée, stratégies de coping et détresse	41
4. Recommandations thérapeutiques	46
Partie 3 : Marquage social des troubles psychiatriques	48
1. Contexte	49
1.1. Stigmatisation des troubles psychiatriques	49
1.2. Représentations de la maladie dans le champ psychiatrique.....	51
1.3. Notre positionnement de recherche	53
2. Le marquage social de la schizophrénie et du trouble bipolaire.....	55
2.1. Représentations communes (des individus sans trouble) de la schizophrénie et du trouble bipolaire	55
2.2. Représentations communes (des individus sans trouble) et représentations de la maladie (patients et proches).....	58
3. Les effets du marquage social sur les patients et leurs proches	62
3.1. Représentations de la maladie et observance des individus atteints de bipolarité	62
3.2. Effets de la stigmatisation intériorisée des mères ayant un enfant diagnostiqué TDAH ...	67
4. Agir sur le marquage social	71
4.1. Psychoéducation et représentations de la maladie	71

4.2. Lutter contre la stigmatisation sociale de la schizophrénie	74
5. Conclusion	79
5.1. Représentations et stigmatisation	79
5.2. Perspectives préventives et thérapeutiques	80
Partie 4 : Perspectives.....	82
1. Approfondissement des travaux antérieurs	82
1.1. Les effets bénéfiques de la révélation de son orientation sexuelle.....	82
1.2. La stigmatisation sociale des troubles psychiatriques	84
2. Ouverture à de nouvelles populations stigmatisées	87
2.1. Stigmatisation et détresse psychologique des personnes souffrant d'obésité	87
2.2. Stigmatisation et détresse psychologique des personnes incarcérées.....	90
Conclusion	95
Partie 5 : Synthèse des activités de recherche	96
1. Publications et productions scientifiques	96
2. Activités d'encadrement.....	101
3. Autres éléments scientifiques.....	103
Références.....	105
Annexes.....	130

PREAMBULE

Avant de présenter mes travaux de recherche, il me semble important de réaliser une rapide présentation de mon parcours. En 2004, je me suis inscrite en licence 1 de psychologie à l'Université d'Aix Marseille (AMU). Tout au long de ma licence et de mon master j'ai bénéficié d'enseignements majoritairement centrés sur le modèle psychanalytique. En 2009, suite à l'obtention de mon titre de psychologue, j'ai réalisé durant deux ans un Diplôme Universitaire en thérapies comportementales, cognitives, et émotionnelles (TCCE), approche psychothérapeutique m'apparaissant plus pertinente dans la prise en charge des patients. Même si mes recherches ne portent pas directement sur des modèles TCCE, cette approche constitue le socle de réflexion de l'ensemble de mes travaux et oriente les perspectives thérapeutiques qui en découlent. L'hétérogénéité de ma formation a participé à mon désir de décroiser les modèles théoriques et de croiser les approches. Mon affiliation à une équipe d'accueil en psychologie sociale vient illustrer ce positionnement, tout comme les projets et les publications réalisés en collaboration avec des chercheurs en psychologie sociale de la santé, en psychologie sociale, ou encore en psychologie cognitive.

Mon doctorat a débuté en septembre 2009, sous la direction du Professeur Pierluigi Graziani. L'absence de financement m'a contrainte à avoir une pratique professionnelle tout au long de mon doctorat. Au cours de ma première année, j'ai réalisé un service civique volontaire durant lequel j'ai mené une étude portant sur les problématiques des jeunes habitant en zones urbaines sensibles. L'année suivante, j'ai exercé en tant que psychologue dans de nombreux dispositifs liés à la parentalité (ateliers du réseau d'écoute, d'appui et d'accompagnement à la Parentalité ; permanence famille en mairie, lieu d'accueil enfant-parent). Le début de ma troisième année de doctorat a été marqué par l'obtention de mon poste de psychologue au Centre Hospitalier Psychiatrique Montperrin. Durant trois ans, j'ai eu la chance de travailler dans différents services du secteur psychiatrique, en intra hospitalier et en extra hospitalier, et d'y mener des TCCE. Si avoir une activité professionnelle tout au long de mon doctorat a été particulièrement coûteux en termes de temps, de fatigue, et de sacrifices, cela a également forgé mon positionnement de recherche qui se veut être à la jonction entre la théorie et la pratique. La recherche n'a de sens pour moi que lorsqu'elle permet la prévention et l'amélioration de la pratique clinique. Cette

posture se retrouve également dans mes enseignements au cours desquels je propose à mes étudiants une articulation théorico-pratique de la psychologie clinique.

Tout au long de mon doctorat, j'ai également assuré différents enseignements et formations (IFSI, université de Nîmes, université de Lille, AMU, organismes privés de formation). Mes enseignements à l'université de Lille ont été particulièrement marquants, car ils m'ont offert l'opportunité d'enseigner la psychologie des émotions et les TCCE. Reste que c'est à Nîmes que j'ai toujours pris le plus de plaisir à enseigner, en tant que vacataire ou en tant que Maître de Conférences, car la petite taille de notre université offre la possibilité de réellement créer un lien avec nos étudiants, de les suivre au fil des années, de les conseiller, et de les accompagner de manière plus ou moins individualisée. En 2015, l'ouverture du master en psychologie clinique et psychopathologie en thérapie comportementale, cognitive et émotionnelle, m'a offert l'opportunité de réaliser des enseignements en TCCE, et d'encadrer des TER, même si elle a aussi majoré mon sur-service. L'enseignement est pour moi l'occasion d'apprendre, de me remettre en question, d'évoluer, et cela à la fois sur le plan humain, professionnel, et pédagogique. J'aime mes étudiants, de la licence 1 au master 2, et j'espère que mes enseignements les aideront dans leur futur professionnel.

Je terminerai mon parcours par une rapide présentation de mon engagement dans diverses charges administratives. En 2014, lors de ma prise de fonction à Unîmes, j'ai pris la responsabilité de la licence 1 de psychologie, et cela pendant 3 ans. Responsabilité particulièrement conséquente pour une première année d'exercice mais qui m'a aidée à connaître rapidement le fonctionnement de l'université (gestion des intervenants, des emplois du temps, des étudiants en situation particulière, ...), et surtout à créer un contact privilégié avec les étudiants de licence 1. L'entrée à l'université peut constituer une épreuve pour certains étudiants, je suis contente d'en avoir aiguillé certains. En 2016, j'ai également pris la responsabilité du master 1 de psychologie clinique TCCE. La gestion du master étant très différente de celle de la licence, cela m'a donné l'occasion d'enrichir ma compréhension de l'université, et de favoriser les liens avec les professionnels, notamment à travers la gestion des stages. J'ai assuré cette fonction durant 2 ans, pour prendre cette année la responsabilité du master 2. Ces charges administratives, bien que chronophages et mettant parfois à l'épreuve mes capacités d'acceptation, m'ont aidé à être plus proche de mes

étudiants, du personnel administratif de l'université, et de mieux comprendre le fonctionnement universitaire.

S'engager dans l'HDR seulement après quatre ans de prise de fonction peut sembler être un choix risqué et rapide. C'est en partie vrai. Ce choix a été motivé par une raison simple, je voulais me forcer à accorder plus de temps à la recherche et la perspective de cette HDR m'y a aidé. Au cours de mes deux premières années à Unîmes, je me suis laissée submerger par les enseignements et les tâches administratives. Puis j'ai pris conscience que si je continuais dans cette direction je ne m'y retrouverais pas et ne m'épanouirais pas. A défaut de pouvoir réduire mon temps d'enseignement qui a pu atteindre plus de 170h complémentaires certaines années, j'ai dû m'organiser différemment, faire des choix, sans délaissier pour autant la qualité des enseignements et la proximité avec les étudiants - jeu d'équilibriste souvent compliqué que de gérer son temps en tant que Maître de Conférences. Mes collègues de la filière psychologie m'ont énormément aidée dans cette démarche, tout comme l'écriture de cette HDR. Grâce à la rédaction de ce manuscrit j'ai pu faire un point sur mes précédents travaux, et réfléchir aux projets que je souhaite mener dans les années à venir. Ainsi, j'ai pu prendre du recul pour mieux avancer. Voir la fin de l'année 2018 marquée par la finalisation de mon manuscrit d'HDR, la publication de quatre articles dans des revues internationales se situant dans les deux premiers quartiles de Scimago, et en avoir soumis trois autres, me laisse penser que l'équilibre souhaité a été atteint.

PARTIE 1 : INTRODUCTION

Ce document est une synthèse des travaux engagés au cours de ces 9 dernières années. Cette partie introductive vise à présenter le cadre général de mon positionnement de recherche que l'on pourrait nommer de clinique du marquage social. Pour cela, il me semble essentiel de revenir tout d'abord sur quelques éléments concernant la psychologie clinique et comment mes travaux s'inscrivent dans cette discipline. Je développerai ensuite l'ancrage sociétal et théorique qui sert de soubassement à mes recherches. Enfin, je terminerai cette introduction par la présentation des différentes sections qui structureront ce manuscrit.

Les définitions de la psychologie clinique sont multiples et intègrent parfois des éléments très hétérogènes. Les divergences dépendent en grande partie du référentiel théorique auquel elles sont associées. Mon appropriation de la psychologie clinique prend ses racines dans la conception proposée par Jean Louis Pardinielli (1994) qui a été un de mes enseignants en Licence et en Master à Aix Marseille Université. De manière générale, il définit la psychologie clinique comme la sous-discipline de la psychologie qui a pour objet l'étude, l'évaluation, le diagnostic, l'aide et le traitement de la souffrance psychique, et cela quelle que soit son origine. Plus spécifiquement, il met en avant la nécessité d'étudier la souffrance de l'individu en multipliant les méthodes, qu'elles soient standardisées ou non. Il invite donc à prendre de la distance vis-à-vis de la stricte opposition entre les méthodes cliniques dites non-objectivantes et objectivantes. Cela s'illustre par l'idée d'une complémentarité entre l'utilisation d'une méthodologie qualitative et quantitative, et cela pour répondre au mieux aux questions de recherche clinique. Il considère également la psychologie clinique comme étant constituée à la fois d'une pratique et d'un ensemble de connaissances. En ce sens, les recherches en psychologie clinique se doivent d'avoir une visée fondamentale et appliquée. Mon positionnement clinique de recherche s'inscrit dans cette conception de la psychologie clinique, riche de ses méthodes, de leurs complémentarités, et à la jonction entre la recherche fondamentale et la recherche appliquée.

La psychologie clinique se veut traditionnellement centrée sur l'individu, si l'on reprend la terminologie employée dans le modèle écologique, elle centre son analyse prioritairement sur l'ontosystème (Bronfenbrenner, 1979, 1986). En effet, elle étudie les mécanismes psychologiques, les caractéristiques individuelles, les habilités et les déficits de

l'individu en souffrance. Elle accorde également une grande importance à l'environnement social et aux interactions de l'individu. Mais elle limite son analyse à l'environnement immédiat (au microsystème) et à la qualité des interactions entre les différents éléments qui le composent (la famille, les amis, les collègues, etc.). A l'inverse, le macrosystème, à savoir le cadre de référence culturel, les valeurs et l'idéologie dominante de la société, le discours commun, sont autant d'éléments généralement délaissés par la psychologie clinique, sauf dans des approches très spécifiques telles que la psychologie clinique transculturelle. Mon positionnement clinique de recherche accorde quant à lui une place particulière au macrosystème dans la compréhension de la souffrance psychique.

Ce choix d'appréhender la souffrance psychique en lien avec le contexte social est étroitement lié au contexte sociétal français. Avec l'évolution de la société française et sa modernisation, nous aurions tout lieu de penser que notre société est aujourd'hui plus tolérante envers les différences, la diversité, la non-adéquation stricte à la norme. Pourtant, je ne m'engage pas trop en affirmant que ce n'est pas le cas. En atteste les nombreux discours haineux et les actes de violences dirigés à l'encontre de certains groupes d'individus. En août 2018, deux jeunes ont été pris à partis et insultés à Marseille à cause de leur orientation sexuelle, et les locaux de l'association les accueillant ont été dégradés par leurs agresseurs ; deux jeunes Lensois musulmans ont été agressés à coups de chaine en raison de leur religion. En Septembre 2018, un homme a été roué de coups pendant qu'il traversait le pont Alexandre III à Paris parce qu'il était juif ; un jeune Camerounais a été agressé dans le tram de Montpellier, sa couleur de peau ayant motivé son agression. Cependant, il serait particulièrement pessimiste de considérer que les choses ne vont que vers le pire, notamment car de nombreuses actions sont mises en œuvre pour réduire et condamner les discriminations. Cela s'illustre par l'augmentation de la réglementation condamnant ce type d'acte, par le développement de campagnes de prévention et d'information, ou encore par la multiplication des associations prônant la tolérance, l'égalité des droits et la réduction des discriminations. Reste qu'au moindre événement, les messages haineux et les comportements agressifs s'expriment plus intensément, plus médiatiquement, plus légitimement d'une certaine manière, l'expression « décomplexée » étant souvent utilisée dans les médias. En 2013, au moment de l'adoption du mariage pour tous, les actes homophobes se sont multipliés. En 2015, suite aux attentats, les actes islamophobes se sont amplifiés. Les actes de discrimination sont une composante essentielle du processus de stigmatisation. La stigmatisation est un processus à travers lequel un individu jugé comme

« anormal » sur la base d'une caractéristique jugée déviante va être discrédité et exclu. Ce dernier va alors être réduit à cette caractéristique indésirable, ce stigmate, ce qui va venir justifier les discriminations et les mesures d'exclusion (Goffman, 1963). Les discriminations sont étroitement liées aux préjugés, c'est-à-dire aux attitudes négatives dirigées envers un groupe d'individus, ainsi qu'aux stéréotypes qui sont des croyances socialement partagées sur les caractéristiques d'un groupe. Les individus stigmatisés peuvent l'être sur la base de certaines caractéristiques individuelles visibles (telles que l'âge ou le sexe), mais également des caractéristiques plus implicites (telles que l'appartenance religieuse, la classe sociale, l'ethnie, ou encore l'orientation sexuelle).

Les conséquences préjudiciables des stéréotypes négatifs, des préjugés, et de la discrimination, ont largement été démontrées sur le plan identitaire (Allport, 1954; Durkheim, 1897; Goffman, 1963). En effet, la manière dont les autres nous perçoivent, les réputations que l'on nous attribue, ont un impact sur l'image que l'on se construit de soi-même. Un niveau de stigmatisation élevé est également associé à différents signes de détresse psychologique, tels que le développement de symptômes anxio-dépressifs (Burgener & Berger, 2008; Demirel et al., 2018; Link, 1987), la prise de substances (Schomerus et al., 2011), ou encore un fort sentiment d'injustice (Steiner & Bertolino, 2005) et de honte (Benson, Alarid, Burton, & Cullen, 2011). Les individus appartenant à des groupes minoritaires sont plus sujets à la stigmatisation, celle-ci s'exprimant plus fréquemment à l'encontre de personnes déviantes par rapport à la norme sociale (Stafford & Scott, 1986). Tout comme la stigmatisation, l'appartenance à un groupe minoritaire a également des conséquences préjudiciables qui se manifestent notamment par une prévalence plus élevée de signes anxio-dépressifs, par exemple chez les personnes lesbiennes, gays et bisexuelles (LGB), les personnes atteintes du VIH ou encore obèses (Jorm et al., 2003; Simbayi et al., 2007). Selon le « Minority Stress Model » (MSM) (Meyer, 1995, 2003), la souffrance psychologique des individus appartenant à un groupe minoritaire est à mettre en lien avec leur excès de stress.

Sur la base de ces différents éléments, il m'est apparu évident que le positionnement de recherche que je souhaitais adopter, à savoir appréhender la souffrance psychologique en lien avec le contexte social, devait passer par l'étude approfondie de populations stigmatisées. Je pars du postulat que la détresse psychologique de ces individus est

étroitement liée au discours négatif qui leur est adressé et à leurs difficultés à s'y ajuster. Mon positionnement de recherche s'inscrit donc dans une démarche clinique du marquage social. Le terme de « marquage social » a été mobilisé dans différents champs disciplinaires, et dans différentes branches de la psychologie, il renvoie donc à des réalités très différentes selon le champ qui y fait référence. Dans ce manuscrit, il est à comprendre comme la « marque » que le contexte social va inscrire chez l'individu, dans sa construction identitaire, dans la construction de sa maladie, et qui va avoir une résonance clinique, c'est-à-dire qui va favoriser l'émergence de signes de souffrance psychologique.

Suite à cette première partie présentant une « vue d'ensemble » du champ dans lequel s'inscrivent mes travaux, les prochaines sections seront consacrées à la présentation des deux grands champs de recherche étudiés au cours de ces dernières années et qui prennent leurs essences dans les populations stigmatisées étudiées. Tout d'abord, mes travaux portant sur l'étude des signes de détresse psychologique des personnes LGB en lien avec le stress seront développés. Ce premier axe de recherche a deux objectifs. Le premier est d'identifier les spécificités dans le processus transactionnel du stress des personnes LGB. Le second est de rendre compte des liens entre les caractéristiques de l'expérience stressante et les signes de détresse des jeunes LGB. Cette double démarche a été explorée en fonction de l'orientation sexuelle à travers une comparaison entre les individus hétérosexuels et LGB, mais également en lien avec deux stressors spécifiques des personnes LGB : la révélation de leur orientation sexuelle et l'homophobie intériorisée. Ce premier axe de recherche a fait l'objet de deux contrats de recherche, de 6 articles publiés dans des revues indexées, d'un article publié dans une revue non indexée, de 16 communications dans des congrès nationaux et internationaux, de 3 encadrements d'étudiants en Master, et de 6 encadrements d'étudiants en Licence (voir Partie 5).

Dans un second temps, seront développés mes travaux s'intéressant aux personnes atteintes de troubles psychiatriques chroniques et à leurs proches. Ce second axe de recherche a un triple objectif. Le premier est de mieux comprendre le marquage social des troubles psychiatriques à travers l'étude des représentations de la schizophrénie et du trouble bipolaire au sein de trois populations : les individus sans trouble (représentations communes), les patients et leurs proches (représentations de la maladie). Le second est d'évaluer les effets du marquage social sur les patients et leurs proches. Le troisième est de

tester l'efficacité d'interventions visant à diminuer ce marquage social. Ce second axe de recherche a fait l'objet de 3 articles publiés dans des revues indexées, 2 articles soumis dans des revues indexées, et de 6 communications dans des congrès nationaux et internationaux, d'un encadrement doctoral, de 10 encadrements d'étudiants en Master, et de 5 encadrements d'étudiants en Licence (voir Partie 5).

Ce manuscrit se conclura par une dernière partie consacrée à la présentation de mes futurs projets de recherche, qui prennent leurs racines dans les travaux déjà engagés. Tout d'abord, seront développés deux projets qui s'inscrivent dans la continuité directe de mes précédents travaux. Le premier traite de l'évaluation des potentiels effets bénéfiques de la révélation de son orientation sexuelle. Le second évalue les processus sous-jacents à la stigmatisation sociale des troubles psychiatriques. Puis seront développés des projets menés auprès de populations stigmatisées non étudiées jusqu'ici, à savoir les personnes souffrant d'obésité et les personnes incarcérées. Ces projets s'intéressent plus précisément à l'évaluation des conséquences de la stigmatisation des personnes en surpoids sur leur détresse psychologique et leurs comportements alimentaires, et à l'étude des conséquences de la stigmatisation des personnes incarcérées sur leur détresse psychologique et leur conscience autoévaluative.

Je souhaite conclure cette partie introductive en précisant que si la première personne du singulier a été utilisée dans cette partie introductive, les suivantes seront quant à elles rédigées à la première personne du pluriel, l'ensemble de mes travaux ayant été réalisés avec des collègues et lors d'encadrements de travaux de recherche d'étudiants.

PARTIE 2 : STRESS ET DETRESSE DES PERSONNES LGB

1. CONTEXTE

1.1. Les personnes LGB, un groupe stigmatisé

Il est commun de penser qu'avec l'évolution des sociétés et des mœurs, le regard social porté sur les personnes LGB est de plus en plus tolérant. Pourtant, le quotidien Le Monde publie le 6 juin 2013 un article intitulé « l'homosexualité est aujourd'hui moins acceptée qu'en 2007 en France ». Ce phénomène s'illustre également par une importante augmentation du nombre d'appels adressés à l'association SOS Homophobie au cours de cette période, et un maintien à des taux élevés les années qui ont suivi (Figure 1). Cette augmentation de l'homophobie a été mise en lien avec le passage difficile et contesté de la loi sur le mariage pour tous. Alors que celle-ci a permis d'augmenter les droits des personnes LGB, elle a aussi conduit à la création d'un mouvement intitulé La Manif pour tous. Ce mouvement a très largement diffusé des messages remettant en question la capacité des personnes LGB à être parents, et par ce biais, a donné une certaine légitimité aux comportements homophobes.

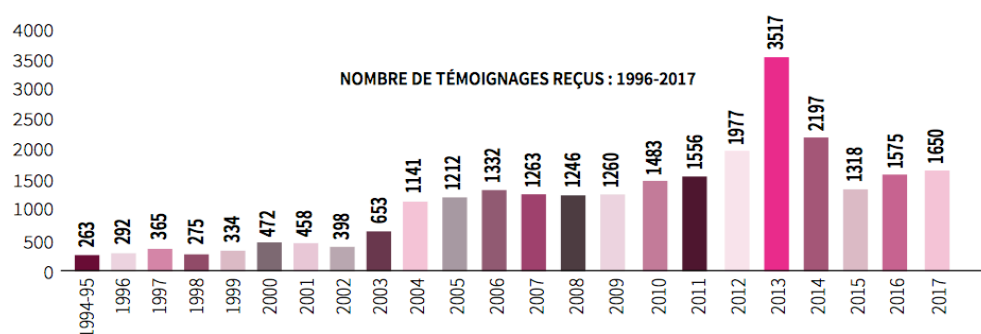


Figure 1 : Nombre d'appels reçus par SOS Homophobie de 1994 à 2017 témoignant d'actes LGBTphobes (Rapport 2018 de l'Association SOS Homophobie).

Dès sa création, le terme « homosexuel » a fait l'objet d'un ancrage social fort. Cette terminologie est inventée en 1869 par le Docteur Kertbeny dans le but de légitimer et de

faire exister publiquement une relation sexuelle et affective avec une personne du même sexe. Cependant, ce mot est très vite utilisé pour catégoriser un comportement dit « déviant », ce qui est illustré par l'apparition de l'homosexualité comme un diagnostic psychiatrique dans la première édition du « Diagnostic and Statistical Manual » (DSM) en 1952. Ce diagnostic est retiré du DSM II (1968), mais il est remplacé par la terminologie de « désordre de l'orientation sexuelle » dans sa révision. Le DSM III (1980) propose quant à lui le diagnostic d'« homosexualité ego-dystonique ». Celui-ci sera supprimé dans la révision de cette troisième édition en 1987, et n'apparaîtra plus par la suite. Dans un désir de prise de distance avec la psychiatrie, le terme homosexuel est aujourd'hui de moins en moins employé, la terminologie LGB lui est largement préférée, et sera donc privilégiée dans cet écrit.

Les nombreux stéréotypes négatifs associés aux personnes LGB s'appuient essentiellement sur l'opposition masculin/féminin. L'homme gay ou bisexuel est associé à la féminité et la femme lesbienne ou bisexuelle à la masculinité (Tamagne, 2002), il y aurait donc chez les personnes LGB une inversion entre le sexe anatomique et le rôle sexuel (Corrazé, 2002). Elles vont alors construire leur identité en lien avec ces stéréotypes ; leur « identité personnelle » va donc s'établir en fonction de leur « identité assignée » (Eribon, 1999). Certaines personnes LGB adoptent des stratégies de conformité c'est-à-dire adhèrent aux stéréotypes. D'autres s'engagent dans des comportements d'évitement, elles vivent leur sexualité de manière cachée tout en adoptant les « signes » de l'hétérosexualité. D'autres encore emploient des stratégies d'opposition en se construisant à contre-pied des stéréotypes. Ces stéréotypes constituent le point d'ancrage des actes de discrimination regroupés sous le terme d'homophobie. L'homophobie se caractérise par des insultes, de la violence, ou toutes autres marques d'agressivité proférées contre les personnes LGB en lien avec leur orientation sexuelle. Ce type de comportements défend une conception hiérarchisée de la sexualité dans laquelle l'hétérosexualité est perçue comme supérieure à l'homosexualité (Borrilo, 2001). Selon le rapport 2018 de l'Association SOS Homophobie, les actes homophobes sont particulièrement présents en France et s'expriment dans différentes sphères du quotidien (lieux publics, travail, voisinage, famille, milieu scolaire, etc.)

Dans le but de mieux comprendre la manière dont les personnes LGB sont perçues, des entretiens semi-directifs ont été réalisés auprès de jeunes habitant dans des Zones Urbaines Sensibles de Marseille (n = 76, 36,84% femmes, âgés de 13 à 26 ans). Notre question introductive était la suivante « *qu'est ce que tu penses de l'amour entre deux personnes du même sexe ?* ». La tonalité des réponses que nous avons obtenues était très majoritairement négative. Les propos tels que « pédé », « tapette » étaient récurrents et le caractère « anormal », « contre nature » voire « dégueulasse » de ce type de comportement apparaissait au premier plan. Cette « anormalité » était essentiellement associée à la remise en question des valeurs traditionnelles du couple : « *Ken il est avec Barbie, point. C'est conçu comme ça, quand on était petit on nous a montré ça* ». Elle a également été fortement associée à l'appartenance religieuse.

Encadré 1 : Extraits de deux entretiens.

« J'aime pas du tout, pour moi c'est n'importe quoi. Je sais pas déjà c'est pas beau. Après moi je vais voir deux filles ensemble, voilà c'est un fantasme de tous les mecs, mais quand je vois deux hommes ensemble franchement je leur souhaite l'enfer, j'ai rien contre ces gens là mais voilà c'est dégueulasse »

« Dans notre religion ça se fait pas déjà, ça nous l'interdit, donc c'est quelque chose que ... que moi-même déjà je pourrai pas me tourner vers ça parce que la religion c'est quelque chose de vachement important pour nous, et vachement présent en plus, donc c'est pas quelque chose qu'on peut tourner le dos ou quoi que ce soit...après moi comme je dis s'ils aiment ça et faire ça y a pas de soucis mais qu'ils font en intimité »

Par contre, lorsque nous leur avons demandé d'imaginer ce qui se passerait si un ami à eux leur faisait part de son homosexualité, leurs propos étaient beaucoup plus nuancés. Majoritairement, ils ont déclaré que cela ne remettrait pas en question leur amitié, même si certains ont précisé que probablement leur relation serait plus distante. Cet écart observé entre l'homosexualité en général, et un proche homosexuel, illustre l'importance de la familiarité comme levier potentiel au changement de leurs représentations. Les effets bénéfiques de la proximité ont d'ailleurs largement été démontrés dans la stigmatisation des troubles mentaux (Corrigan, 2000; Holmes, Corrigan, Williams, Canar, & Kubiak, 1999), ce qui sera développé dans la Partie 3 / 4.2.

Encadré 2 : Extrait d'un entretien.

- « Si un de tes amis te disait qu'il était homosexuel, tu penses que tu réagirais comment ? »
- « Franchement je sais pas, je pense pas que je ferai quelque chose, mais je sais pas. J'ai pas un mauvais fond, je pense que je suis gentil, t'as choisi, t'as choisi, c'est toi. Après voilà. »
- « Tu penses que ça aurait un impact sur votre amitié ? »
- « Je crois pas, mais bon après faut voir, c'est bien beau d'en parler comme ça mais après faut voir, tu vois ce que je veux dire, mais je pense pas que ça changerait quelque chose, franchement non je pense pas. »

Cependant, comme le précise très bien le jeune homme de l'Encadré 2, cela reste hypothétique. En effet, aucun des jeunes que nous avons rencontrés n'avait été confronté à cette situation. Très peu connaissent une personne LGB, majoritairement ils déclaraient même ne jamais en avoir vu. Ainsi, leurs représentations des personnes LGB ne s'est construite qu'à partir du discours commun et pas en lien avec leurs expériences personnelles. D'ailleurs, il est important de noter que les 5 jeunes qui ont déclaré connaître une personne LGB ont tenu des propos beaucoup plus tolérants, comme l'illustre l'Encadré 3.

Encadré 3 : Extrait d'un entretien.

- « Qu'est-ce que tu penses de l'amour entre deux personnes du même sexe ? »
- « Ben, que c'est pareil, c'est la même chose... Moi, je... Je trouve que des gens qui s'arrêtent à ça, c'est... Ils sont des débiles, mais vraiment des débiles... »
- « Les gens qui font quoi ? »
- « Qui s'arrêtent à ça, qui font de polémique parce que... Ils sont ensemble, c'est du même sexe, et tout ça... Donc... »
- « Est-ce que tu connais des personnes homosexuelles ? »
- « Ouais, j'ai une copine à moi... »

Les personnes LGB font donc l'objet d'un marquage social fort, celui-ci pouvant engendrer une importante détresse psychologique. Dans le cadre de nos travaux, nous nous sommes essentiellement intéressés à trois indicateurs de détresse : le risque suicidaire, les symptômes dépressifs et les symptômes anxieux, qui sont traités dans la section suivante.

1.2. Les personnes LGB, un groupe en souffrance

Les premières données Nord Américaines rendant compte de la relation entre l'orientation sexuelle et le suicide émanent du « Report of the Secretary's Task Force on Youth Suicide » et suggèrent que les jeunes hommes gays font au moins 2 à 3 fois plus de tentatives de suicide que les hommes hétérosexuels, et qu'ils représenteraient jusqu'à 30% des suicides des adolescents (Gibson, 1989). Par la suite, de nombreuses études internationales ont confirmé le taux élevé de tentatives de suicide et d'idéations suicidaires des jeunes LGB en comparaison à leurs pairs hétérosexuels (Fish, Rice, Lanza, & Russell, 2018; Garofalo, Wolf, Kessel, Palfrey, & DuRant, 1998; Garofalo, Wolf, Wissow, Woods, & Goodman, 1999; Mustanski, Garofalo, & Emerson, 2010; Plöderl & Tremblay, 2015; Remafedi, 2002; Suicide Prevention Resource Center, 2008). Les premières données françaises sont beaucoup plus récentes et font état d'un taux de 17% de tentatives de suicide chez les hommes gays, qui s'élève à 27 % chez les moins de 20 ans (Adam, 2001). Plus récemment, d'autres recherches françaises ont confirmé la sursuicidalité des jeunes LGB en France (Beck, Guilbert, & Gauthier, 2007; Bourdet & Pugnère, 2011; Charbonnier & Graziani, 2011b; Charbonnier & Graziani, 2011a; Charbonnier, Hatteschweiler, & Graziani, 2015; Lhomond & Saurel-Cubizolles, 2009; Lhomond & Saurel-Cubizolles, 2003; Velter, 2007). En effet, nous avons montré qu'un jeune sur deux se définissant comme LGB présente un risque suicidaire élevé (Charbonnier & Graziani, 2011b; Charbonnier et al., 2015). Plus précisément, 66 % affirment avoir déjà eu des idées suicidaires, et 31 % déclarent avoir déjà tenté de mettre fin à leurs jours (Charbonnier & Graziani, 2011a).

Il existe également un consensus sur l'importance des symptômes et des troubles dépressifs au sein de cette population (Almeida, Johnson, Corliss, Molnar, & Azrael, 2009; Fish & Pasley, 2015; Krueger, Meyer, & Upchurch, 2018; la Roi, Kretschmer, Dijkstra, Veenstra, & Oldehinkel, 2016; Lhomond & Saurel-Cubizolles, 2003; Marshal et al., 2013; Saewyc et al., 2007; Wang et al., 2014). Parmi les jeunes qui se déclarent LGB, 40% indiquent s'être sentis tristes ou désespérés durant les deux dernières semaines, contre 26% pour les jeunes se disant hétérosexuels (District of Columbia public schools, 2007). Des taux particulièrement élevés sont également observés pour les symptômes et les troubles anxieux (Björkenstam, Björkenstam, Andersson, Cochran, & Kosidou, 2017; Cochran, Mays, &

Sullivan, 2003; Gilman et al., 2001; Pakula, Carpiano, Ratner, & Shoveller, 2016; Sandfort et al., 2001). Nos travaux ont mis en évidence qu'un état anxieux est à suspecter chez plus de la moitié des jeunes LGB (Charbonnier & Graziani, 2011b; Charbonnier et al., 2015). Dans nos travaux nous avons pu mettre en évidence que les scores moyens d'inquiétude des jeunes LG étaient similaires aux scores moyens obtenus dans la littérature pour les personnes présentant un trouble anxieux généralisé (Charbonnier & Graziani, 2011a).

Cette détresse peut être mise en lien avec l'hostilité sociale et les expériences de discriminations dont ils sont victimes. En effet, les personnes LGB qui rapportent avoir subi des discriminations en lien avec leur orientation sexuelle ont des taux plus élevés de dépression, d'idées suicidaires et de tentatives de suicide (Almeida et al., 2009; Poteat, Mereish, DiGiovanni, & Koenig, 2011; Russell, Sinclair, Poteat, & Koenig, 2012). Selon le « Minority Stress Model » (MSM) (Meyer, 1995, 2003), les préjudices vécus par les individus appartenant à un groupe minoritaire vont être générateurs de stress, ce qui va impacter leur santé mentale. Dans ce modèle, l'excès de stress des personnes appartenant à un groupe minoritaire serait essentiellement dû aux stressseurs spécifiques (« minority stress ») qui sont directement liés à leur appartenance minoritaire, auxquels viennent s'ajouter des stressseurs généraux, qui sont quant à eux indépendants de l'appartenance minoritaire (un entretien d'embauche, un examen, ...). Les stressseurs spécifiques se déclinent en deux catégories. La première concerne les stressseurs distaux qui correspondent à des événements extérieurs, objectifs, ne dépendant pas de l'individu, c'est le cas de l'homophobie. La seconde concerne quant à elle les stressseurs proximaux, plus subjectifs, et internes, c'est le cas des différentes étapes de construction de l'identité sexuelle. L'application de ce modèle aux personnes LGB est représentée dans la Figure 2.

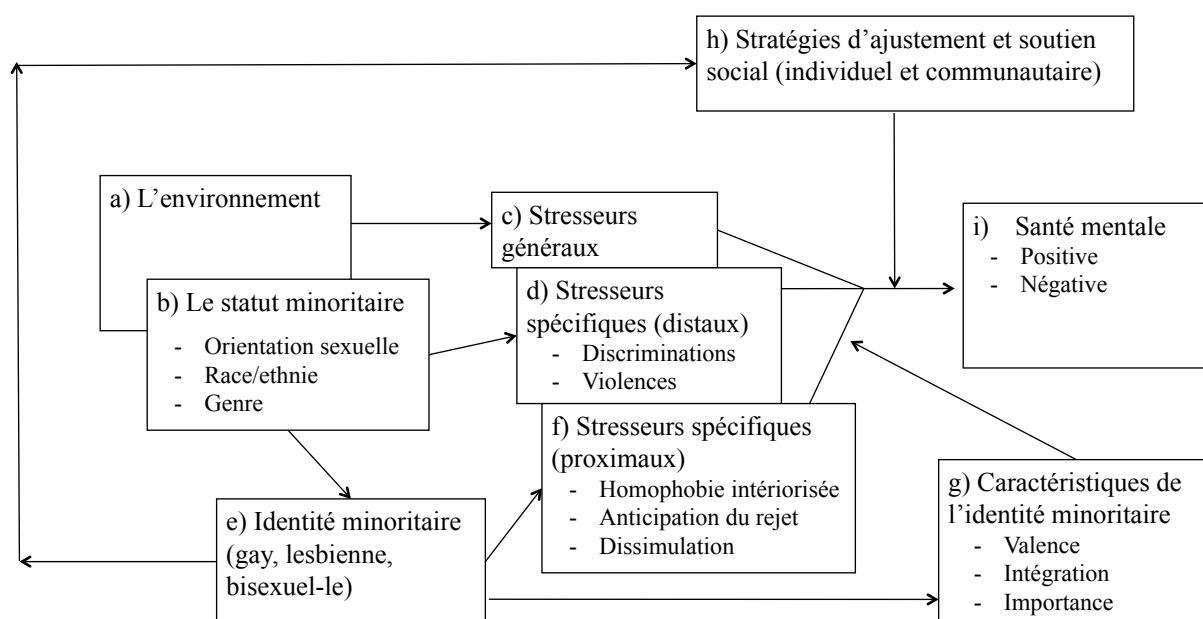


Figure 2 : Reproduction du « Minority Stress Model » (Meyer, 2003).

1.3. Notre positionnement de recherche

En 2008, le ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports, a mis l'accent sur la nécessité de lutter contre la souffrance psychique liée à l'homosexualité et d'accentuer le repérage et la prévention de la crise suicidaire et de la souffrance psychique chez les jeunes LGB (Ministère de la Santé de la Jeunesse et des Sports, 2008). Pourtant, les travaux portant sur les processus impliqués dans la détresse psychologique de cette population sont restés très minoritaires en France. Nous avons exploré ce champ de recherche en nous appuyant sur le postulat défendu par le MSM (Figure 2), c'est-à-dire en explorant le rôle du stress et de sa gestion dans la compréhension de la détresse de ces jeunes. Pour opérationnaliser l'évaluation de l'expérience stressante, nous avons mobilisé un second cadre conceptuel qui est le modèle transactionnel du stress développé par Lazarus et ses collaborateurs (Coyne & Lazarus, 1980; Lazarus, 1966; Lazarus & Folkman, 1984). Le stress y est appréhendé comme une transaction particulière entre l'individu et la situation. Il va dépendre de la manière dont le sujet interprète la situation (évaluation primaire) et de ses capacités à y faire face (évaluation secondaire). Ces deux évaluations cognitives vont avoir une résonance émotionnelle qui va accompagner et influencer l'évaluation cognitive (Folkman & Lazarus, 1988), et en partie déterminer les stratégies que l'individu va mettre en place pour s'ajuster à la situation (Lazarus & Folkman, 1984; Lazarus & Folkman, 1987). Ce modèle est représenté dans la Figure 3.

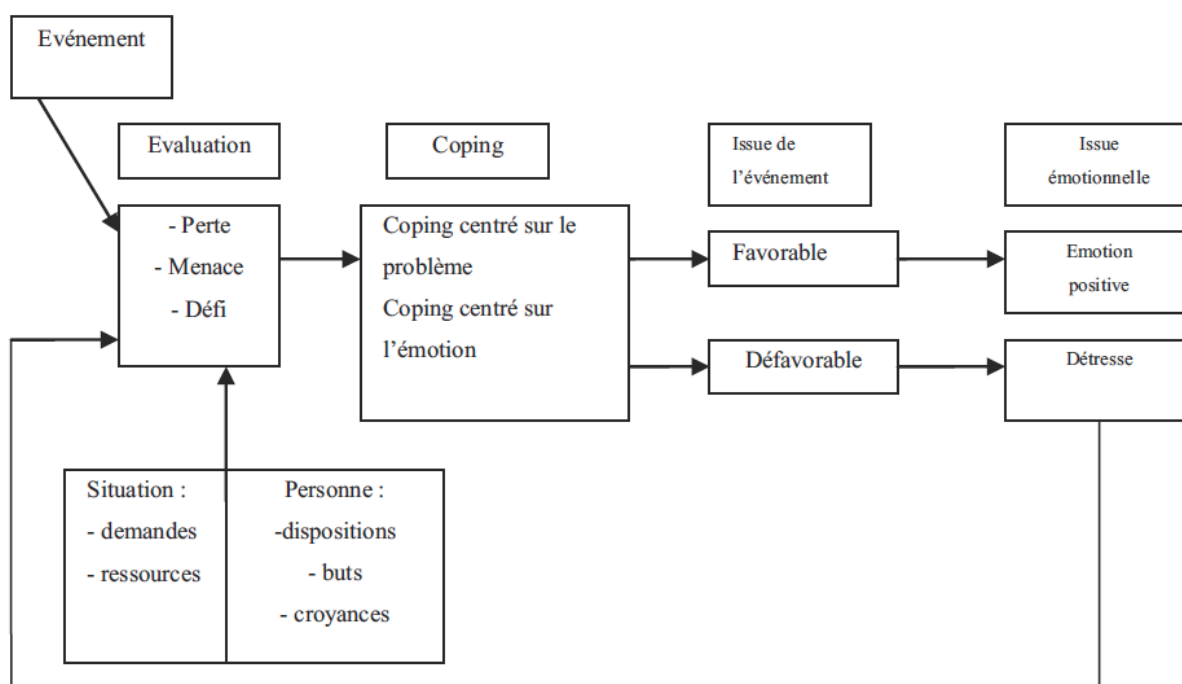


Figure 3 : Modèle transactionnel du stress de Lazarus et Folkman (1984) issu de l'article de l'article de Untas, Koleck, Rasclé, & Bruchon-Schweitzer (2012).

Nous avons mobilisé deux modèles théoriques issus de la psychologie sociale de la santé, dans une visée clinique. Ce premier axe de recherche a deux objectifs. Le premier est d'identifier les spécificités dans le processus transactionnel du stress des personnes LGB, et le second est de rendre compte des liens entre les caractéristiques de l'expérience stressante et les signes de détresse des jeunes LGB. Cette double démarche a été explorée en fonction de l'orientation sexuelle à travers une comparaison entre les individus hétérosexuels et LGB, mais également en lien avec un stressor spécifique des personnes LGB qui est la révélation de leur orientation sexuelle. Afin de proposer une compréhension plus complète des liens entre stress et détresse psychologique, un autre stressor spécifique a été étudié, l'homophobie intériorisée. Les démarches entreprises sont représentées dans la Figure 4, et sont développées dans les prochaines sections.

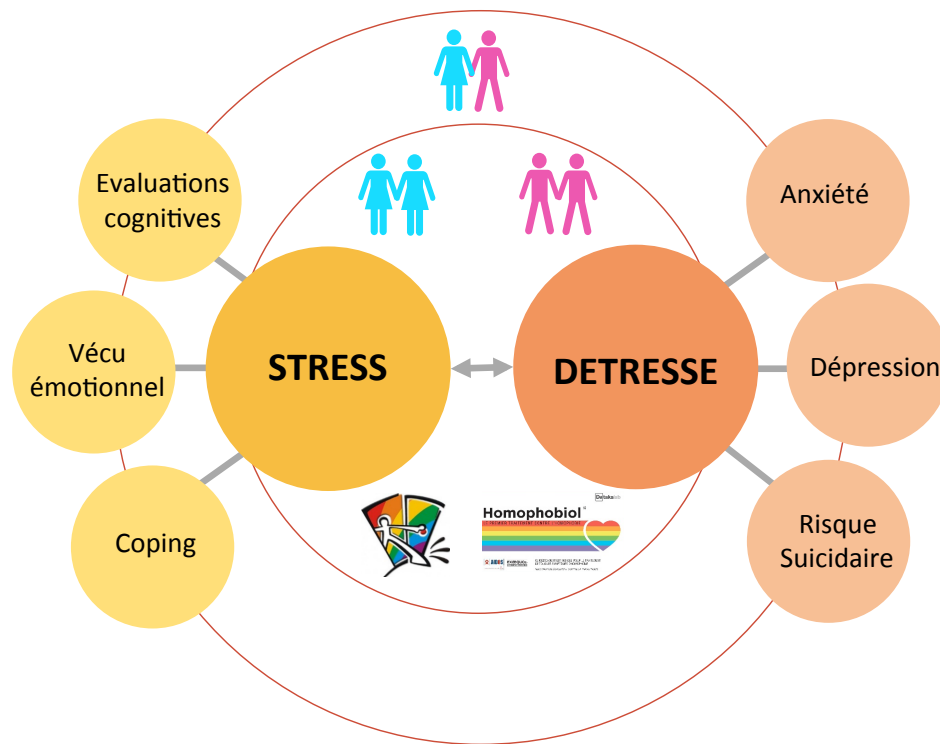


Figure 4 : Synthèse des travaux engagés sur le rôle du stress dans la souffrance psychologique des personnes LGB.

2. SPECIFICITES DU PROCESSUS TRANSACTIONNEL DU STRESS DES JEUNES LGB

De nombreuses recherches ont mis en évidence la prévalence du stress dans la population LGB. Pourtant, aucune étude n'a tenté de mettre en lumière les spécificités du processus transactionnel du stress au sein de cette population. Nous avons investigué ce champ de recherche tout d'abord en fonction de l'orientation sexuelle en comparant les personnes LGB aux personnes hétérosexuelles, puis spécifiquement auprès des personnes LGB lors de la révélation de leur orientation sexuelle.

2.1. Processus transactionnel du stress en fonction de l'orientation sexuelle

De nombreux travaux ont mis en évidence le rôle de l'orientation sexuelle sur les stratégies de coping et rendent majoritairement compte d'un usage préférentiel de stratégies dites inadaptées (essentiellement des stratégies d'évitement) chez les personnes LGB (Endler & Parker, 1994; Grossman et al., 2009; Lock & Steiner, 1999; Sandfort, Bakker, Schellevis, & Vanwesenbeeck, 2009; Sandfort, de Graaf, & Bijl, 2003; Sornberger, Smith, Toste, & Heath, 2013). A notre connaissance, les autres caractéristiques du processus transactionnel du stress, plus spécifiquement l'évaluation cognitive et le vécu émotionnel, n'ont jamais été explorées. Pourtant, il y a tout lieu de penser que l'appartenance à un groupe minoritaire peut également avoir un impact sur l'évaluation cognitive des expériences stressantes. En effet, la multiplication d'évènements stressants similaires et faiblement contrôlables, comme c'est le cas par exemple des expériences de discrimination, peut participer à la majoration du stress perçu et à la réduction du contrôle perçu, en activant de façon répétée des schémas de danger, de perte ou de rejet (Beck, 1984, 1985), et cela d'autant plus que ces expériences sont précoces (Bandura, 1995; Chorpita & Barlow, 1998). Cette configuration peut favoriser l'émergence de comportements considérés comme dysfonctionnels pouvant compromettre la capacité générale d'adaptation de l'individu. Par conséquent, nous nous attendons à ce que les personnes LGB évaluent les situations stressantes comme plus menaçantes, jugent disposer de moins de capacité d'action, ressentent plus d'émotions négatives, et utilisent plus de stratégies d'évitement, que les personnes hétérosexuelles.

Pour tester ces hypothèses, nous avons comparé les différentes dimensions du processus transactionnel du stress de jeunes LGB (n = 217, 113 gays, 69 lesbiennes, 19 bissexuelles, 16 bissexuels, 40% femmes, $m_{\text{age}} = 21,75 \pm 2,62$ ans) et de jeunes hétérosexuels (n = 202, 88% femmes, $m_{\text{age}} = 20,30 \pm 3,33$ ans). La différence de sexe dans nos deux groupes nous a conduit à contrôler cette variable pour l'ensemble des analyses qui ont été réalisées. Le « Questionnaire d'Évaluation de la Transaction Stressante (QETS) » (Graziani, 2001) a été utilisé pour mesurer l'évaluation cognitive (primaire et secondaire) et le vécu émotionnel de nos participants. L'évaluation cognitive primaire (les risques encourus en lien avec la situation stressante) a été mesurée à partir de l'évaluation de l'intensité de 14 risques généraux. Certains risques sont liés à leur propre bien être, d'autres à la possibilité de nuire au bien-être de leurs proches, d'autres encore visent la dévalorisation de soi et la perte de considération des autres etc. L'évaluation cognitive secondaire (les moyens d'actions perçus pour faire face à la situation stressante) a été opérationnalisée en quatre possibilités d'intervention : « changer la situation ou y faire quelque chose », « accepter la situation », « en savoir plus avant d'agir », ou « se retenir de faire ce qu'ils auraient voulu ». L'évaluation émotionnelle au début de la situation stressante a été mesurée à partir de l'évaluation de l'intensité de 24 émotions. L'utilisation du QEST a été couplée à la version française de la « Way of Coping Check-list » (Graziani, Rusinek, Servant, Hautekeete-Sence, & Hautekeete, 1998) afin de mesurer les stratégies d'ajustement de nos participants. Enfin, trois caractéristiques de la situation stressante ont été mesurées : son niveau de répétition, de prévisibilité et le degré d'initiative de l'individu. Nos participants avaient pour consigne de répondre à l'ensemble de ces mesures en se remémorant la situation la plus stressante de leur vie.

Nos analyses ne mettent en évidence aucun effet de l'orientation sexuelle sur l'évaluation cognitive et les stratégies d'ajustement. Les seules différences observées entre nos deux groupes concernent leur vécu émotionnel, les jeunes LGB ressentent plus d'émotions positives au début de la situation stressante (bien-être) que les jeunes hétérosexuels, qui quant à eux, présentent plus d'émotions négatives (déception, anxiété). De plus, les jeunes LGB ont plus initié le début de la situation stressante que les jeunes hétérosexuels. En l'absence d'autres spécificités liées à l'orientation sexuelle, ces résultats sont difficilement interprétables.

L'absence d'effet de l'orientation sexuelle dans le processus transactionnel du stress des personnes LGB peut être mis en lien avec les limites de notre protocole. La première tient au choix de la population hétérosexuelle. Pour faciliter le recrutement, nous avons interrogé des étudiants en Psychologie, essentiellement en Licence 1, ce qui a engendré des disparités dans la répartition des sexes entre nos groupes, mais également, nous a conduit à évaluer une population dont la vulnérabilité au stress est reconnue (Boujut, Koleck, Bruchon-Schweitzer, & Bourgeois, 2009; Charbonnier & Graziani, 2014; Estingoy, Fort, Normand, Lerond, & D'Amato, 2013; Mazé & Verlhac, 2013) ce qui a pu participer à minimiser les effets attendus. Il serait donc intéressant de répliquer cette démarche sur une population hétérosexuelle plus hétérogène. La seconde limite de notre protocole est la non prise en considération du type de stressor de nos participants LGB. Généralement, la nature du stressor n'a que peu d'importance, l'intérêt étant plutôt porté sur l'évaluation que l'individu va en faire. Cependant pour les personnes LGB, il aurait été important de distinguer les stressors généraux des stressors spécifiques. En effet, l'usage préférentiel des stratégies d'évitement des jeunes LGB a essentiellement été étudié face à des stressors spécifiques, notamment car ils disposent de moins de ressources et de contrôle face à ce type de stressor (Meyer, 2003). Le coping est un processus qui évolue au fil du temps mais surtout du contexte, même si chaque individu possède des stratégies préférentielles issues des interactions stressantes précédentes (Wearing & Hart, 1996), la demande situationnelle peut interagir avec ces préférences et conduire l'individu à faire d'autres choix (Endler, 1997). Il existe donc à la fois une certaine stabilité et en même temps une certaine variabilité employées par chaque individu (Miller, 1991). Dans les recherches futures, il serait donc intéressant d'évaluer le processus transactionnel du stress des personnes LGB en fonction de la nature du stressor (spécifique vs général). Cette limite nous a conduit à poursuivre nos travaux en nous intéressant à un stressor spécifique, la divulgation de son orientation sexuelle.

2.2. Processus transactionnel du stress lors de la divulgation de son orientation sexuelle

La divulgation de son orientation sexuelle est une expérience fréquemment stressante (Iwasaki & Ristock, 2007; Savin-Williams, 2001; Willoughby, Malik, & Lindahl, 2006). Près d'un jeune LGB sur quatre affirme que cette divulgation a constitué l'expérience la plus

stressante de leur vie (Charbonnier et al., 2015). Cette annonce présente à la fois des enjeux identitaires, sociétaux et familiaux (Cass, 1979). Qui plus est, c'est un événement stressant qui est amené à se répéter (Charbonnier & Graziani, 2012), chaque annonce va être l'occasion d'une construction ou d'une reconstruction de l'identité (Mellini, 2009). Si le caractère particulièrement stressant de la révélation de son orientation sexuelle a largement été démontré, le processus transactionnel du stress au cours de celle-ci a été sous-exploré. Pour étudier au mieux ce champ de recherche, une méthodologie mixte a été engagée. Des entretiens semi-directifs ont été réalisés auprès de 8 gays et de 7 lesbiennes interrogés sur l'annonce de leur orientation sexuelle la plus stressante de leur vie (Charbonnier & Graziani, 2013). Leur évaluation cognitive, leurs stratégies d'ajustement et leur vécu émotionnel au cours de celle-ci ont été explorés. Ces mêmes caractéristiques du processus transactionnel du stress ont été étudiées à travers une démarche quantitative réalisée auprès de 62 lesbiennes, 7 bisexuelles, 124 gays et 7 bisexuels ($m_{\text{age}} = 21,7 \pm 2,6$ ans) (Charbonnier, Dumas, Chesterman, & Graziani, 2018), et cela en mobilisant les mêmes mesures que celles présentées dans la Partie 2 / 2.1.

2.2.1. Evaluation cognitive

Au cours des entretiens, tous les jeunes interrogés ont déclaré avoir anticipé négativement la divulgation de leur orientation sexuelle. Leurs principales craintes concernaient : le fait d'être rejeté et de perdre l'amour de leurs proches : *« je m'imaginai le pire qu'ils me disent que je les dégoûte, qu'ils me rejettent »* ; l'incertitude quant à la réaction de l'autre *« je ne savais pas comment elle pourrait réagir »* ; la crainte d'apparaître comme une personne mauvaise et anormale et donc de voir la relation avec leurs proches se détériorer *« parce qu'en fait être homo, ce n'est pas normal »*. Leurs anticipations portent donc toutes sur la réaction de leurs proches, la possibilité que cette révélation les blesse et modifie leurs relations. Notre protocole quantitatif conduit aux mêmes conclusions (voir Tableau 1). Le niveau de divulgation de son orientation sexuelle est en effet guidé par la crainte d'être rejeté (Groves, Bimbi, Nanín, & Parsons, 2006; Pachankis, Goldfried, & Ramrattan, 2008). Le risque d'entraver leurs relations familiales conduit de nombreux jeunes LGB à ne pas parler de leur orientation sexuelle à leurs parents (D'Augelli, Grossman, Starks, & Sinclair, 2010). Dans nos différents travaux, la révélation réalisée auprès des parents était très majoritairement identifiée comme étant la plus stressante de leur

vie. L'annonce à la mère se fait en général avant la divulgation au père, ce qui serait le reflet d'une plus grande confiance et d'une plus grande proximité émotionnelle vis-à-vis de celle-ci (Savin-Williams, 2001). La réaction parentale évolue positivement avec le temps, et cela est d'autant plus marqué chez les mères (Charbonnier & Graziani, 2011a). Reste que pour plus de la moitié des jeunes LGB, leurs parents ont réagi négativement au moment de cette annonce, la tristesse, le déni ou encore la colère étant les attitudes les plus fréquemment observées (Savin-Williams & Ream, 2003; Willoughby et al., 2006). Le temps est une notion importante à prendre en considération, cette divulgation nécessite de la part des parents un ajustement progressif, qu'ils se dégagent de leurs préjugés concernant l'homosexualité mais aussi de leur sentiment de culpabilité (Floyd, Stein, Harter, Allison, & Nye, 1999). Nos travaux ont mis en évidence que plusieurs années après l'annonce, son issue est jugée comme majoritairement favorable (Charbonnier & Graziani, 2016; Charbonnier et al., 2015). D'ailleurs, il est intéressant de constater qu'il n'existe pas de lien entre l'évaluation des risques encourus et l'issue de la divulgation. Autrement dit, ce n'est pas ceux qui craignent le plus que leur révélation se passe mal pour qui celle-ci se termine effectivement mal. Si la crainte d'être stigmatisé, de subir des jugements négatifs et de perdre ses amis et/ou sa famille est majorée lors de la divulgation de son orientation sexuelle, cette peur du rejet s'exprime aussi indépendamment de cette divulgation (Grov et al., 2006; Legate, Ryan, & Weinstein, 2012). De nombreux jeunes LGB se considèrent comme des fardeaux pour leurs proches et se blâment de générer de l'inconfort à des êtres chers (Hilton & Szymanski, 2011; Oswald, 2000).

Tableau 1 : Evaluation des risques encourus au cours de la divulgation de leur orientation sexuelle (Charbonnier, Dumas, et al., 2018) sur une échelle de 0 pour « pas du tout » à 4 pour « beaucoup ».

Evaluation cognitive primaire	Moyenne (± écarts-types)
Risque « Perdre le respect et l'affection des autres »	2,35 (±1,11)
Risque « Générer de la souffrance chez les autres »	1,92 (±1,21)
Risque « Faire du mal et se faire du mal »	1,54 (±0,96)
Risque « Apparaître comme une personne insouciant et sans moralité »	0,94 (±1,12)
Risque « Echouer et se montrer incompetent »	0,50 (±0,74)

Concernant leur contrôle perçu, ils ont majoritairement évoqué lors des entretiens s'être sentis démunis et sans contrôle face à la révélation de leur orientation sexuelle. Les résultats de notre protocole quantitatif rendent également compte d'un faible contrôle perçu, si ce n'est à travers l'acceptation (voir Tableau 2). Dans ce contexte, l'acceptation peut inclure différentes dimensions, à savoir accepter de ne pas pouvoir agir sur les conséquences

de leur révélation et accepter la réaction de leurs proches. Selon Miller et Kaiser (2001), l'acceptation des personnes LGB face à la stigmatisation peut être adaptée lorsque celle-ci les protège d'émotions négatives telles que la tristesse et la colère. Cela est d'autant plus vrai face aux événements incontrôlables et persistants qui nécessitent une accommodation aux stressors (Carver, Scheier, & Weintraub, 1989), comme cela peut être le cas des réactions et attitudes des proches suite à la révélation de son orientation sexuelle. Accepter ne signifie pas se résigner, au contraire, l'acceptation peut favoriser une plus grande flexibilité dans l'ajustement à la situation (Carver et al., 1989; Muller & Spitz, 2003). Il est important de relever que lors d'autres situations stressantes les jeunes LGB disposent d'un contrôle perçu beaucoup plus important (Charbonnier & Graziani, 2016; Charbonnier et al., 2015).

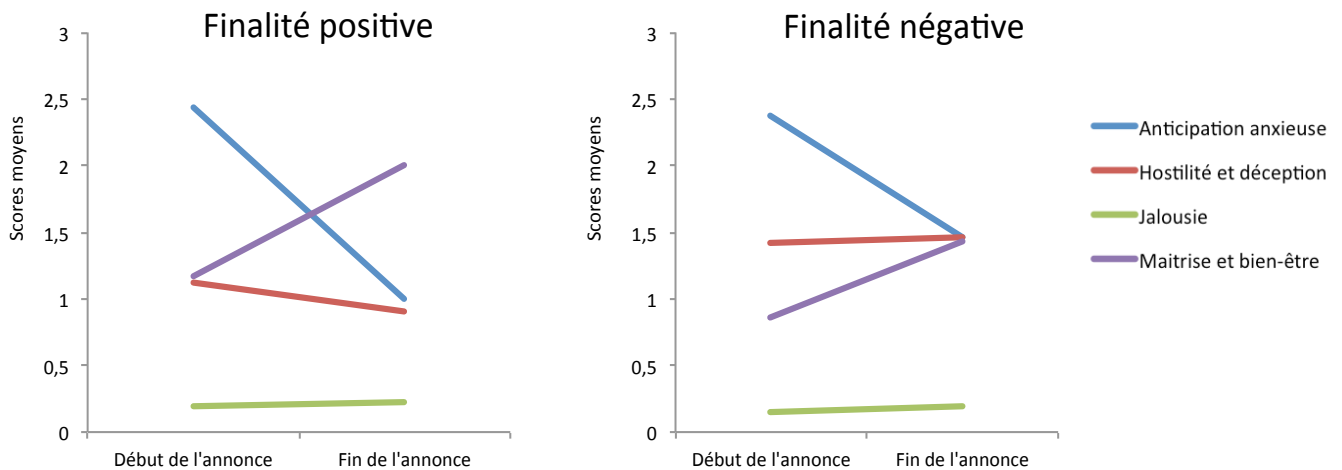
Tableau 2 : Evaluation des capacités d'action au cours de la divulgation de leur orientation sexuelle (Charbonnier, Dumas, et al., 2018) sur une échelle de 0 pour « pas du tout » à 4 pour « beaucoup ».

Evaluation cognitive secondaire	Moyenne (± écarts-types)
Accepter la situation	2,98 (±1,25)
En savoir plus avant d'agir	1,25 (±1,33)
Se retenir de faire ce que vous auriez aimé faire	1,23 (±1,45)
Changer la situation ou y faire quelque chose	0,89 (±1,21)

Malgré les craintes évoquées, si les jeunes que nous avons interrogés ont décidé de révéler leur orientation sexuelle, c'est parce qu'ils étaient motivés par trois choses : 1. Se libérer d'un poids en n'ayant plus à mentir ou à se cacher. 2. Rompre avec la solitude et pouvoir bénéficier de soutien. « *J'avais besoin d'eux pour arriver à mieux comprendre les choses* ». 3. Ne plus vivre avec la crainte perpétuelle d'être découvert. « *Ma mère est très forte pour lire en moi ... j'avais peur que ça tombe sans que je le contrôle* ». En effet, le maintien dans le secret induit une position inconfortable et un état d'anxiété associés à la peur que les proches découvrent leur orientation sexuelle (Savin-Williams, 1998). Le secret est une stratégie particulièrement coûteuse, il implique des processus cognitifs complexes, conscients et inconscients, qu'il faut mettre en place pour maintenir le secret tout en vivant dans l'appréhension d'être découvert (Smart & Wegner, 2000). A contrario, la sortie du secret favorise une meilleure acceptation de son identité sexuelle et une diminution de l'anxiété (LaSala, 2000; Stevens, 2004; Vaughan, 2007; Vaughan & Waehler, 2010).

2.2.2. Evaluation émotionnelle

Lors des entretiens, les jeunes interrogés ont déclaré qu'avant de révéler leur orientation sexuelle, ils étaient dominés par la peur. En cohérence avec les risques identifiés dans la partie précédente, cette peur était essentiellement liée aux potentielles réactions négatives de leurs proches. Certains se sont sentis également gênés, émotion mise en lien avec le fait de se confronter à une situation inconnue : « *J'étais gênée, je ne savais pas comment ça allait se passer, quoi lui dire* ». Le dégoût de soi a également été évoqué : « *Je me dégoûtais car pour moi, être homo, ce n'est pas un plaisir, c'est difficile à vivre chaque jour* ». Une fois l'annonce réalisée, les émotions ressenties sont étroitement liées à la réaction de l'entourage. Confrontés à des réactions négatives, la déception et la tristesse dominent : « *elle ne m'appréciait pas comme je suis réellement mais l'idée qu'elle se fait de moi* ». A l'inverse, ceux pour qui l'entourage a réagi de manière bienveillante mettent en avant le bonheur qu'ils ont ressenti « *Quand elle m'a dit "tu fais ce que tu veux, ça changera rien", des larmes de bonheur sont venues, le sourire aux lèvres et toute cette angoisse qui retombe en bloc, complètement vidé* ». Le soulagement et la libération ont été évoqués par l'ensemble des jeunes interrogés, et ce, indépendamment de la réaction des proches : « *J'ai eu un violent coup au coeur, un grand sentiment de déception, d'incompréhension, de rejet et de tristesse, puis j'ai rapidement relativisé, je me suis dit que ce n'était pas à elle de me juger que j'avais fait "ma part", que c'était son droit d'accepter ou non... Moi, j'étais à nouveau honnête avec moi-même, donc j'étais soulagé, j'avais juste des regrets par rapport à ce que je croyais être son ouverture d'esprit* ». Les résultats issus de notre protocole quantitatif rendent compte d'une évolution du vécu émotionnel assez similaire, l'anxiété domine au début de l'annonce, mais celle-ci diminue au profit d'une forte augmentation de la maîtrise et du bien-être à la fin (voir Graphique 1). Le vécu émotionnel à la fin de l'annonce est en partie dépendant de l'issue de la situation. Chez les jeunes qui jugent que leur annonce a eu une issue favorable, nous retrouvons plus de bien-être et de maîtrise, et moins d'hostilité, de déception et d'anxiété, à la fin de l'annonce.



Graphique 1 : Vécu émotionnel des jeunes LGB au début et à la fin de la révélation de leur orientation sexuelle en fonction de leur évaluation de la finalité de l'annonce.

Il est intéressant de constater que malgré son caractère stressant, et indépendamment des conséquences préjudiciables qu'elle peut avoir, cette annonce constitue une expérience génératrice d'émotions positives (Charbonnier & Graziani, 2012; Monroe, 2001), un processus de « reconnaissance de soi » (Julien, 2000) favorisant notamment l'épanouissement personnel (Coursaud, 2002). L'acte même de révéler son orientation sexuelle à quelqu'un offre la possibilité de clarifier son identité sexuelle et constitue une étape essentielle dans le développement d'une identité stable, positive et authentique (Legate et al., 2012; Ragins, 2004). De nombreuses études ont mis en lumière les effets bénéfiques de cette révélation notamment sur la dépression et l'anxiété (LaSala, 2000; Stevens, 2004), le bien-être et la qualité de vie (Halpin & Allen, 2004; Savin-Williams, 2001), l'identité personnelle et sociale (Morris, 1997) et l'acceptation de son orientation sexuelle (Rosario, Schrimshaw, & Hunter, 2004).

2.2.3. Stratégies de coping

Pour faire face à cette annonce, des comportements très hétérogènes ont été engagés. Au cours des entretiens, des stratégies de recherche de soutien social et de résolution de problème ont été évoquées : « *J'ai essayé de discuter, mais elle n'a pas voulu m'adresser la parole et ça, pendant facilement une semaine. Et genre un mois plus tard, parce que je le vivais très mal, nous étions dans la voiture, pas le choix de me répondre, on s'est mis à*

discuter, elle a pleuré, elle s'est garée sur le bord de la route et on a parlé pendant quatre heures ». Certains jeunes déclarent s'être engagés dans des comportements à risque (alcool, voiture), des conduites hétéro-agressives « *J'ai essayé de la rendre honteuse de son comportement, j'ai été agressif* » ou auto-agressives (scarifications, tentative de suicide). Ces comportements ont été adoptés exclusivement par des jeunes s'étant confrontés à des réactions négatives de la part de leurs parents. Dans cette même configuration, certains ont également utilisé de stratégies de conformité et se sont engagés dans des relations amoureuses et/ou sexuelles avec des personnes du sexe opposé, dans une tentative d'effacer ce qui s'était passé, ce qui avait été dit. Les résultats de notre étude quantitative rendent également compte d'une grande diversité dans les stratégies employées, les scores moyens aux différents modes de coping étant très proches (voir Tableau 3). Ces scores moyens sont aussi et surtout particulièrement faibles (compris entre 0,59 et 1,51 pour des modalités de réponse allant de 0 à 4). Les jeunes LGB semblent donc désarmés face à l'annonce de leur orientation sexuelle, ce qui peut être mis en lien avec leur faible contrôle perçu. Ils privilégient les stratégies visant le développement personnel c'est-à-dire qu'ils tentent d'identifier les aspects positifs de leur annonce et d'apprendre de celle-ci. Les stratégies de développement personnel sont corrélées positivement à l'issue de la situation, alors que la corrélation est négative avec les stratégies d'évitement. Ces deux stratégies sont fortement associées au vécu émotionnel à la fin de l'annonce. La première étant liée positivement aux émotions positives et négativement aux émotions négatives, les liens inverses sont présents pour la seconde.

Tableau 3 : Stratégies de coping utilisées lors de la révélation de leur orientation sexuelle la plus stressante de leur vie (Charbonnier, Dumas, et al., 2018) sur une échelle allant de 0 pour « jamais » à 3 pour « très souvent ».

Stratégies de coping utilisées	Moyenne (± écarts-types)
Développement personnel	1,51 (±0,66)
Demande d'aide	1,46 (±0,73)
Minimisation	1,25 (±0,59)
Résolution de problème	1,21 (±0,48)
Acceptation	1,14 (±0,53)
Evitement	1,10 (±0,57)
Fuite	0,98 (±0,61)
Agression	0,59 (±0,66)

2.2.4. Conclusion

L'étude du processus transactionnel du stress lors de la révélation de son orientation sexuelle a pu mettre en évidence en quoi cette situation est perçue comme menaçante par les jeunes LGB, mais également pourquoi ils s'y engagent malgré tout. Cette balance entre risques encourus et bénéfices attendus permet de comprendre l'état émotionnel dans lequel ils se trouvent au début de l'annonce. Par la suite, celui-ci est très dépendant de la réaction des proches mais également des stratégies de coping qui vont être employées pour y faire face. Ces deux dimensions (coping et émotions) vont être déterminantes dans la manière dont ils vont évaluer la finalité de leur annonce. Ces conclusions sont représentées dans la Figure 5.

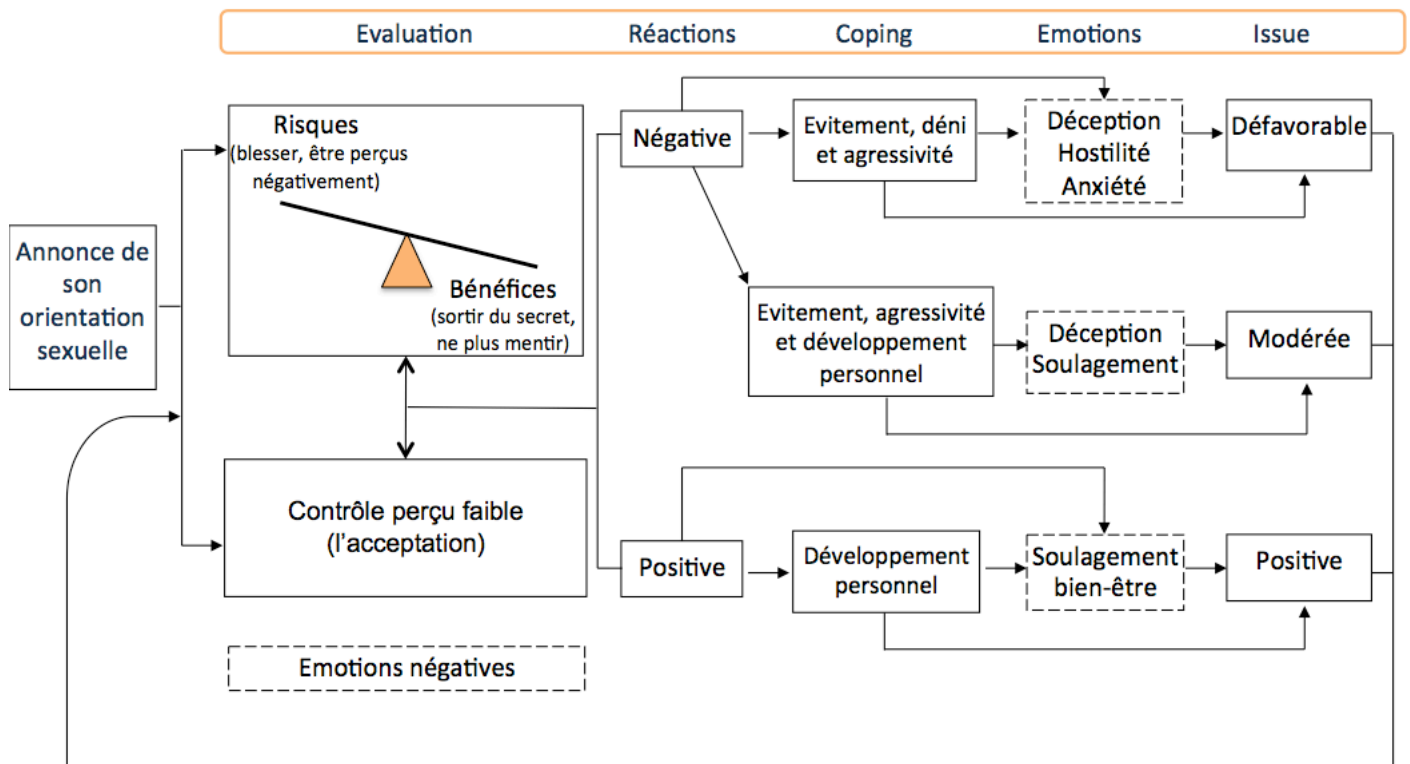


Figure 5 : Application du modèle transactionnel du stress à la révélation de son orientation sexuelle.

3. PROCESSUS TRANSACTIONNEL DU STRESS ET DETRESSE DES JEUNES LGB

De nombreuses recherches ont mis en évidence qu'une mauvaise gestion du stress peut être associée à une détérioration de la santé physique et psychique (Ben-Zur, Gilbar, & Lev, 2001; Blaney et al., 1997; Christine, Norman, & Nancy, 2002; Cousson-Gelie, Bruchon-Schweitzer, Dilhuydy, & Jutand, 2007; Drossman et al., 2000; Gabriel, Untas, Lavner, Koleck, & Luminet, 2016; Higgins & Endler, 1995; Lafaye et al., 2014). Le rôle des stratégies de coping sur la santé des personnes LGB a également été démontré (Lehavot, 2012; Mulder, de Vroome, van Griensven, Antoni, & Sandfort, 1999; Penedo et al., 2001; Zea, Reisen, & Poppen, 1999). Des difficultés d'ajustement au stress peuvent majorer le risque suicidaire (Blankstein, Lumley, & Crawford, 2007; Scourfield, Roen, & McDermott, 2008; Speckens & Hawton, 2005; Wilson, Stelzer, & Bergman, 1995). Le recours à des comportements suicidaires peut alors être perçu comme la dernière alternative visant à mettre un terme à une situation hautement stressante. Pourtant, ces processus ont peu été étudiés dans la population LGB, et en dehors du coping, le rôle des différentes dimensions du processus transactionnel du stress sur le risque suicidaire n'a jamais été étudié. Nous avons donc étudié les liens existants entre les caractéristiques du processus transactionnel du stress et la détresse psychologique des personnes LGB sous trois angles : en fonction de l'orientation sexuelle, lors de la révélation de son orientation sexuelle et en lien avec l'homophobie intériorisée.

3.1. Processus transactionnel du stress et risque suicidaire en fonction de l'orientation sexuelle

Afin de mettre en lumière les éventuelles spécificités de l'orientation sexuelle dans le lien stress-risque suicidaire, une étude comparative entre personnes LGB et personnes hétérosexuelles a été menée. Les mesures des caractéristiques de la situation stressante ont été décrites dans la Partie 2 / 2.1. S'y ajoute une évaluation du risque suicidaire au moment de la situation stressante sur la base de trois indicateurs : la présence ou l'absence d'idéations suicidaires, de scénario suicidaire et de tentative de suicide au moment de la situation stressante. Cette mesure a été couplée à une évaluation du risque suicidaire au cours de la vie à l'aide de la « Suicide Behaviors Questionnaire-Revised » (SBQ-R ; Osman

et al., 2001). Tout comme dans la Partie 2 / 2.1., l'ensemble des analyses ont été réalisées en contrôlant le sexe.

Conformément à la littérature, nos résultats mettent en évidence un risque suicidaire beaucoup plus élevé chez les personnes LGB, que ce soit sur la vie entière ($F = 40,74$; $p = 0,0001$), ou lors d'une situation stressante ($F = 7,43$; $p = 0,007$). Au cours de la situation la plus stressante de leur vie, 22% des personnes LGB ont déclaré avoir fait une tentative de suicide (vs 9,9% pour les personnes hétérosexuelles), 39% ont imaginé un scénario pour mettre fin à leur jours (vs 23,8% pour les personnes hétérosexuelles), et 38,5% ont déclaré avoir pensé à mettre fin à leurs jours (vs 27,2% pour les personnes hétérosexuelles). Par contre, les liens entre les caractéristiques du stress et le risque suicidaire au cours de la situation stressante sont faiblement dépendants de l'orientation sexuelle. La seule spécificité concerne le lien entre le risque que la situation ait un impact préjudiciable sur l'avenir financier et professionnel de l'individu et le risque suicidaire au cours de la situation stressante qui ne s'exprime que chez les personnes hétérosexuelles.

Le risque suicidaire particulièrement élevé des jeunes LGB face à des situations hautement stressantes rend compte de leur importante vulnérabilité au stress. Cependant, notre recherche n'a pas permis de mettre en lumière les processus spécifiques qui permettraient de mieux comprendre pourquoi leur risque suicidaire est plus élevé au cours des situations stressantes que celui des jeunes hétérosexuels. Ces résultats peuvent s'expliquer par la non prise en considération de certains facteurs de risque identifiés chez les jeunes LGB tels que de mauvais liens familiaux, une faible attention des adultes, un faible sentiment de sécurité à l'école (Eisenberg & Resnick, 2006), le fait d'être victime de discriminations, de harcèlement et de mauvais traitement (Chamberland, Gilbert, Julien, Otis, & Ryan, 2010; Corliss, Cochran, & Mays, 2002; Huebner, Rebhook, & Kegeles, 2004; Saewyc et al., 2006; Saewyc, Bearinger, Blum, & Resnick, 1999), ou encore d'être mal intégré dans le système scolaire (Rostosky, Owens, Zimmerman, & Riggle, 2003). De plus, il serait intéressant d'étudier sous un autre angle le coping en évaluant la flexibilité des stratégies de coping, c'est-à-dire la capacité de l'individu à évaluer et à modifier efficacement les stratégies qu'il utilise en fonction des exigences de la situation (Kato, 2012). La flexibilité peut être découpée en trois temps : la planification, l'exécution et la rétroaction (voir Figure 6). Le recours aux comportements suicidaires des jeunes LGB face

aux situations stressantes pourrait être le reflet d'une faible flexibilité. A notre connaissance, ce processus n'a jamais été étudié en fonction de l'orientation sexuelle. Dans leur revue de la littérature Cheng, Lau et Chan (2014) recensent cinq approches différentes de la flexibilité du coping, laissant entrevoir de nombreuses perspectives de recherche.

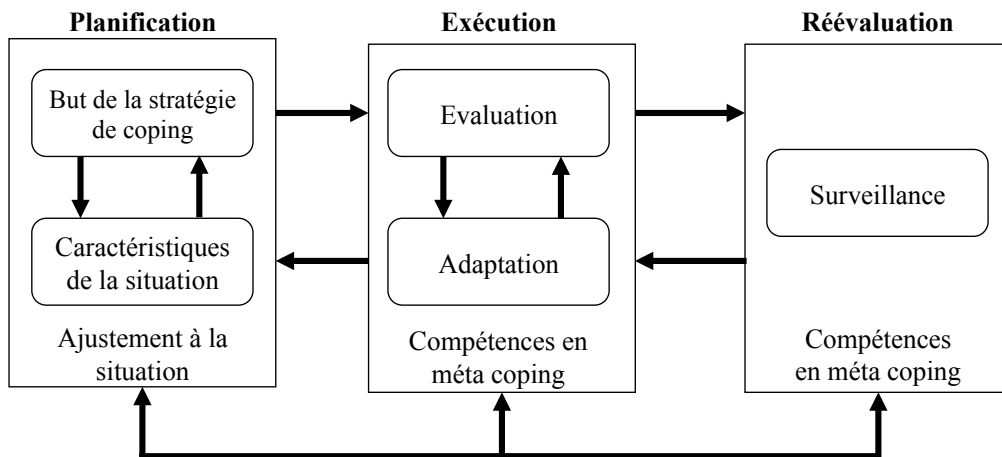


Figure 6 : Etapes de la flexibilité des stratégies de coping (Cheng, Lau, & Chan, 2014).

3.2. Processus transactionnel du stress et risque suicidaire lors de la révélation de son orientation sexuelle

Si la divulgation de son orientation sexuelle peut constituer une expérience particulièrement positive, celle-ci est également associée à un risque suicidaire élevé (Charbonnier, Dumas, et al., 2018; Charbonnier & Graziani, 2011b, 2013; D'Augelli et al., 2005; Dragowski, Halkitis, Grossman, & D'Augelli, 2011; Pilkington & D'Augelli, 1995). Dorais et Lajeunesse (2001) précisent que la plupart des tentatives de suicide se produiraient à un moment où le jeune craint d'annoncer son orientation sexuelle ou vient tout juste de le faire. Ce risque est majoré lorsque l'annonce conduit à des réactions négatives (McConnell, Birkett, & Mustanski, 2016; Ryan, Huebner, Diaz, & Sanchez, 2009). Nous nous sommes donc intéressés aux potentiels liens entre les caractéristiques du processus transactionnel du stress et le risque suicidaire des jeunes LGBT au cours de l'annonce de leur orientation sexuelle.

Les individus qui ont tenté de mettre fin à leurs jours suite à cette annonce ont utilisé plus de stratégies d'isolement, de blâme, de fuite, d'évitement et ont plus eu recours à des substances (Charbonnier & Graziani, 2012). A la fin de cette révélation, ils ressentaient plus de déception et d'anxiété que ceux qui n'étaient pas passés à l'acte (Charbonnier & Graziani, 2011b). Nos travaux ont également pu mettre en évidence différents prédicteurs à la présence d'idées suicidaires lors de cette révélation. Concernant l'évaluation cognitive primaire, trois risques ont été identifiés comme prédicteurs des idées suicidaires : le risque d'induire une mauvaise image de soi chez les autres, de générer de la souffrance chez autrui et d'échouer. Deux types de coping prédisent également la présence d'idées suicidaires : un usage élevé des stratégies d'évitement et une faible utilisation des stratégies de développement personnel (Charbonnier, Dumas, et al., 2018). Nous avons également montré que les jeunes LGB qui jugent que l'annonce de leur orientation sexuelle risque d'avoir un impact négatif sur eux et leurs proches vont favoriser les stratégies d'évitement ; stratégies qui vont majorer le risque de présenter des idées suicidaires.

Si le rôle déterminant des stratégies d'évitement dans les idéations et les comportements suicidaires avait déjà été mis en évidence (Blankstein et al., 2007; Speckens & Hawton, 2005; Wilson et al., 1995; Zhang, Wiczorek, Conwell, & Tu, 2011), il n'avait pas été étudié chez les jeunes LGB lors de la divulgation de leur orientation sexuelle. La fonction protectrice des stratégies de développement personnel s'inscrit dans la lignée des travaux de Folkman (Folkman, 2008, 2010), qui montre que même en cas d'issues défavorables et de détresse, l'usage de stratégies de réévaluation positive permet de réviser ses priorités et ses objectifs, et favorise ainsi la restauration des ressources. De plus, ces résultats peuvent être rapprochés du concept de « stress-related growth » (SRG) qui rend compte d'un effet bénéfique chez certains individus d'expériences difficiles, ce qui peut notamment se manifester par de meilleures capacités à identifier les aspects positifs de situations complexes. En ce sens, ces expériences peuvent favoriser l'acquisition de nouvelles compétences d'ajustement et majorer le sentiment d'efficacité personnelle (Carver et al., 1989). Majoritairement, le SRG a été évalué chez des individus ayant rencontré un événement de vie particulièrement difficile, atteints d'une pathologie chronique ou ayant un proche malade (Brédart et al., 2016; Kraaij et al., 2008; Kraemer, Wittmann, Jenewein, & Schnyder, 2009; Mystakidou, Tsilika, Parpa, Galanos, & Vlahos, 2008; Pakenham & Cox, 2009; Park, Cohen, & Murch, 1996; Samios, Pakenham, & Sofronoff, 2009). Les études explorant ce processus en lien avec des stressors chroniques, à fortiori les stressors

spécifiques rencontrés par les personnes LGB, sont quant à elles beaucoup plus rares (Bonet, Wells, & Parsons, 2007; Vaughan, 2007; Vaughan & Waehler, 2010), et mériteraient d'être plus développées dans l'avenir.

Le rôle de l'évaluation cognitive sur le risque suicidaire est quant à lui un champ de recherche non exploré jusqu'ici. Nos résultats peuvent être interprétés en lien avec le modèle cognitif de la dépression théorisée par Beck (1979) qui a mis en évidence l'importance de la vision négative de soi, des autres et de l'avenir dans le trouble dépressif majeur, qui est lui-même fortement associé aux idéations suicidaires (Angst, Gamma, Gastpar, Lepine, Mendlewicz, 2002; Cavanagh, Carson, & Sharpe, 2003; Kim et al., 2003). En effet, la crainte d'apparaître comme une personne incompétente suite à cette annonce peut être le reflet d'une vision négative de soi. Celle de faire souffrir des personnes aimées peut être associée à la fois à une vision négative de l'avenir et des autres, chez qui ils anticipent une non acceptation de leur orientation sexuelle. Enfin, la crainte de ne pas atteindre ses objectifs peut être reliée à une anticipation négative de l'avenir. Lorsque ces craintes que nous avons identifiées comme favorisant les idéations suicidaires viennent à être confirmées (par exemple lorsque l'entourage dévalorise le jeune ou qu'il se confronte à un comportement de rejet), celles-ci vont probablement participer à précipiter les passages à l'acte suicidaires. Si les effets préjudiciables des réactions familiales négatives dans les comportements suicidaires des jeunes LGB ont largement été démontrés (Charbonnier & Graziani, 2011a; McConnell et al., 2016; Ryan et al., 2009), tous les jeunes subissant un violent rejet parental ne passent pas à l'acte. Le traitement cognitif que les jeunes LGB peuvent faire de la réaction de leurs proches et la manière dont ils s'y ajustent constituent également des éléments de compréhension de leur risque suicidaire. Cette conclusion peut être illustrée par l'histoire d'Edwige (voir Encadré 4). Cette jeune femme s'est confrontée à une réaction très négative de la part de sa mère, réaction face à laquelle elle semble ne pas être parvenue à s'adapter de manière efficiente, si ce n'est par des stratégies d'auto-agressivité et de fuite. Elle semble avoir intériorisé une vision très négative de son orientation sexuelle, comme le reflète son fort sentiment de honte et ses déclarations selon lesquelles sa mort serait une libération pour sa famille. Ainsi, au-delà de la réalité objectivement difficile qu'elle rencontre, son intériorisation du discours de sa mère et du discours commun, ainsi que ses difficultés d'ajustement jouent un rôle majeur dans ses conduites suicidaires. L'évaluation cognitive et les stratégies d'ajustement, que ce soit de l'annonce en elle-même mais aussi des réactions des proches, sont donc centrales dans la

compréhension du risque suicidaire des jeunes LGB lors de la révélation de leur orientation sexuelle. Ces conclusions et plus spécifiquement le cas de cette femme nous ont conduits à nous interroger sur le rôle d'un autre stressor spécifique qui est l'homophobie intériorisée sur la détresse psychologique des personnes LGB, en fonction des stratégies de coping utilisées.

Encadré 4 : Cas d'Edwige retraçant l'annonce de son orientation sexuelle

Edwige a 18 ans lorsqu'elle annonce à ses parents qu'elle aime les filles. Cette divulgation est très mal accueillie et provoque de nombreuses tensions. Sa mère ne supportant plus de la voir la met à la porte. Elle se réfugie alors chez une amie chez qui elle vit durant six mois, rentrant occasionnellement chez ses parents certains soirs. Durant cette période, elle se met à consommer de l'alcool de manière abusive, à se scarifier, et fait plusieurs tentatives de suicide qui sont interrompues par l'intervention de son amie ou de sa famille. Lorsque Edwige évoque ses tentatives de suicide, elle précise avoir ressenti une réelle envie de mourir, ne percevant plus d'avenir à sa vie et se sentant honteuse de son orientation sexuelle. Selon elle, ses passages à l'acte étaient un moyen de protéger sa famille, de les préserver du mal qu'elle leur faisait en étant lesbienne : « Je devais me cacher, je devenais la honte de la famille, ma mère m'avait rejetée et je les rendais triste, mon frère souffrait. Je ne pouvais pas être moi et je ne voyais plus dans ce cas-là le sens de ma vie, pour moi, si je faisais souffrir et ne pouvais être moi, je préférais en arrêter là, je pensais à l'époque que ma mort aurait soulagé mes parents et mon frère du monstre que j'étais pour eux ». Mais au fil des mois, la mère d'Edwige commence peu à peu à revenir vers sa fille, l'amélioration des relations mère-fille a eu un impact important sur le bien-être d'Edwige qui précise avoir commencé à se sentir mieux lorsque sa mère s'est rapprochée d'elle.

3.3. Homophobie intériorisée, stratégies de coping et détresse ¹

L'homophobie intériorisée (HI) correspond à l'intériorisation des messages et des comportements homophobes. Elle peut conduire les personnes LGB à nier leur orientation sexuelle, à développer un fort sentiment de honte et de culpabilité, voire à adopter une attitude haineuse encore plus exacerbée que celle de certaines personnes hétérosexuelles (Morrow, 2004). Une importante HI est associée à un taux élevé de dépression (Cochran, Mays, Alegria, Ortega, & Takeuchi, 2007; Cohen, Blasey, Barr Taylor, Weiss, & Newman, 2016; Herek, Gillis, Cogan, & Glunt, 1997; Igartua, Gill, & Montoro, 2003; Newcomb & Mustanski, 2010; Shidlo, 1994), à une faible estime de soi (Herek et al., 1997), à un usage ou un abus de substances élevé (Amadio, 2006; Amadio & Chung, 2004; Hughes & Eliason,

¹ Cette recherche a été réalisée au cours de l'encadrement des travaux de recherche de Master 1 de Constantin Plumas

2002; Meyer, 1995; Meyer, 2003), à une faible acceptation de son orientation sexuelle, à un fort sentiment d'être différent et à un niveau élevé d'émotions et de pensées négatives vis-à-vis de son orientation sexuelle (Cabaj, 1996; Grossman, 1997; Ross & Rosser, 1996; Szymanski & Owens, 2008). L'HI est majorée par la multiplication des expériences homophobes (Feinstein, Goldfried, & Davila, 2012; Kelleher, 2009; Szymanski & Henrichs-Beck, 2014). Elle constitue l'un des plus insidieux stressseurs spécifiques des personnes LGB (Meyer, 2003). De plus, les individus présentant un haut niveau d'HI sont plus enclins à s'engager dans des stratégies considérées comme peu fonctionnelles, et notamment les stratégies d'évitement (Cass, 1979; Szymanski & Owens, 2008; Talley & Bettencourt, 2011). Comme nous l'avons déjà mis préalablement en évidence, ces stratégies jouent un rôle important sur la détresse psychologique des personnes LGB.

En résumé, les liens entre HI, coping et détresse psychologique ont été démontrés. Pourtant, le rôle médiateur des stratégies de coping dans le lien entre HI et détresse a peu été exploré. Certaines études montrent que les stratégies de coping inadaptées médiatisent partiellement la relation entre l'HI et la détresse (Cornish, 2012; Kaysen et al., 2014; Szymanski & Owens, 2008). D'autres montrent que les stratégies de coping passives médiatisent partiellement ce lien (Feinstein, Davila, & Dyar, 2017). A notre connaissance, aucune étude n'a étudié dans le détail les différentes stratégies de coping impliquées, et cela en fonction de différents indicateurs de détresse psychologique. Par conséquent, notre recherche se propose d'évaluer le rôle médiateur des différentes stratégies de coping dans le lien entre l'HI et l'anxiété, la dépression et l'estime de soi, chez des hommes gays ($n = 132$, $m_{age} = 40,58 \pm 13,19$ ans).

Les stratégies de coping ont été évaluées avec la Brief Cope (Muller et Spitz, 2003) qui permet de mesurer 14 modes de coping. Nous avons utilisé la version situationnelle qui évalue le coping-état, en demandant spécifiquement aux participants de répondre en se basant sur une situation récente qu'ils ont vécue difficilement en lien avec leur orientation sexuelle. L'HI a été mesurée avec l'« Echelle d'Homophobie Intériorisée » (Martin et Dean, 1992) dont la version homme comporte neuf items. Enfin, trois indicateurs de détresse psychologie ont été retenus : l'estime de soi mesurée avec l'échelle d'estime de soi de Rosenberg (Rosenberg, 1965), les symptômes anxieux et les symptômes dépressifs, évalués à l'aide de la version française de l'« Hospital Anxiety and Depression scale » (HADS ; Zigmond & Snaith, 1983 ; Lepine, Godchau, Brun & Lemperiere, 1985).

Conformément à la littérature, nos résultats rendent compte d'une association positive entre l'HI et la détresse psychologique (voir Tableau 4). Il est important de relever que les indices de corrélation sont de forces moyennes, laissant penser que d'autres variables sont associées à leur détresse. L'HI est également liée à six stratégies de coping. Plus l'HI est élevé, plus les participants s'ajustent aux stressors spécifiques en se faisant des reproches, en refusant de croire que la situation a eu lieu, moins ils ont recours à l'humour, moins ils expriment et partagent leurs émotions négatives, moins ils parviennent à accepter la situation, et à identifier ses aspects positifs. L'utilisation de ce type de stratégies peut rendre leur ajustement particulièrement insatisfaisant (Bolger, 1990; McCrae & Costa, 1986; Muller & Spitz, 2003), ce qui est confirmé par le fait que des liens de même nature s'expriment entre ces six stratégies et les différents indicateurs de détresse psychologique.

Tableau 4 : Corrélations entre l'anxiété, la dépression, l'estime de soi, l'HI et les stratégies de coping utilisées face au dernier événement stressant vécu en lien avec leur orientation sexuelle.

	Anxiété	Dépression	Estime de soi	HI	Moyenne (écart-type)
HI	0,27**	0,33***	-0,31***	1	5,67 (± 5,90)
Coping actif	0,11	-0,004	0,07	-0,05	4,83 (± 1,75)
Planification	0,12	0,07	-0,005	0,06	4,30 (± 1,76)
Ré-interprétation positive	-0,13	-0,28***	0,36***	-0,17*	4,78 (± 1,83)
Acceptation	-0,29***	-0,41***	0,36***	-0,27**	5,55 (± 1,72)
Déni	0,38***	0,39***	-0,40***	0,31***	3,45 (± 1,77)
Blâme	0,45***	0,35***	-0,48***	0,33***	3,98 (± 1,76)
Usage de substances	0,26**	0,20*	-0,18*	0,10	3,12 (± 1,83)
Expression des sentiments	-0,06	-0,20*	0,14	-0,27**	4,55 (± 1,65)
Humour	-0,21*	-0,29***	0,20*	-0,21*	3,36 (± 1,55)
Religion	0,28**	0,19*	-0,14	0,13	2,89 (± 1,50)
Auto distraction	0,33***	0,34***	-0,28**	0,09	4,67 (± 1,86)
Désengagement comportemental	0,14	0,21*	-0,19*	0,04	4,11 (± 1,66)
Soutien social instrumental	0,21*	-0,05	-0,10	0,04	4,12 (± 1,80)
Soutien social émotionnel	0,36***	0,13	-0,14	0,08	4,47 (± 1,98)

Pour tester le rôle médiateur des stratégies de coping dans le lien entre HI et détresse psychologique, des analyses de médiations intégrant toutes les variables liées à la fois à l'HI et à l'indicateur de détresse considéré ont été réalisées. Les différents modèles de médiation sont représentés dans la Figure 7. Un niveau élevé d'HI va conduire les individus gays à refuser de croire que les situations stressantes liées à leur orientation sexuelle sont réelles, cela va majorer leurs symptômes dépressifs, et diminuer l'estime qu'ils ont d'eux-mêmes. Si le déni peut être considéré comme fonctionnel à court terme car permettant de minimiser la

détresse induite par la situation, à long terme, il va avoir une incidence préjudiciable sur l'état psychologique de l'individu. L'acceptation est une stratégie considérée comme l'opposé du déni. Une HI élevée va les empêcher d'accepter la situation stressante et/ou l'absence de stratégies de coping efficaces pour faire face à la situation, ce qui va augmenter leurs symptômes dépressifs. Une HI élevée va également entraver les capacités de l'individu à évaluer ou à réévaluer la situation stressante en des termes positifs, ce qui va avoir pour conséquence de diminuer leur estime de soi. Enfin, les individus ayant un haut niveau d'HI vont se blâmer dès qu'une situation stressante liée à leur orientation sexuelle survient, ce qui va participer là encore à la diminution de leur estime de soi mais également à la majoration de leur anxiété.

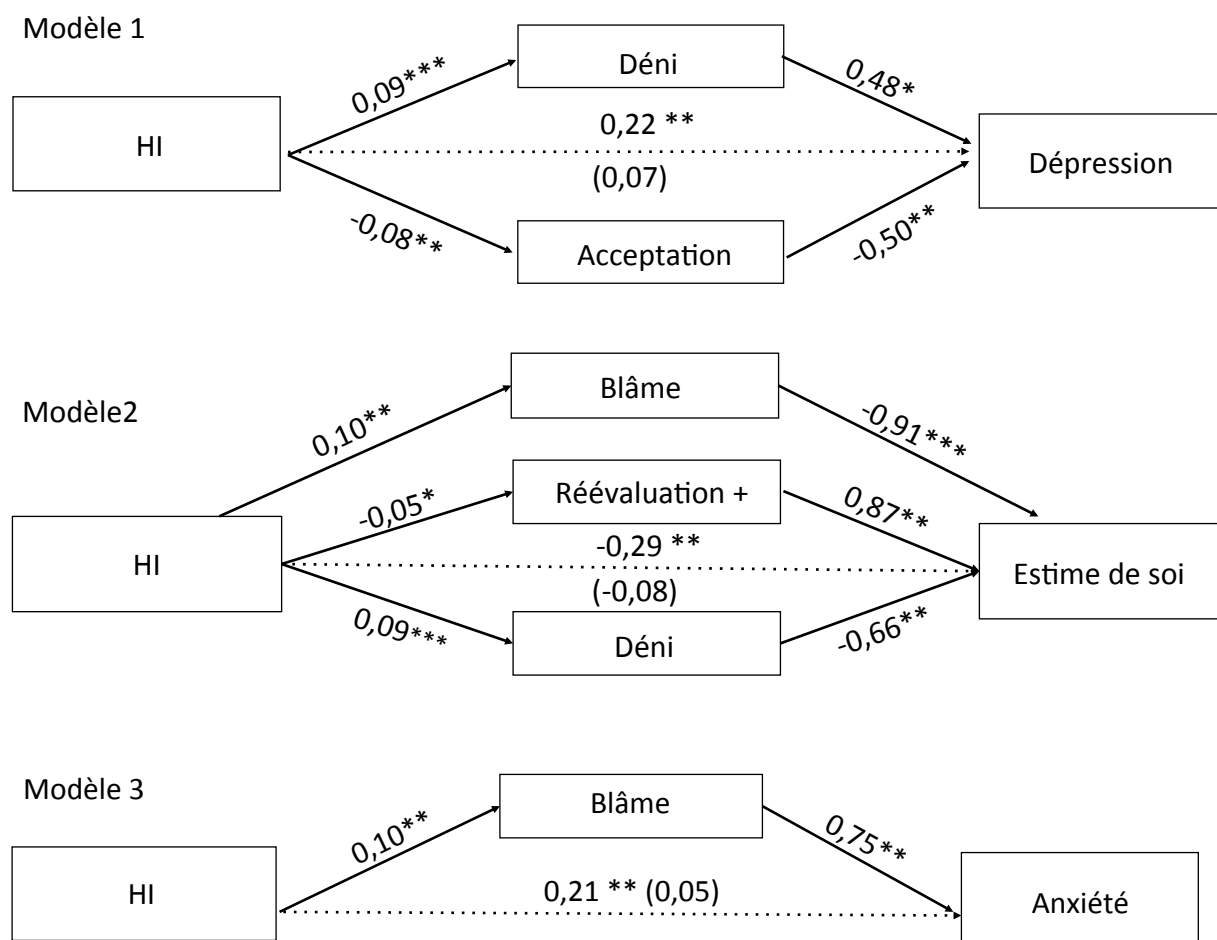


Figure 7 : Rôle médiateur des stratégies de coping dans le lien HI – détresse. ²

² Modèle 1 : six médiateurs potentiels ont été considérés (le blâme, la réévaluation positive, l'humour, l'acceptation, le déni et l'expression émotionnelle). Pris séparément cinq stratégies jouent un rôle médiateur dans ce lien, dans l'analyse de médiation multiple seules l'acceptation et le déni sont des variables médiatrices ; Modèle 2 : cinq médiateurs potentiels ont été pris en compte (l'humour, l'acceptation, le déni, le blâme, la réévaluation positive). Pris séparément quatre stratégies jouent un rôle médiateur, dans l'analyse de médiation multiple trois stratégies que sont le déni, le blâme et la réévaluation positive, médient ce lien ; Modèle 3 : quatre médiateurs potentiels ont été pris en compte (l'humour, l'acceptation, le déni et le blâme). Pris séparément chaque stratégie joue un rôle médiateur dans ce lien, dans l'analyse de médiation multiple seul le blâme médie cette relation.

L'impact de l'HI sur la détresse des personnes gays a largement été démontré, mais la compréhension de ce lien par le biais des stratégies de coping a faiblement été explorée. Nos résultats démontrent la nécessité de tenir compte de cette variable dans la compréhension de la détresse psychologique de cette population. Dans les recherches futures, il serait intéressant d'explorer d'autres variables potentiellement médiatrices de ce lien. Le modèle de Hatzenbuehler (2009) défend l'idée que le lien entre les stressors distaux et la détresse psychologique des personnes LGB est médiatisé par les stratégies d'ajustement, mais aussi les processus émotionnels, cognitifs et sociaux des individus (voir Figure 8). L'HI est quant à elle un stressor proximal, le potentiel rôle médiateur des stratégies de régulation émotionnelle et du traitement cognitif des expériences de discriminations des individus dans le lien entre HI-détresse mériterait d'être plus étudié. De plus, le rôle du soutien social nous semble être une variable pertinente à explorer. Étonnamment, nos résultats mettent en évidence une absence de lien entre recherche de soutien et HI, alors que cette stratégie est liée positivement à l'anxiété. Ainsi, il serait intéressant d'interroger également le rôle du soutien social perçu, l'efficacité de la recherche de soutien social dépendant de cette variable (Montgomery & Rupp, 2005). Les stratégies de recherche de soutien dépendant également du soutien que le milieu social peut offrir à l'individu (Larose & Bernier, 2001), le soutien social perçu par la communauté LGB pourrait également être une variable pertinente à évaluer. Ce soutien est identifié comme un important facteur de protection (Szymanski & Owens, 2008). Il offre un environnement dans lequel les personnes LGB ne ressentent pas la stigmatisation, et il favorise le soutien et la réévaluation des stressors spécifiques à travers les échanges réalisés avec des individus ayant expérimenté des situations similaires (Meyer, 2003).

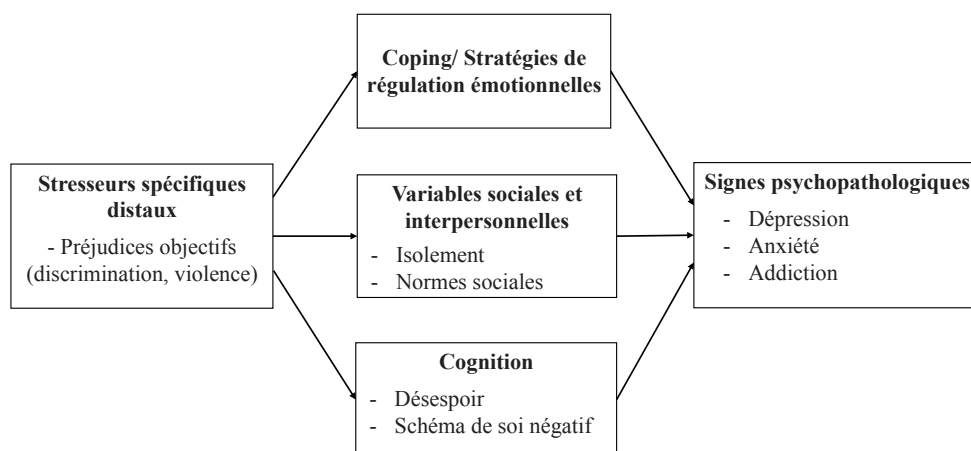


Figure 8 : Reproduction du modèle d'Hatzenbuehler (2009)

4. RECOMMANDATIONS THERAPEUTHIQUES

Les résultats issus de nos travaux suggèrent qu'une prise en charge cognitive, comportementale et émotionnelle est la plus indiquée pour les personnes LGB qui présentent un haut niveau de détresse psychologique. Nos recherches ont mis en évidence l'impact des stratégies de coping sur les symptômes anxio-dépressifs et l'estime de soi. Durant la révélation de leur orientation sexuelle, les stratégies utilisées ont également un effet sur l'état émotionnel, la finalité perçue de l'annonce et le risque suicidaire. Un travail thérapeutique centré sur leur ajustement aux stressors spécifiques est donc à privilégier. Les stratégies de réévaluation positive et d'acceptation semblent jouer un rôle protecteur, et sont donc à développer et/ou à renforcer. Les stratégies d'évitement et de déni quant à elles constituent un facteur de risque important, leur usage doit donc être réduit. Pour cela, le thérapeute devra être en mesure de soutenir ces individus face à ces situations stressantes, et doit pouvoir s'appuyer sur leurs ressources existantes, tout en tenter d'en créer de nouvelles. L'utilisation de jeux de rôle et de la résolution de problème pourrait constituer des techniques thérapeutiques intéressantes pour engager cette démarche. Le travail thérapeutique portant sur les stratégies de coping devra explorer la manière dont ils s'ajustent aux stressors spécifiques et plus particulièrement à l'annonce de leur orientation sexuelle et aux réactions de leurs proches. Nos travaux ont également démontré que les stratégies de coping sont étroitement liées à l'HI. Ainsi, il est essentiel de travailler avec eux sur la manière dont ils se perçoivent, perçoivent leur orientation sexuelle, ainsi que les messages négatifs qui leur sont adressés par différentes sources (média, inconnus, proches). Ces croyances négatives doivent être identifiées et critiquées, pour permettre l'accès à des pensées alternatives. Ce travail cognitif est essentiel pour diminuer la détresse et rendre l'ajustement des personnes LGB plus efficient.

Pour les jeunes se trouvant plus spécifiquement en difficulté quant à la révélation de leur orientation sexuelle, un travail cognitif centré sur les risques perçus de cette annonce serait également à privilégier. En effet, lorsque le stress perçu est particulièrement élevé, cela entrave l'ajustement de l'individu à la situation. Plus spécifiquement, le travail cognitif doit en priorité porter sur leurs craintes que cette annonce puisse induire une mauvaise image chez les autres, générer de la souffrance et majorer le risque d'échec, ces risques étant prédictors d'idéations suicidaires. Pour cela, les cognitions, les attentes et les objectifs associés à cette annonce doivent être abordés, tout comme ses avantages et ses

inconvénients à court, moyen et long terme. Ce travail cognitif pourrait favoriser un meilleur ajustement à la situation et aux réactions qu'elle peut générer, et ainsi prévenir le risque de passage à l'acte suicidaire. Les accompagner dans l'augmentation de leur sentiment de contrôle peut également constituer un axe de prise en charge. Même si cette situation est très dépendante de la réaction du proche cela ne signifie pas pour autant que le jeune ne peut pas agir dessus. En effet, il peut notamment informer la personne impliquée dans son annonce de l'existence d'associations dans lesquelles il peut trouver du soutien et des réponses à ses questions, mais aussi réengager une conversation quelques temps après l'annonce ou encore faire appel à une personne tierce pour apaiser les discussions. Favoriser l'émergence de stratégies de résolution de problème pourrait permettre de minimiser les conduites d'évitement et d'obtenir une résolution plus satisfaisante à l'annonce. De plus, engager une réflexion sur les actions possibles qu'il peut engager peut majorer son contrôle perçu et ainsi réduire son stress.

PARTIE 3 : MARQUAGE SOCIAL DES TROUBLES PSYCHIATRIQUES

Suite à nos travaux sur les personnes LGB, notre intérêt s'est porté sur deux autres groupes d'individus stigmatisés : les personnes présentant un trouble psychiatrique et leurs proches. Il est communément admis que les personnes atteintes de troubles psychiatriques sont fortement stigmatisées (Corrigan & Watson, 2002; Hamre, Dahl, & Malt, 1994; Lampropoulos, Wolman, & Apostolidis, 2017; Link, 1987; Pescosolido, Medina, Martin, & Long, 2013; Jo C. Phelan, Link, Stueve, & Pescosolido, 2000; Rabkin, 1974). Les proches de patients le sont également de par leur proximité avec un individu malade (Corrigan & Miller, 2004; DosReis, Barksdale, Sherman, Maloney, & Charach, 2010; Goffman, 1963; Muralidharan, Lucksted, Medoff, Fang, & Dixon, 2016; van der Sanden, Pryor, Stutterheim, Kok, & Bos, 2016).

Le niveau de stigmatisation varie selon le diagnostic psychiatrique de l'individu. La schizophrénie est reconnue comme étant la pathologie la plus stigmatisée (Angermeyer & Schulze, 2001; Angermeyer & Matschinger, 2003; Castillo, Lannoy, Seznec, Januel, & Petitjean, 2008; Graves, Cassisi, & Penn, 2005; Phelan et al., 2000). A l'inverse, le trouble bipolaire, bien qu'étant un trouble psychiatrique chronique et particulièrement invalidant, est perçu de manière beaucoup plus positive (Durand-Zaleski, Scott, Rouillon, & Leboyer, 2012; Fromentin, 2014; Goulden et al., 2011). L'écart dans la vision commune de ces deux troubles nous a conduits à les choisir comme des objets d'étude privilégiés. Notre attention s'est également portée sur le Trouble Déficitaire de l'Attention avec Hyperactivité (TDAH), trouble psychiatrique lui aussi hautement stigmatisé (voir revue Mueller, Fuermaier, Koerts, & Tucha (2012)) et pour lequel la stigmatisation est essentiellement dirigée envers les mères (DosReis et al., 2010; Koro-Ljungberg & Bussing, 2009; Norvilitis, Scime, & Lee, 2002).

Les travaux présentés dans cette troisième partie ont pour but de mieux comprendre le marquage social des troubles psychiatriques, ses effets sur les patients et leurs proches, et de tester l'efficacité d'interventions visant à diminuer ce marquage social. Notre démarche de recherche s'est appuyée sur deux modèles théoriques, le modèle de la stigmatisation développé par Corrigan et ses collaborateurs (Corrigan & Watson, 2002; Rüsche, Angermeyer, & Corrigan, 2005) et le « Model du Sens Commun » (CSM) théorisé par Leventhal et ses collaborateurs (Leventhal, Nerenz, Steele, 1984; Leventhal, Diefenbach, &

Leventhal, 1992; Leventhal, Leventhal, & Breland, 2011; Leventhal, Phillips, & Burns, 2016). Le premier s'est particulièrement intéressé à la stigmatisation des troubles psychiatriques en mettant en évidence différentes étapes sociocognitives impliquées dans le processus de stigmatisation. Le second rend compte quant à lui de la manière dont les patients élaborent un système de représentations de leur maladie et s'y ajustent. A notre connaissance, ces deux modèles n'ont jamais été étudiés ensemble, pourtant ils présentent trois points de convergence : ils accordent une attention particulière au discours commun du trouble (le discours tenu par les personnes non malades), aux attributions causales, et tous deux ont montré leur efficacité pour les patients et leurs proches.

1. CONTEXTE

1.1. Stigmatisation des troubles psychiatriques

Corrigan et Watson (2002) ont défini trois composantes à la stigmatisation des troubles psychiatriques : les stéréotypes, les préjugés, et la discrimination (voir Tableau 5). Les stéréotypes constituent des croyances socialement admises envers un groupe social identifié. Pour les troubles psychiatriques nous retrouvons fréquemment la violence, la dangerosité, l'incompétence ainsi que la responsabilité des patients (Brockington, Hall, Levings, & Murphy, 1993; Corrigan et al., 2000; Hamre et al., 1994; Link, Phelan, Bresnahan, Stueve, & Pescosolido, 1999). Les préjugés sont quant à eux des attitudes et des réactions émotionnelles envers le groupe social ciblé, ils constituent donc une réponse à la fois cognitive et affective. Dans le champ de la santé mentale, les principales réactions émotionnelles identifiées sont la peur et la colère (Angermeyer & Matschinger, 2003; Corrigan, Rowan, Green, & Lundin, 2002; Socall & Holtgraves, 1992; Weiner, Perry, & Magnusson, 1988). Les préjugés vont conduire à une réponse comportementale, la discrimination. Elle s'exprime essentiellement par des comportements d'évitement et un haut désir de distance sociale envers les personnes atteintes d'un trouble psychiatrique (Angermeyer & Matschinger, 2003; Durand-Zaleski et al., 2012).

Tableau 5 : Modèle de la stigmatisation (Corrigan, 2004).

Stigmatisation sociale	Auto-stigmatisation
<p>- Stéréotype Toutes les personnes atteintes de troubles mentaux sont dangereuses</p>	<p>- Stéréotype Toutes les personnes atteintes de troubles mentaux sont incompetentes</p>
<p>- Préjugés Je suis d'accord, les personnes avec un trouble mental sont dangereuses et elles me font peur</p>	<p>- Préjugés Je suis atteint d'un trouble donc je dois être incompetant</p>
<p>- Discrimination Je ne veux pas me trouver près d'eux, je ne les embaucherai</p>	<p>- Discrimination Pourquoi je devrais essayer de trouver un travail, je suis un malade mental incompetant</p>

La stigmatisation va avoir des effets particulièrement délétères chez les patients qui s'expriment sur le plan psychologique, social, professionnel ou encore familial (Daumerie et al., 2012; González-Torres, Oraa, Arístegui, Fernández-Rivas, & Guimon, 2007; Link, Mirotznik, & Cullen, 1991; Markowitz, 1998; Prince & Prince, 2002; Wahl, 1999). La stigmatisation sociale constitue un frein important à l'accès et à l'adhésion au soin (Corrigan, 2004; Corrigan, Druss, & Perlick, 2014; Corrigan & Watson, 2002; Demyttenaere et al., 2004; Gureje, Lasebikan, & Ephraim-Oluwanuga, 2005; Kessler, Berglund, & Bruce, 2001; Georg Schomerus & Angermeyer, 2008; Stier & Hinshaw, 2007; Torrey, Drake, Dixon, & Burns, 2001), et ses conséquences sont d'autant plus importantes lorsque celle-ci est intériorisée, c'est-à-dire lorsque le patient internalise les stéréotypes négatifs associés au trouble dont il est atteint. Un niveau élevé de stigmatisation intériorisée est associé à une faible estime de soi (Berge & Ranney, 2005; Lysaker, Roe, & Yanos, 2007; Werner, Aviv, & Barak, 2008), à un haut niveau de symptômes (Dinos, Stevens, Serfaty, Weich, & King, 2004), à un usage élevé de stratégies d'évitements (González-Torres et al., 2007; Ow & Lee, 2015), et constitue un frein important à l'engagement dans le soin (Eisenberg, Downs, Golberstein, & Zivin, 2009; Verhaeghe & Bracke, 2011).

Les effets délétères de la stigmatisation se retrouvent également chez les proches (Larson & Corrigan, 2008). Tout comme pour les porteurs du trouble, ils sont d'autant plus marqués lorsqu'ils internalisent les messages stigmatisants dont ils font l'objet ou dont leurs proches malades font l'objet. La stigmatisation intériorisée chez les proches favorise l'émergence d'émotions négatives, ainsi que des stratégies d'évitement et de dissimulation du trouble (Furnham & Chan, 2004; González-Torres et al., 2007; Larson & Corrigan, 2008; Mak & Cheung, 2008, 2012; Ohaeri & Fido, 2001; Östman & Kjellin, 2002; Phelan, Bromet, & Link, 1998).

1.2. Représentations de la maladie dans le champ psychiatrique

Selon le CSM, suite à l'annonce d'un diagnostic, l'individu va élaborer un système de représentations de sa maladie afin de lui donner du sens. Ces représentations vont se construire essentiellement à partir de trois sources d'informations. La première est composée des informations émanant du discours commun sur le trouble, certaines de ces informations vont être assimilées par l'individu avant l'annonce de son diagnostic. La seconde est constituée par les informations qui proviennent des personnes proches et/ou faisant autorité, comme par exemple par le corps médical. La dernière source d'information quant à elle est plus interne, et est liée à l'expérience que l'individu va faire de sa maladie et de ses symptômes. Ces représentations sont déclinées en différentes composantes dont la modélisation a évolué dans le temps. Les modèles actuels proposent que ces représentations se déclinent de la manière suivante : la durée de la maladie, plus précisément son aspect chronique, aiguë ou cyclique ; les conséquences de la maladie ; le niveau de contrôle perçu sur le trouble qui inclut le contrôle personnel de l'individu et l'évaluation subjective de l'efficacité des traitements ; la compréhension globale de la maladie ; et les attributions causales, c'est-à-dire les facteurs considérés comme impliqués dans l'émergence du trouble. S'ajoute à ces représentations cognitives des représentations émotionnelles correspondant aux émotions négatives liées à la maladie. Ce système de représentations va jouer un rôle central dans la manière dont l'individu va s'ajuster à sa maladie, ce qui va déterminer les conséquences de celle-ci. Ce modèle se veut dynamique, les différentes composantes interagissant les unes avec les autres, évoluant, se modifiant, et cela notamment en fonction de l'évaluation de l'individu, de l'évolution de la maladie, ou encore des différentes sources d'informations. Ce modèle est représenté dans la Figure 9.

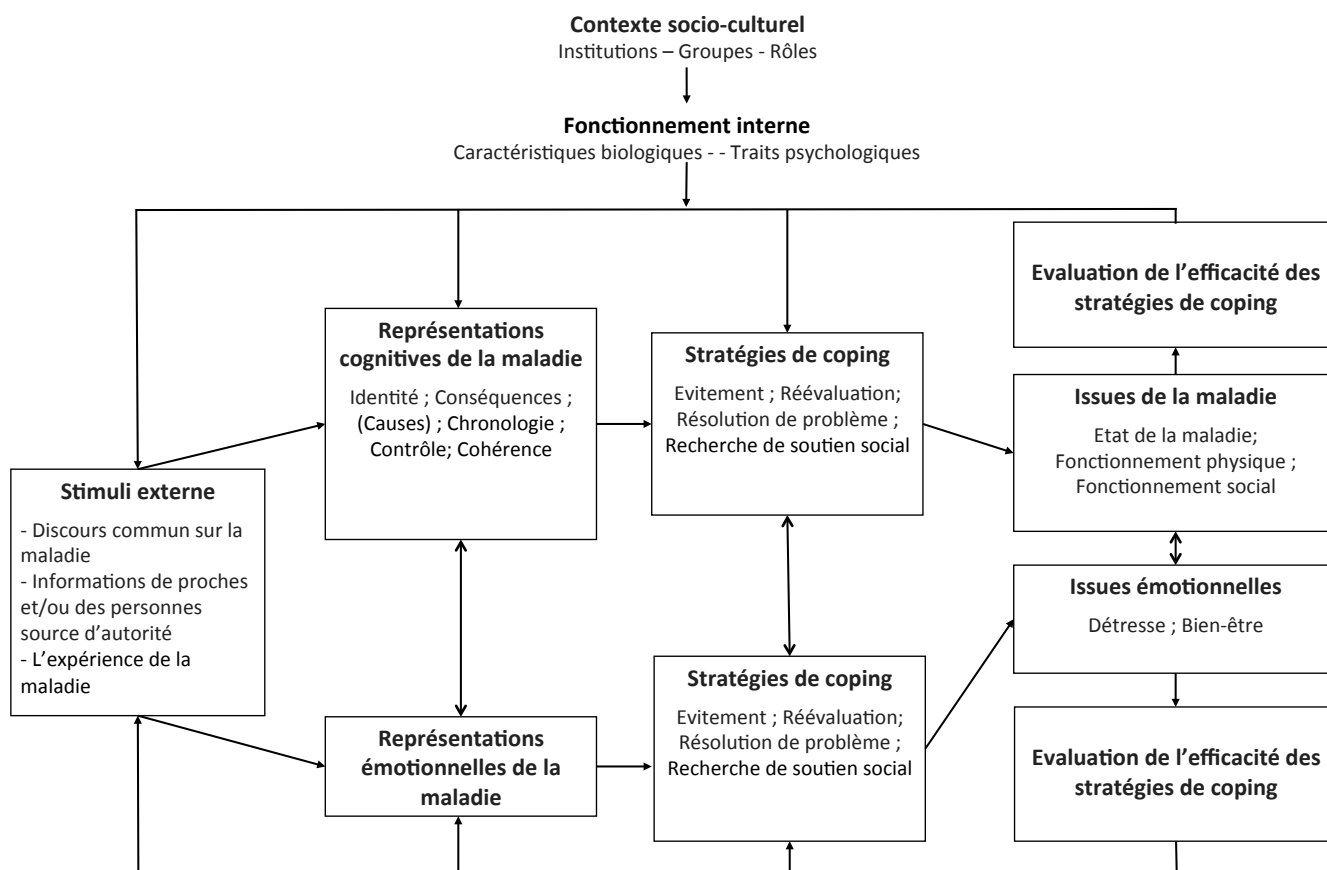
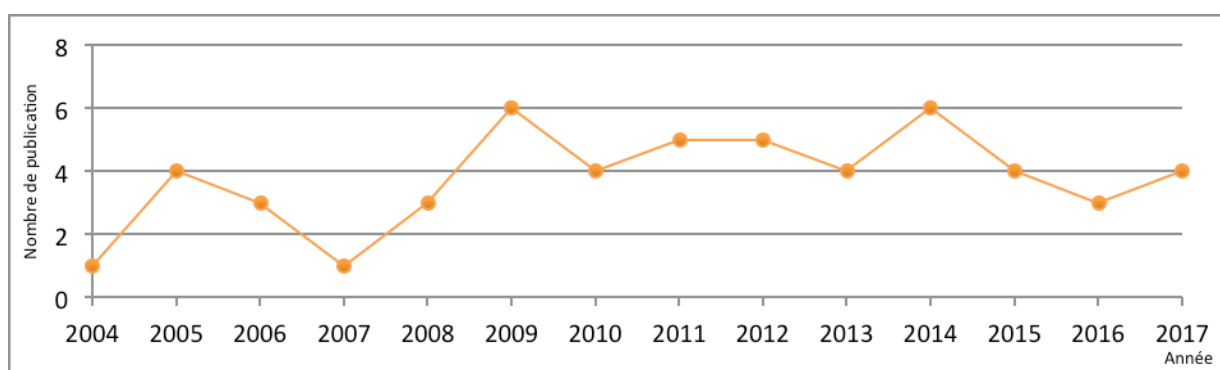


Figure 9 : Reproduction du CSM tiré de l'article de Hagger, Koch, Chatzisarantis, et Orbell (2017).

Dans le champ somatique, ce modèle a fait l'objet de centaines de travaux comme l'attestent les nombreuses méta-analyses et revues de littérature réalisées sur le sujet (Al-Smadi, Ashour, Hweidi, Gharaibeh, & Fitzsimons, 2016; Foxwell, Morley, & Frizelle, 2013; French, Cooper, & Weinman, 2006; Hagger & Orbell, 2003; Restivo, Apostolidis, & Julian-Reynier, 2016). Cette approche théorique a également montré son efficacité auprès des proches, car même s'ils n'expérimentent pas directement les symptômes de la maladie ils en sont malgré tout fortement affectés, ils doivent y mettre un sens et s'y ajuster. Dans le champ de la santé mentale, les travaux sont nettement moins nombreux et beaucoup plus récents, mais ils tendent à se développer comme l'illustre le Graphique 2. Notre revue de la littérature sur le sujet a mis en évidence la présence de 54 articles scientifiques publiés entre 2004 et 2017 sur les représentations de la maladie de patients présentant un trouble psychiatrique, essentiellement un trouble psychotique ou un trouble de l'humeur (Averous, Charbonnier, & Dany, 2018). Parmi elles, la moitié rend compte des liens entre

représentations de la maladie et ajustement psychosocial. Il est à déplorer que seulement quatre recherches ont abordé cette question pour les troubles bipolaires (Hou, Cleak, & Peveler, 2010; Oflaz et al., 2015; Peay, Rosenstein, & Biesecker, 2014; Peay, Rosenstein, & Biesecker, 2013). Tout comme dans le champ somatique, ce modèle a également été étendu aux proches de patients (Barrowclough, Lobban, & Hatton, 2001; Fortune, Smith, & Garvey, 2005; Lobban & Barrowclough, 2005; Lobban, Barrowclough, & Jones, 2006; Quiles Marcos, Weinman, Terol Cantero, & Beléndez Vázquez, 2009). Cependant, à notre connaissance, aucune étude n'a évalué les représentations des proches de patients atteints de bipolarité.



Graphique 2 : Nombre de publications portant sur les représentations de la maladie de patients présentant un trouble psychiatrique entre 2004 et 2017.

1.3. Notre positionnement de recherche

Comme nous l'avons précisé précédemment, les travaux que nous avons engagés ont pour but de mieux comprendre le marquage social des troubles psychiatriques, ses effets sur les patients et leurs proches, et de tester l'efficacité d'interventions visant à le diminuer. Pour cela, plusieurs démarches de recherche ont été engagées comme cela est représenté dans la Figure 10. Dans un premier temps, nous souhaitons mieux comprendre le marquage social des troubles psychiatriques, et plus précisément les représentations de la schizophrénie et du trouble bipolaire au sein de trois populations : les individus sans trouble (représentations communes), les patients et leurs proches (représentations de la maladie). Dans un second temps, nous nous sommes intéressés à l'impact du marquage social chez les patients et leurs proches. Et enfin, nous avons cherché à déterminer comment agir sur ce

marquage social, pour cela, nous avons testé l'efficacité de deux types d'intervention, l'une s'adressant aux patients et aux proches, l'autre à la population générale.

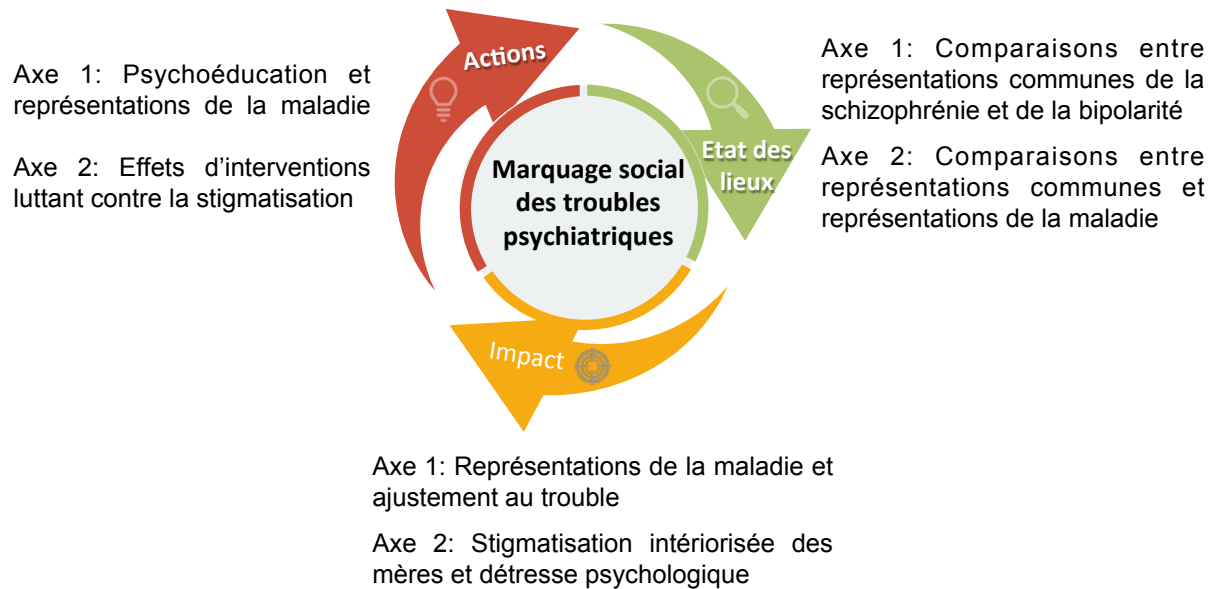


Figure 10 : Synthèse des recherches engagées sur le marquage social des troubles psychiatriques.

2. LE MARQUAGE SOCIAL DE LA SCHIZOPHRENIE ET DU TROUBLE BIPOLAIRE

2.1. Représentations communes (des individus sans trouble) de la schizophrénie et du trouble bipolaire

Si la stigmatisation des patients ainsi que de leurs proches a largement été étudiée, les représentations communes des troubles psychiatriques, c'est-à-dire les représentations des individus sains, n'ont fait l'objet que d'une seule recherche (Mak, Chong et Wong, 2014). Dans le champ somatique, les représentations communes ont plus largement été étudiées, ce qui a conduit à la validation d'une adaptation du questionnaire d'évaluation des représentations de la maladie pour les personnes en bonne santé (Revised Illness Perception Questionnaire for Healthy People ; IPQ-RH ; Figueiras & Alves, 2007; Hughner & Kleine, 2004; Petrak, Sherman, & Fitness, 2015). Pour venir combler ce manque dans la littérature, nous avons étudié les représentations communes de la schizophrénie et du trouble bipolaire (Averous, Charbonnier, Lagouanelle-Simeoni, & Dany, 2018).

Pour cela, 1000 individus ayant déclaré ne pas présenter de trouble psychiatrique ont été interrogés. La moitié des participants a répondu à une version portant sur le trouble bipolaire (n = 500, 84% des femmes, $m_{\text{âge}} = 31,41 \text{ ans} \pm 12,13 \text{ ans}$), l'autre moitié à une portant sur la schizophrénie (n = 500, 87% des femmes, $m_{\text{âge}} = 31,32 \text{ ans} \pm 12,60 \text{ ans}$). Ces deux versions ont été réalisées à partir de l'« Illness perception questionnaire for schizophrenia » (IPQS ; Lobban, Barrowclough, & Jones, 2005) et adaptées aux personnes en bonne santé. Seule la terminologie du trouble (schizophrénie ou bipolarité) différait entre les deux versions. Les modifications du questionnaire ont toutes été réalisées en conformité avec les études précédentes évaluant les représentations de populations saines (Ayu, Dijkstra, Golbach, & Jong, 2016; Barrowclough et al., 2001; Figueiras & Alves, 2007; Fleming, Martin, & Miles, 2009; Lobban et al., 2005; Mak, Chong, & Wong, 2014; Mitchell, Zvolensky, Marshall, Bonn-Miller, & Vujanovic, 2007; Petrak et al., 2015).

Pour les deux troubles, les principales attributions causales identifiées sont des facteurs environnementaux et biogénétiques. Ainsi, le savoir « commun » apparaît être en adéquation avec le savoir « scientifique », et plus précisément le modèle de vulnérabilité au

stress qui rend compte de l'implication d'une vulnérabilité génétique associée à des facteurs environnementaux dans le développement de troubles psychiatriques (Zubin & Spring, 1977). La comparaison des attributions causales pour les deux troubles met en lumière une prédominance des facteurs psychosociaux dans l'étiologie de la bipolarité, et des facteurs biogénétiques dans celle de la schizophrénie. A notre connaissance, seule une étude a réalisé une comparaison similaire et a obtenu les mêmes résultats (Durand-Zaleski et al., 2012). Les mêmes conclusions sont présentes dans les travaux comparant quant à eux la dépression et la schizophrénie (Jorm, Korten, Jacomb, & Christensen, 1997; Schomerus, Matschinger, & Angermeyer, 2006). Par conséquent, il semblerait que dans la population générale, le trouble bipolaire présente plus de similarités avec la dépression qu'avec la schizophrénie. D'importantes différences s'expriment également entre les autres composantes des représentations communes de ces deux troubles (voir Tableau 6). La schizophrénie est perçue de manière plus « négative » que le trouble bipolaire, celle-ci est considérée comme plus chronique et avec plus de conséquences préjudiciables. Le patient schizophrène est perçu comme ayant un plus faible niveau de contrôle sur sa maladie et un plus bas niveau de compréhension.

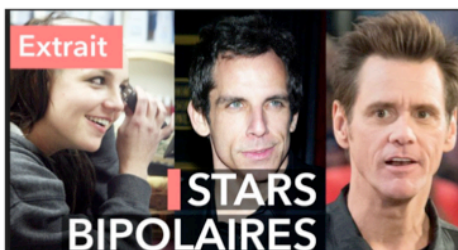
Tableau 6 : Comparaisons entre les représentations communes du trouble bipolaire et de la schizophrénie (P Averous, Charbonnier, Lagouanelle-Simeoni, et al., 2018).

Représentations communes	Schizophrénie (n = 500)				Trouble bipolaire (n = 500)				t
	Moy.	ET	Min.	Max.	Moy.	ET	Min.	Max.	
Blâme	2,22	0,58	1,00	4,33	2,24	0,58	1,00	4,33	0,45
Cohérence	2,94	0,55	1,60	4,44	2,87	0,48	1,40	4,80	2,42*
Représentations émotionnelles	3,41	0,50	1,44	4,89	3,45	0,45	1,67	4,67	1,19
Efficacité du traitement	3,59	0,57	2,00	5,00	3,76	0,49	2,20	5,00	5,10***
Conséquences	3,65	0,45	2,00	4,73	3,59	0,40	2,36	4,82	2,28*
Contrôle personnel	3,70	0,62	1,00	5,00	3,84	0,55	2,25	5,00	3,68***
Dimension cyclique	4,06	0,51	1,25	5,00	4,13	0,50	2,00	5,00	2,14*
Dimension chronique	4,15	0,52	2,67	5,00	4,03	0,52	2,83	5,00	3,74***

Sur le plan clinique, schizophrénie et bipolarité sont des diagnostics qui se différencient par leurs symptomatologies, mais qui ont pour points communs d'être particulièrement chroniques et invalidants. En effet, les personnes présentant un trouble bipolaire ont un fonctionnement psychosocial hautement altéré (Blairy et al., 2004; IsHak et al., 2012), expérimentent de nombreuses rechutes (Schaffer, Cairney, Cheung, Veldhuizen, & Levitt, 2006) et conservent de nombreux symptômes résiduels invalidants (Benazzi, 2004; Paykel, Abbott, Morriss, Hayhurst, & Scott, 2006). On peut donc s'interroger sur ce qui explique de tels écarts dans les représentations communes de ces deux troubles. Comme

nous l'avons préalablement précisé, les représentations de la maladie se construisent en lien avec trois sources d'informations. Les représentations communes quant à elles ne prennent probablement leurs racines que dans une seule, le discours commun. Pour la plupart des individus ne côtoyant pas le secteur psychiatrique les médias constituent la principale source d'informations sur ces troubles, diffusant de manière dominante des messages négatifs et conformes aux stéréotypes (Podogrodzka-Niell & Tyszkowska, 2014; Wahl, 1999). Mais tous les diagnostics psychiatriques ne bénéficient pas du même traitement. L'étude de Goulden et al. (2011) rend compte d'importantes différences entre les articles de presse publiés en Angleterre sur le trouble bipolaire et ceux traitant de la schizophrénie. Pour illustration, en 1992, 58% des articles traitant de la schizophrénie présentaient un contenu négatif (violence, suicide) contre 50% pour le trouble bipolaire. En 2008, le taux de ce type d'article est de 68% pour la schizophrénie contre 21% pour le trouble bipolaire. Les actions menées pour réduire la couverture médiatique négative des troubles mentaux semblent avoir fonctionné pour certains troubles mais pas pour tous. De la même manière, l'article de Lampropoulos et al. (2017) met en évidence la tonalité particulièrement négative des articles de presse Français abordant la schizophrénie. Pour illustrer nos propos, voici une rapide recherche d'article de presse sur Google Actualité réalisée en juillet 2018 et contenant comme mots-clés « schizophrénie » et « trouble bipolaire » :

« Le schizophrène tue, son psychiatre est poursuivi pour homicide involontaire » (20 Novembre 2014) ; « Prison avec sursis pour le psychiatre d'un patient schizophrène meurtrier » (16 mai 2018) ; « Un schizophrène agresse un transsexuel avec un couteau et «ne regrette rien» » (14 juin 2018) ; « Chats et chien tués dans l'agglomération de Rouen : le suspect schizophrène voulait sauver les oiseaux » (11 juin 2018) ; « Cherbourg : un schizophrène condamné à un an de prison avec sursis pour apologie du terrorisme » (7 juin 2018).



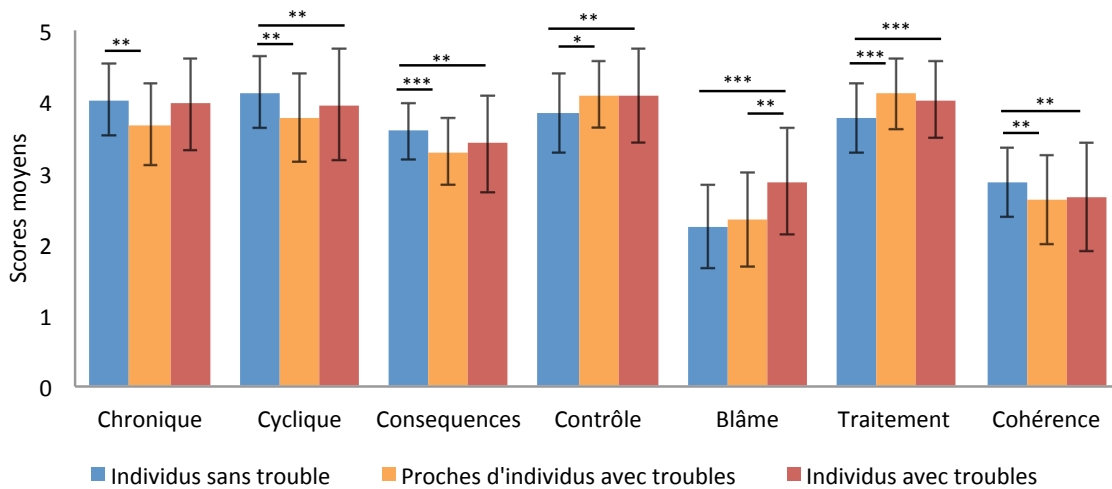
« Kanye West : ses troubles bipolaires, son « super pouvoir » » (5 juin 2018) ; « Mariah Carey souffre de troubles bipolaires, mais de quoi s'agit-il ? » (11 avril 2018) ; « Une mère bipolaire n'ira pas en prison pour le meurtre de sa fille » (1 mars 2018) ; « Cotentin. Une femme bipolaire accusée du meurtre de ses parents » (30 janvier 2018)

2.2. Représentations communes (des individus sans trouble) et représentations de la maladie (patients et proches)

Afin de compléter nos travaux précédents et de faire un état des lieux plus exhaustif des représentations de la schizophrénie et du trouble bipolaire, les représentations de patients présentant un trouble bipolaire ($n = 60$; 67,2% femmes ; $m_{\text{âge}} = 42,32 \text{ ans} \pm 13,80 \text{ ans}$), de leurs proches ($n = 23$; 56,5% femmes ; $m_{\text{âge}} = 53,19 \text{ ans} \pm 17,78 \text{ ans}$), ainsi que celles de proches de patients schizophrènes ($n = 17$; 52,9% femmes ; $m_{\text{âge}} = 58,59 \text{ ans} \pm 9,03 \text{ ans}$), ont été mesurées. A ce jour, notre échantillon de personnes atteintes de schizophrénie étant trop faible, ces données ne sont pas présentées. Les données recueillies auprès de ces différents publics ont été comparées aux représentations communes obtenues précédemment (Partie 3 / 2.1.).

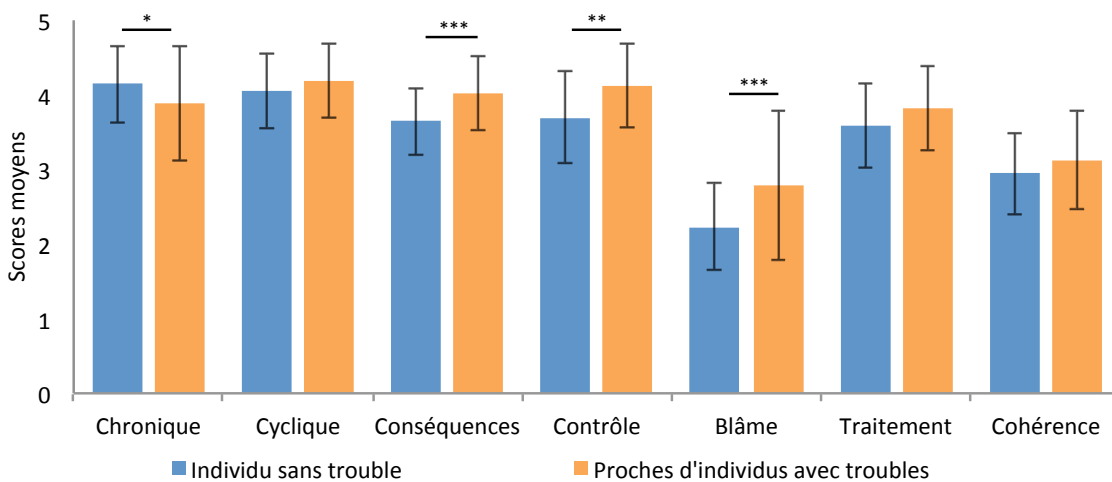
Pour le trouble bipolaire, nos résultats rendent compte d'un effet principal du groupe sur l'ensemble des représentations de la maladie, les écarts s'expriment essentiellement entre les représentations des individus sans trouble d'un côté, et celles des patients et de leurs proches de l'autre (voir Graphique 3). En comparaison aux individus ne présentant pas de trouble, les patients et leurs proches considèrent que la bipolarité varie moins dans le temps et qu'elle est plus contrôlable, ils jugent le traitement plus efficace, les conséquences préjudiciables moins importantes et le niveau de compréhension de la maladie par le sujet malade plus élevé. Qui plus est, les patients se blâment plus que ne les blâment les personnes sans trouble et leurs proches. Pour la schizophrénie, comparativement à la population générale, les proches évaluent le trouble comme étant moins chronique, mais présentant plus de conséquences. Ils considèrent que le patient a plus de contrôle sur son trouble et ils le blâment plus (voir Graphique 4).

Représentation du trouble bipolaire



Graphique 3 : Représentations cognitives du trouble bipolaire des individus sans trouble, des patients et de leurs proches.

Représentation de la schizophrénie



Graphique 4 : Représentations cognitives de la schizophrénie des individus sans trouble et des proches d'individus atteints de schizophrénie.

Nos résultats mettent en évidence un écart important entre les représentations des personnes ne présentant pas de trouble, et celles des proches et des patients, ces deux dernières présentant de nombreuses similitudes. Les différences entre les représentations de la maladie et les représentations communes mettent en lumière le rôle des expériences associées à la maladie dans la construction des représentations, que ces expériences soient

« directes » (patients) ou « indirectes » (proches). Les expériences de la maladie viennent donc modifier les représentations construites par le discours commun sur le trouble.

Si nous nous intéressons plus spécifiquement à la nature des différences observées, les patients présentant un trouble bipolaire et leurs proches ont une représentation plus « optimiste » du trouble que la population générale, les différences observées étant toutes associées à un bon ajustement psychosocial à la maladie (Averous, Charbonnier, Lagouanelle-Simeoni, Prospero, & Dany, 2018; Dodd, Mezes, Lobban, & Jones, 2017; Lobban, Solis-Trapala, Tyler, Chandler, & Morriss, 2013; Peay et al., 2013; Williams & Steer, 2011). L'interprétation des résultats pour la schizophrénie est plus complexe. Les proches perçoivent ce trouble comme plus contrôlable que la population générale, mais ils attribuent aussi plus de responsabilité au patient. Si un haut niveau de contrôle est fréquemment associé à un bon ajustement à la maladie (Averous, Charbonnier, & Dany, 2018), le sens donné au contrôle perçu peut être très dépendant du niveau de blâme. En effet, un contrôle perçu élevé peut être le reflet d'un haut sentiment d'auto-efficacité sur son trouble, en ce sens, il sera un indicateur d'un bon ajustement (« je peux contrôler mon trouble et je m'engage donc dans différents comportements visant son amélioration »). Mais lorsque celui-ci est associé à un haut niveau de blâme, il peut aussi être le reflet d'un fort sentiment de culpabilité vis-à-vis du trouble et de son évolution (« je peux contrôler mon trouble, j'en suis donc responsable, je suis fautif de ce qui m'arrive »). Ainsi, les représentations des proches de patients schizophrènes semblent être plus « négatives » que celles des individus sains. Il y aurait donc un impact différencié de l'expérience globale de la maladie selon le trouble.

Mais là encore, nous pouvons nous interroger sur ce qui explique de tels écarts entre la schizophrénie et la bipolarité. Cet écart peut être mis en lien avec le fait que le discours commun sur la schizophrénie est beaucoup plus négatif, les représentations qui en sont issues pourraient donc être plus rigides, conduisant ainsi les individus à être hypervigilants aux éléments venant confirmer leurs représentations (biais de confirmation). Ainsi, à travers l'expérience globale de la maladie (les symptômes de leurs proches malades, le discours du corps médical, les hospitalisations, etc.) les proches pourraient accorder une attention particulière aux éléments venant confirmer et donc renforcer leurs représentations initiales issues du discours commun. Dans la même idée, le discours commun sur la bipolarité étant beaucoup plus nuancé, les représentations en émanant pourraient être plus flexibles, et donc

plus facilement modifiables à partir des nouvelles informations induites par l'expérience globale de la maladie. Les représentations de la maladie jouant un rôle essentiel dans l'ajustement au trouble et ses conséquences, mieux comprendre leur construction, leur déconstruction, et leur reconstruction, constitue un enjeu essentiel de soin et de prévention.

L'interprétation de nos résultats doit être nuancée par l'importante hétérogénéité des réponses de nos participants, illustrée par des écarts-types élevés, essentiellement chez les patients. De plus, la taille de nos échantillons de proches et de patients reste faible et mériterait d'être augmentée pour confirmer les résultats obtenus. Dans les recherches futures, la comparaison entre représentations des personnes atteintes de schizophrénie et de leurs proches nous apparaît indispensable afin de mieux appréhender l'impact de l'expérience de la maladie. De manière générale, l'étude conjointe des représentations des patients et de leurs proches est un champ de recherche qui mériterait d'être beaucoup plus exploré. Si Untas et ses collaborateurs (2012) mettent en avant l'intérêt de considérer la dyade patients-proches, ce champ de recherche reste encore peu exploré pour les troubles mentaux, et cela encore moins sous l'angle des représentations. Pourtant, les représentations des proches ont une influence sur l'ajustement des patients (Chateaux & Spitz, 2007; Sterba & DeVellis, 2009) et sur leurs représentations (Croyle & Hunt, 1991; Searle, Norman, Thompson, & Vedhara, 2007). La plupart des travaux mettent en lumière l'importance de la congruence entre les représentations des proches et des patients sur l'ajustement psychosocial (Clipp & George, 1992; Figueiras & Weinman, 2003; Gaston, Cottrell, & Fullen, 2012; Heijmans, Ridder, & Bensing, 1999; Kristjanson et al., 1998; Lobchuk, Kristjanson, Degner, Blood, & Sloan, 1997; Miaskowski, Zimmer, Barrett, Dibble, & Wallhagen, 1997; Sterba et al., 2008; Sterba & DeVellis, 2009).

3. LES EFFETS DU MARQUAGE SOCIAL SUR LES PATIENTS ET LEURS PROCHES

Dans cette seconde démarche de recherche, nous avons interrogé les effets du marquage social des troubles psychiatriques sur les patients et leurs proches. Ce champ de recherche a largement été étudié pour les troubles psychotiques, que ce soit sous l'angle de la stigmatisation ou des représentations de la maladie, mais rarement pour d'autres troubles. Nos travaux portent sur deux troubles psychiatriques peu étudiés jusqu'ici : le trouble bipolaire et le TDAH. Plus précisément, nous nous sommes interrogés sur le rôle des représentations de la maladie sur l'observance des patients présentant un trouble bipolaire, ainsi que sur les effets délétères de la stigmatisation intériorisée chez les mères ayant un enfant atteint d'un TDAH.

3.1. Représentations de la maladie et observance des individus atteints de bipolarité³

Le trouble bipolaire est l'une des pathologies psychiatriques avec le plus faible taux d'observance au soin (Leclerc, Mansur, & Brietzke, 2013; Montes, Maurino, de Dios, & Medina, 2013). Une enquête menée dans huit pays européens a estimé que 57% des patients bipolaires étaient non-adhérents ou partiellement adhérents à leur traitement médicamenteux (Vieta et al., 2012). La non-observance médicamenteuse est associée à des taux élevés de rechute et d'hospitalisation et constitue donc un enjeu essentiel de la prise en charge (Gianfrancesco, Sajatovic, Rajagopalan, & Wang, 2008). Le CSM constitue un cadre heuristique pour explorer cette problématique. Pourtant, seulement deux recherches ont traité de l'observance au soin (Hou et al., 2010; Oflaz et al., 2015), et aucune n'a étudié spécifiquement l'observance médicamenteuse. Par conséquent, nous avons évalué le rôle des représentations de la maladie de patients atteints de bipolarité sur leur niveau d'observance médicamenteuse (Averous, Charbonnier, Lagouanelle-Simeoni, Prospero, & Dany, 2018).

Pour cela, ont été interrogés 38 individus atteints de trouble bipolaire (76% de femmes, $m_{\text{âge}} = 42,4 \text{ ans} \pm 14,01 \text{ ans}$) actuellement stabilisés et ayant un traitement médicamenteux. Leurs représentations de la maladie (à l'aide d'une adaptation de l'IPQS au

³ Cette recherche a été réalisée au cours du co-encadrement des travaux de recherche de Doctorat de Priscillia Averous avec le Pr Dany Lionel

trouble bipolaire) ainsi que leur niveau d'observance avec la version française de la « Medication Adherence Rating Scale » (Misdrahi, Verdoux, Llorca, & Baylé, 2004) ont été mesurés. Cinq composantes des représentations de la maladie sont corrélées à l'observance. Plus leur niveau d'observance est élevé, et moins ils ressentent d'émotions négatives en pensant à leur trouble, plus ils considèrent qu'ils le comprennent, que celui-ci a de faibles conséquences sur leur vie, qu'il varie peu dans le temps et que leur traitement est efficace. Des analyses de régression ont pu mettre en évidence que de faibles représentations émotionnelles et une croyance élevée en l'efficacité du traitement prédisent une bonne observance médicamenteuse.

L'association entre la croyance en l'efficacité du traitement et la prise du traitement peut être perçue comme une évidence. Cependant, même si les patients atteints d'un trouble bipolaire déclarent majoritairement que leur traitement est efficace dans la gestion de leurs symptômes, ils affirment aussi avoir des difficultés à le prendre régulièrement, ce qui peut être mis en lien avec une minimisation du trouble, avec les effets secondaires ou encore avec leurs difficultés à accepter la routine induite par la prise régulière du traitement (Sajatovic et al., 2011). De plus, bien que la stabilisation de l'humeur représente la première cible thérapeutique du corps médical, celle-ci peut parfois ne pas être totalement désirée par certains patients « nostalgiques » de leurs phases hypomanes. Par conséquent, s'il est essentiel d'expliquer au patient l'efficacité reconnue de son traitement médicamenteux, il est également important d'identifier les freins qu'il pourrait avoir quant à la prise régulière de ce traitement.

L'association négative entre observance, conséquences perçues et représentations émotionnelles, est partiellement conforme aux résultats des travaux de Hou et al. (2010) mais vient contredire les résultats d'Oflaz et al. (2015). Ces derniers montrent que les patients qui ont totalement arrêté leur prise en charge présentent des niveaux plus faibles de conséquences perçues et de représentations émotionnelles que ceux qui l'ont continuée. Selon ces auteurs, ces résultats pourraient s'expliquer par un potentiel déni du trouble chez les individus ayant arrêté. L'insight pourrait donc jouer un rôle central dans le lien entre conséquences du trouble et observance. Selon la conceptualisation de l'insight proposée par Amador et ses collaborateurs (Amador et al., 1993; Amador, Strauss, Yale, & Gorman, 1991) celui-ci serait multidimensionnel, incluant la capacité à attribuer une cause à la maladie et aux symptômes, ainsi que la conscience de la maladie. Cette dernière comprend

la conscience d'avoir un trouble, l'identification des symptômes associés, la nécessité d'un traitement ainsi que ses effets, et l'identification des conséquences de la maladie. Par conséquent, les patients avec un faible insight pourraient ne pas identifier les conséquences de leur trouble (dans leur vie et sur le plan émotionnel) et donc ne pas percevoir l'intérêt de prendre un traitement. A contrario, les patients avec un niveau d'insight élevé pourraient également faire une évaluation faible des conséquences de leur trouble, non pas parce qu'ils ne les identifient pas, mais parce qu'ils les gèrent et les acceptent, et perçoivent donc la nécessité de prendre leur traitement pour maintenir la stabilité de leur trouble et ses conséquences. Ces deux profils de patients sont présentés dans la Figure 11. Par conséquent, il est nécessaire que les représentations de la maladie et le niveau d'insight soient tous deux évalués, que ce soit dans la pratique clinique ou dans les recherches futures.

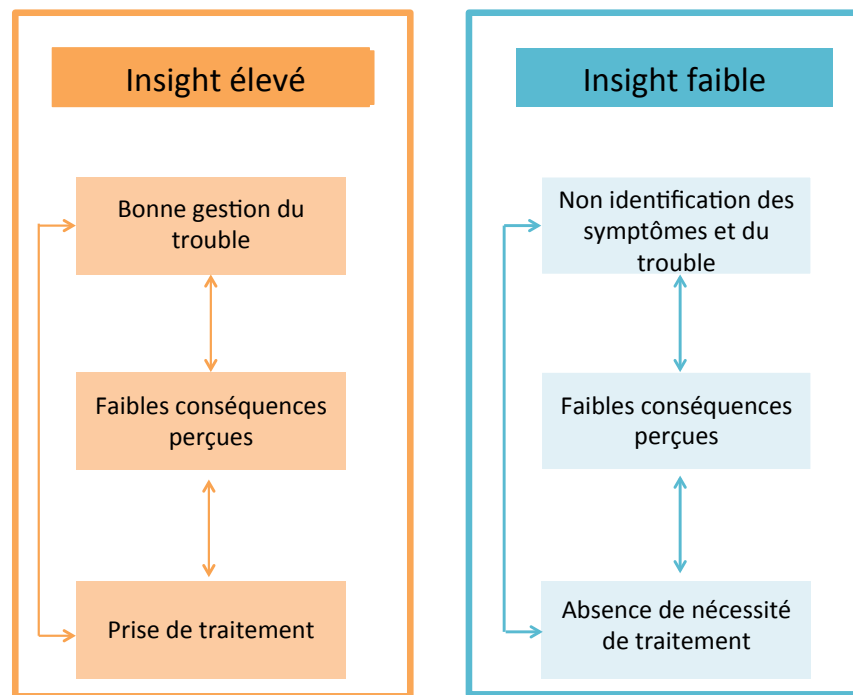


Figure 11 : Liens entre conséquences et observance en fonction du niveau d'insight.

Accompagner les patients atteints de troubles bipolaires dans l'identification des conséquences de leur trouble (sur leur vie et sur le plan émotionnel), puis dans leur gestion, afin d'en minimiser leur incidence perçue, pourrait donc améliorer leur observance médicamenteuse. Cet axe thérapeutique est d'autant plus essentiel que ces représentations sont également associées au nombre de rechutes et au rétablissement (Dodd et al., 2017;

Lobban et al., 2013). Plus largement, si la nécessité de l'évaluation systématique des différentes composantes des représentations de la maladie chez les individus atteints de troubles somatiques chroniques est largement admise (Villani, Flahault, Montel, Sultan, & Bungener, 2013), à ce jour cette pratique n'est pas intégrée dans les approches psychothérapeutiques en psychiatrie. Pourtant, cette évaluation peut parfaitement s'intégrer aux premiers entretiens réalisés en TCCE. La prise en charge proposée dans ce type de psychothérapie s'appuie sur une conceptualisation fine du problème de l'individu nommée l'analyse fonctionnelle. Nous préconisons de réaliser également de manière systématique une analyse fonctionnelle du trouble en lui-même. Les stimuli « mon trouble bipolaire » et « le trouble bipolaire » pourraient être mobilisés dans cette démarche comme illustré dans la Figure 12. Pour finaliser cette démarche, s'en suivrait un entretien semi-directif explorant les différentes composantes des représentations de la maladie qui ne seraient pas évoquées spontanément par le patient. Le rajout de ces éléments pourrait venir majorer l'efficacité des psychothérapies.

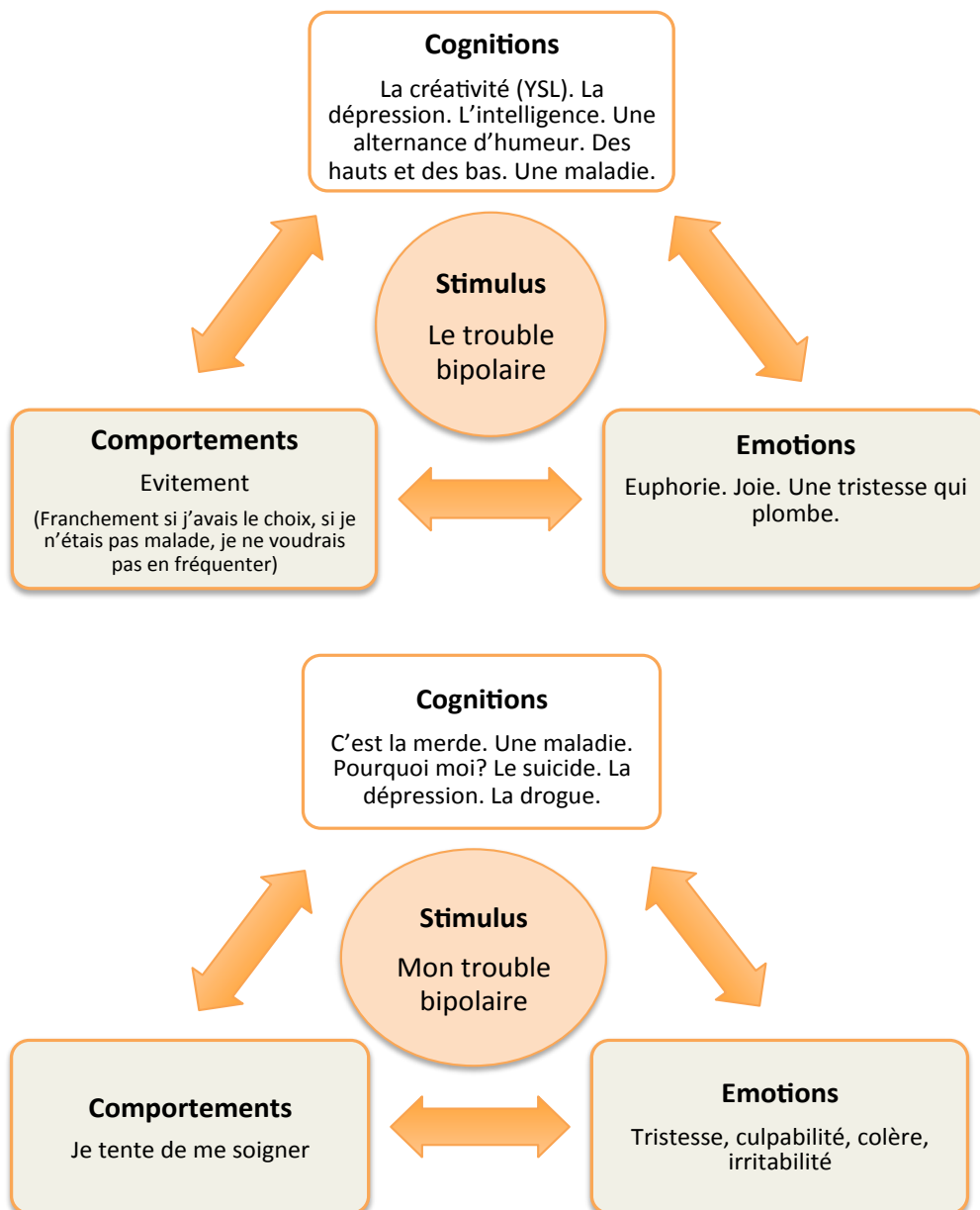


Figure 12 : Cercle vicieux établi avec une patiente présentant un trouble bipolaire.

Dans les recherches futures, l'étude du rôle des représentations de la maladie dans la stigmatisation intériorisée des patients bipolaires se devrait d'être explorée. S'il n'est plus à démontrer que les individus atteints du trouble bipolaire sont moins stigmatisés ceux souffrant de la schizophrénie, il reste perçu plus négativement que la dépression et les troubles somatiques (Brohan, Gauci, Sartorius, & Thornicroft, 2011; Hawke, Parikh, & Michalak, 2013; Lazowski, Koller, Stuart, & Milev, 2012; Morselli & Elgie, 2003). Les patients et leurs proches se plaignent d'être stigmatisés, de subir des discriminations, ce qui

les conduit à engager des conduites d'évitement et à ne pas parler du trouble (Brohan et al., 2011; Lazowski et al., 2012; Michalak et al., 2011; Sajatovic et al., 2008). Dans nos projets de recherche il faudrait donc prendre garde à ne pas s'inscrire en adéquation avec le discours médiatique sur le trouble bipolaire, c'est-à-dire banaliser la gravité du trouble et la stigmatisation dont les patients sont victimes.

3.2. Effets de la stigmatisation intériorisée des mères ayant un enfant diagnostiqué TDAH ⁴

Cette partie porte sur les effets du marquage social des troubles psychiatriques chez les proches. Pour aborder ce champ de recherche nous nous sommes intéressés au TDAH, trouble psychiatrique pour lequel la stigmatisation des proches est plus marquée que celle dirigée envers l'individu porteur du trouble. Celle-ci s'exprime essentiellement à l'encontre des mères (DosReis et al., 2010; Fernández & Arcia, 2004; Norvilitis, Scime, & Lee, 2002). Elles sont souvent étiquetées de « stupides », « trop laxistes » ou encore « trop strictes », ce qui est renforcé par l'idée que le TDAH n'est pas un diagnostic légitime mais le résultat d'une mauvaise éducation (Koro-Ljungberg & Bussing, 2009). Lorsque ces mères intériorisent ces messages négatifs, cela favorise l'émergence d'une importante détresse psychologique (anxiété, dépression), d'émotions négatives, d'une dévalorisation de soi, de comportements de retrait et de dissimulation du trouble (Fernández & Arcia, 2004; Harborne, Wolpert, & Clare, 2004; Koro-Ljungberg & Bussing, 2009; Moses, 2010; Peters & Jackson, 2009). Si tous ces travaux rendent compte de l'incidence préjudiciable de la stigmatisation des mères sur leur état psychologique, tous ont mobilisé une méthodologie qualitative sur des échantillons réduits. Notre recherche se propose de venir confirmer ces liens par une méthodologie quantitative.

D'autres facteurs que la stigmatisation contribuent à la détresse psychologique des mères, notamment l'intensité des symptômes de l'enfant (Bussing et al., 2003; Harborne et al., 2004; Harrison & Sofronoff, 2002; Podolski & Nigg, 2001). Cette association est d'autant plus robuste chez les mères de garçons (Bussing et al., 2003; Theule, Wiener, Tannock, & Jenkins, 2013), ce qui peut s'expliquer par le fait que l'hyperactivité et l'impulsivité sont les symptômes les plus étroitement liés au stress parental (Graziano,

⁴ Cette recherche a été réalisée au cours de l'encadrement des travaux de recherche de Master 2 de Marine Baglieri.

McNamara, Geffken, & Reid, 2011) et que ces symptômes s'expriment plus fréquemment chez les garçons (Papageorgiou, Kalyva, Dafoulis, & Vostanis, 2008; Rucklidge, 2008, 2010). Les symptômes de l'enfant ont également une incidence sur la stigmatisation des mères, plus particulièrement les comportements extériorisés et non conformes aux normes (DosReis et al., 2010; Koro-Ljungberg & Bussing, 2009; Walker, Coleman, Lee, Squire, & Friesen, 2008). En effet, ces comportements sont souvent étiquetés de puérils et socialement inappropriés (Stroes, Alberts, & Van Der Meere, 2003) et identifiés comme étant le reflet de carences parentales (Malacrida, 2008). Ce type de comportements étant plus fréquemment observés chez les garçons (Papageorgiou et al., 2008; Rucklidge, 2008, 2010), le niveau de stigmatisation et de détresse des mères de garçons TDAH devrait être plus élevé, mais cette hypothèse n'a jamais été explorée à ce jour.

Pour résumer, des liens entre les symptômes de l'enfant, la stigmatisation intériorisée des mères et leur détresse psychologique ont été mis en évidence, et certaines données laissent penser qu'ils pourraient être dépendants du sexe de l'enfant. Cependant, aucune étude n'a examiné la relation entre toutes ces dimensions et le rôle modérateur du genre sur ces liens, ce que nous proposons de faire dans nos travaux. En conformité avec la littérature, nous nous attendons à ce que les symptômes de l'enfant favorisent la stigmatisation intériorisée des mères, qui à son tour viendra majorer leur détresse psychologique. Nous faisons l'hypothèse que ces relations seront plus fortes chez les mères de garçons diagnostiqués TDAH.

Pour tester ces hypothèses, 159 mères ($m_{\text{âge}} = 38,30 \pm 6,48$ ans) ayant un enfant diagnostiqué TDAH (109 garçons, 50 filles, $m_{\text{âge}} = 9,48 \pm 3,31$ ans) ont été interrogées. Quatre indicateurs de détresse psychologique ont été retenus : l'anxiété état, la dépression, l'estime de soi et la satisfaction de vie. Ces mesures ont été associées à une évaluation de la stigmatisation intériorisée des mères mesurée avec une traduction française adaptée au TDAH de l'« Affiliate stigma scale on caregivers of people with mental illness » (Mak & Cheung, 2008). Une hétéro-évaluation des symptômes de l'enfant a également été réalisée par les mères à l'aide d'une traduction française de la « Conners 3 ADHD Index Parent » (Conners, 2008).

Nos résultats mettent en évidence que la stigmatisation intériorisée est associée positivement à la détresse psychologique (Charbonnier, Caparos, & Tremoliere, 2018). Ces

résultats sont conformes aux études qualitatives menées auprès de mères d'enfants TDAH (Fernández & Arcia, 2004; Harborne et al., 2004; Koro-Ljungberg & Bussing, 2009; Moses, 2010; Peters & Jackson, 2009), mais également aux études quantitatives réalisées auprès de parents d'enfants atteints de troubles du spectre autistique ou de troubles des apprentissages (Banga & Ghosh, 2017; Mak & Kwok, 2010). Notre recherche vient donc combler l'absence de données issues de protocoles quantitatifs sur cette population. Nous avons également démontré que la sévérité des symptômes de l'enfant est associée positivement à la détresse et à la stigmatisation intériorisée des mères, mais que ces liens n'existent que chez les mères de garçons. Plus précisément, le lien entre les symptômes des garçons et la détresse de leurs mères est partiellement médiatisé par le niveau de stigmatisation intériorisée. Par contre, les niveaux de stigmatisation intériorisée et de détresse des mères sont quant à eux identiques quel que soit le sexe de leur enfant. Les facteurs sous-jacents à la stigmatisation intériorisée semblent donc être dépendants du sexe de l'enfant, ce qui peut être rapproché des attributions causales communes du TDAH qui varient elles aussi en fonction du sexe du porteur du trouble. Chez les garçons, ce diagnostic est préférentiellement associé à des carences parentales et/ou relationnelles et à une absence de volonté de la part de l'enfant (Maniadaki et al., 2005b, Pineda et al., 1999). Ces attributions peuvent être expliquées par le fait que les troubles du comportement sont jugés comme typique du genre. La normalisation de ces comportements chez les garçons est d'ailleurs illustrée dans la série *Les Simpson* dans laquelle les frasques de Bart sont sans cesse excusées par le juge et cela car « c'est un garçon ». Ainsi, une sur-expression de symptômes chez l'enfant va venir augmenter la responsabilité de la mère, majorer sa culpabilité de ne pas avoir bien éduqué son fils, ce qui va avoir pour conséquence d'augmenter ses symptômes anxio-dépressifs et de diminuer son estime de soi et sa satisfaction de vie. Chez les filles, ce diagnostic est quant à lui préférentiellement associé à des facteurs biogénétiques (Maniadaki et al., 2005b, Pineda et al., 1999). Chez elles, les troubles du comportement sont perçus comme atypiques, et donc plus facilement considérés comme l'expression d'une maladie. D'autres facteurs que les symptômes de leurs enfants seraient donc impliqués dans la stigmatisation intériorisée des mères de filles diagnostiquées TDAH, comme par exemple la culpabilité d'avoir « transmis » par son patrimoine génétique le trouble à son enfant.

Nos résultats peuvent avoir des implications importantes dans la prise en charge clinique du TDAH, et plus spécifiquement dans les interventions menées auprès des parents. La réduction de la détresse des mères est un enjeu essentiel, à la fois pour elles et pour leurs

enfants. En effet, celle-ci a un effet délétère sur les pratiques parentales (Kashdan et al., 2004; Lovejoy, Graczyk, O'Hare, & Neuman, 2000), ainsi que sur les symptômes et les comorbidités de leurs enfants (Danforth, Anderson, Barkley, & Stokes, 1991; Denham et al., 2000; Keown & Woodward, 2002; Xia, Shen, & Zhang, 2015). Actuellement, le traitement psychosocial des parents tend à se concentrer sur la modification des stratégies éducatives et/ou sur les modes d'interactions parents-enfants, afin d'améliorer les pratiques parentales (LaForett, Murray, & Kollins, 2008; Lee, Niew, Yang, Chen, & Lin, 2012). Nos résultats mettent en évidence la nécessité d'intervenir également sur la stigmatisation intériorisée des mères. La manière dont ces mères perçoivent le trouble de leurs enfants, les émotions qui y sont associées, leurs cognitions parentales, ainsi que la manière dont elles pensent que leur environnement social perçoit le trouble, sont autant d'éléments qui devraient être évalués, et le cas échéant restructurés à l'aide de techniques de restructuration cognitive. Sans la prise en considération de ces éléments, les interventions centrées sur les pratiques parentales pourraient avoir pour conséquence de renforcer la responsabilité des parents et donc leur stigmatisation intériorisée. De plus, nos résultats laissent penser que les interventions thérapeutiques pourraient être ajustées en fonction du sexe de l'enfant.

Pour les recherches futures, d'autres facteurs sous-jacents à la détresse et à la stigmatisation intériorisée des mères mériteraient d'être explorés, comme par exemple les attributions causales du trouble ou encore l'expression symptomatologique du TDAH de l'enfant. Nos résultats montrent qu'une attention particulière doit être accordée au sexe de l'enfant. A ce jour, toutes les recherches sont réalisées soit exclusivement auprès de garçons, soit auprès des deux sexes mais sans considérer le rôle potentiel de cette variable. Dans la même idée, prendre en considération le sexe des parents constitue un champ de recherche jusqu'ici non investigué. Si les pères sont souvent exclus des recherches portant sur la stigmatisation car considérés comme des « agents stigmatisants » plutôt que comme des « victimes » (Koro-Ljungberg & Bussing, 2009), la prise en considération des interactions entre le sexe des parents et le sexe des enfants dans la stigmatisation nous semble prometteuse. En effet, si les attributions environnementales du TDAH chez les garçons ciblent plus communément les carences éducatives de la mère, les attributions biogénétiques chez les filles sont quant à elles indifférenciées chez les deux parents, ce qui pourraient conduire à de la stigmatisation intériorisée chez les pères des filles.

4. AGIR SUR LE MARQUAGE SOCIAL

Nos précédents travaux ont permis d'éclairer le marquage social des troubles psychiatriques, et de rendre compte de ses effets chez les patients et leurs proches. Pour clôturer cet axe de recherche, nous nous sommes interrogés sur les démarches permettant d'agir sur ce marquage social. Plus précisément, nous avons évalué les effets d'un programme de psychoéducation sur les représentations de la maladie des patients et de leurs proches, ainsi que les effets de différents textes explicatifs de la schizophrénie sur la stigmatisation sociale de ce trouble.

4.1. Psychoéducation et représentations de la maladie ⁵

Nos travaux ont montré que les nouvelles sources d'informations liées à l'expérience globale de la maladie (symptômes, discours médical, proches, etc.) venaient modifier les représentations à la fois des patients et de leurs proches (voir Partie 3 / 2.2). Dans la continuité de ces travaux, nous nous sommes intéressés aux potentiels effets de la psychoéducation sur les représentations de la maladie. La psychoéducation est une intervention qui a pour objectif de transmettre un ensemble de connaissances sur le trouble et d'améliorer l'ajustement du patient et de ses proches (Bonsack, Rexhaj, & Favrod, 2015). C'est une intervention qui revêt un caractère à la fois pédagogique, psychologique et comportemental. Elle permet la transmission d'informations claires, structurées et objectives, et cela dans le but de dédramatiser et de déconstruire les potentielles croyances erronées sur le trouble. Elle propose également aux participants un lieu d'écoute et de soutien. Elle cherche à promouvoir les comportements allant dans le sens de l'amélioration du trouble et de la qualité de vie (Gay, 2015). A ce jour, de nombreuses études ont mis en évidence les effets bénéfiques des programmes de psychoéducation pour le trouble bipolaire (Colom et al., 2009; Geddes & Miklowitz, 2013; Miklowitz & Scott, 2009; Mirabel-Sarron, Siobud-Dorocant, Cheour-Ellouz, Kadri, & Guelfi, 2006; Tournier, Cougnard, Verdoux, & Droulout, 2008; Vieta, 2005) et pour la schizophrénie (McFarlane et al., 1995; Pitschel-

⁵ Cette recherche a été réalisée au cours du co-encadrement des travaux de recherche de Doctorat de Priscillia Averous avec le Pr Dany Lionel

Walz et al., 2006; Sin et al., 2017). Cependant, aucune recherche n'a étudié le rôle de ces programmes sur les représentations de la maladie.

Les représentations de la maladie de patients atteints de bipolarité (n = 24, 76% femmes, $m_{\text{age}} = 45,48 \pm 9,45$ ans), de proches de patients bipolaires (n = 16, 56,3% femmes, $m_{\text{age}} = 53,67 \pm 17,84$ ans) et de proches de patients schizophrènes (n = 15, 46,7% femmes, $m_{\text{age}} = 57,27 \pm 8,77$ ans) avant et après leur participation à un programme de psychoéducation ont été mesurées. Les représentations des proches de patients bipolaires et schizophrènes ont été évaluées à partir de l'« Illness perception questionnaire for schizophrenia : Relative's Version » (IPQS-Relatives ; Lobban, Barrowclough, & Jones, 2005). Ce questionnaire contient des dimensions supplémentaires (les conséquences sur leur vie, les conséquences sur la vie de leur proche malade, leur contrôle personnel, le contrôle personnel de leur proche malade, le blâme de soi, le blâme du proche malade). Ces programmes ont été réalisés au CH Montperrin à Aix en Provence (Programme FondaMental destiné aux troubles bipolaire qui comprend 9 séances patients et 2 séances proches) et au Pôle Psychiatrique de l'Hôpital de la Conception à Marseille (Programme ProFamille destiné aux proches de patients schizophrènes qui comprend 14 séances). Les modifications observées à la suite du programme sont synthétisées dans le Tableau 7. Ces travaux ont fait l'objet de plusieurs communications dans des congrès (Averous, Dany, & Charbonnier, 2018; Averous, Lagouanelle-Simeoni, Graziani, Del-Monte, & Charbonnier, 2016).

Tableau 7 : Modifications dans les représentations de la maladie suite à la participation à un programme de psychoéducation.

	Patients	Proches de patients
Trouble Bipolaire	<ul style="list-style-type: none"> + Chronicité + Contrôle personnel + Efficacité du traitement + Cohérence 	<ul style="list-style-type: none"> + Chronicité + Cohérence - Blâme de soi - Emotions négatives
Schizophrénie		<ul style="list-style-type: none"> + Chronicité + Conséquences sur leur vie + Cohérence - Blâme de soi - Emotions négatives - Blâme du patient

Ces résultats mettent en évidence le rôle bénéfique de la psychoéducation sur les représentations de la maladie, la majorité des modifications observées étant associées à un bon ajustement psychosocial au trouble (Averous, Charbonnier, & Dany, 2018). S'il est aujourd'hui largement admis que ces programmes favorisent un meilleur ajustement des patients et des proches, ces bénéfices pourraient partiellement être expliqués par les modifications dans les représentations de la maladie induites par ces programmes. Dans les recherches futures, ces hypothèses mériteraient d'être confirmées par une évaluation couplée des représentations de la maladie, de l'état clinique et de l'ajustement psychosocial des patients et de leurs proches, avant et après leur participation à un programme de psychoéducation.

Comme précisé précédemment, si les modifications observées sont majoritairement associées à un bon ajustement à la maladie, ce n'est pas le cas pour deux résultats. Le premier concerne l'augmentation de la chronicité perçue du trouble bipolaire. Dans de nombreuses séances du programme, l'importante chronicité de la bipolarité est mise en avant (dans une perspective d'acceptation), ce qui peut expliquer ce résultat. Le second concerne l'augmentation des conséquences perçues par les proches de patients schizophrènes. Les informations fournies lors des séances ont pu leur permettre de mieux identifier les conséquences du trouble sur leur vie, induisant une majoration des scores, mais leur participation a également pu leur permettre de développer de nouvelles stratégies pour y faire face.

Nos résultats ouvrent de nombreuses perspectives de recherche qui mériteraient d'être explorées dans le futur. Les similarités dans les effets de la psychoéducation sur nos trois groupes nous amènent à nous interroger sur le rapport efficacité/durée de ces programmes. En effet, les proches de patients bipolaires n'ont participé qu'à deux séances de psychoéducation qui s'inscrivaient dans le programme de leur proche malade, et pourtant cela a suffi pour engendrer des modifications dans leurs représentations cognitives et émotionnelles de la maladie. Les programmes brefs (inférieurs à 8 séances) étant nettement plus accessibles, il est essentiel de pouvoir déterminer la durée du programme la plus efficiente pour induire des modifications dans les représentations de la maladie. De plus, nous pouvons nous interroger sur le maintien dans le temps de ces effets. Nos résultats montrent que les séances de psychoéducation constituent une nouvelle source d'information

puissante ayant des effets bénéfiques sur les représentations, et cela même chez les proches de patients atteints de schizophrénie chez qui l'expérience de la maladie semble avoir un effet délétère sur leurs représentations (voir Partie 3 / 2.2). Cependant, la psychoéducation est une source d'information qui ne s'exprime que dans un temps bien déterminé, contrairement aux autres sources qui sont quant à elles quotidiennes et durables. Des réévaluations des représentations de la maladie à 12 et 24 mois après le programme seraient donc utiles dans les recherches futures. Enfin, il y a tout lieu de penser que l'efficacité des interventions menées auprès des patients et de leurs proches serait renforcée par des actions destinées aux professionnels ainsi qu'au large public, et cela dans le but d'agir sur l'ensemble des sources d'information. Dans cette optique, la prochaine partie est consacrée à l'évaluation d'interventions visant la diminution de la stigmatisation sociale de la schizophrénie chez des individus ne présentant pas de trouble.

4.2. Lutter contre la stigmatisation sociale de la schizophrénie ⁶

Comme nous l'avons vu précédemment, la littérature a largement mis en avant les effets dévastateurs de la stigmatisation sociale de la schizophrénie. Différentes démarches visant à lutter contre cette stigmatisation ont été réalisées, toutes postulant que la méconnaissance du trouble constituait un des moteurs essentiel à la stigmatisation (Corrigan & Gelb, 2006; Corrigan & Penn, 1999). Cela s'est notamment exprimé par l'émergence de mouvements de protestation (Corrigan & Penn, 1999), par des interventions favorisant les échanges et la proximité avec les personnes atteintes d'un trouble (Corrigan, 2000; Holmes et al., 1999), ou encore par des campagnes de communication proposant des contenus éducatifs (Lambooy & Sañas, 2013). En lien avec le modèle de Weiner et al. (1988) rendant compte des liens entre attributions causales et stigmatisation, les contenus éducatifs proposés portent majoritairement sur les facteurs étiologiques du trouble. Cependant, les campagnes mettant en lumière les facteurs biogénétiques de la schizophrénie, tout comme celles illustrant les causes psychosociales, ont eu des effets très contrastés sur la stigmatisation (Dietrich et al., 2004; Read, Haslam, Sayce, & Davies, 2006; Read & Harré, 2001; Schlier, Schmick, & Lincoln, 2014; Schomerus, Matschinger, & Angermeyer, 2014; Walker & Read, 2002). Deux méta-analyses rendent compte des effets variables des

⁶ Cette recherche a été réalisée au cours de l'encadrement des travaux de recherche de Master 2 de Charlotte Devoisin

messages selon les indicateurs de la stigmatisation considérés. Par exemple, les explications biogénétiques diminuent le blâme d'un côté, mais augmentent la perception de dangerosité de l'autre (Kvaale, Gottdiener, & Haslam, 2013; Kvaale, Haslam, & Gottdiener, 2013). L'hétérogénéité des résultats peut être mise en lien avec la multitude de méthodologies mobilisées, notamment dans les mesures de la stigmatisation, ainsi qu'avec la non standardisation des messages transmis (Lambooy & Saïas, 2013). L'absence de consensus concernant l'efficacité des messages éducatifs illustre la complexité du processus de stigmatisation. A ce jour, nous ne sommes pas en mesure de déterminer avec certitude quel est le contenu le plus efficace pour lutter contre la stigmatisation sociale de la schizophrénie.

Notre recherche se propose d'évaluer les effets de différents textes traitant de l'étiologie de la schizophrénie. Elle a pour originalité d'évaluer des contenus innovants centrés sur des explications cognitives qui à ce jour n'ont été testées que pour la dépression (Botha & Dozois, 2015). Trois conditions expérimentales ont été réalisées dans lesquelles deux critères variaient : le niveau de contrôle et le niveau de stabilité. Ces deux indicateurs ont été identifiés comme permettant de comprendre le lien entre attributions causales et stigmatisation (Weiner et al., 1988). Le contrôle fait référence à la maîtrise du sujet concernant l'étiologie de son trouble. Si l'origine est perçue comme contrôlable, l'individu sera jugé comme responsable de son état actuel, ce qui viendra majorer le blâme et donc la stigmatisation (comme par exemple la prise de toxique). La stabilité fait référence quant à elle au maintien ou non dans le temps de l'étiologie du trouble. Les attributions jugées comme stables, comme par exemple les explications biogénétiques, sont plus propices à engendrer de la stigmatisation. Elles amènent à penser que le trouble est incurable, conduisant à une augmentation de la dangerosité, à une perte d'espoir et à une diminution des comportements d'aide (Phelan, 2005; Phelan, Yang, & Cruz-Rojas, 2006).

Le texte de notre première condition traite des distorsions impliquées dans la schizophrénie (n = 110). Les distorsions sont des processus cognitifs pouvant conduire à des interprétations erronées de certaines situations (Beck, 1979), elles sont fluctuantes, mais elles peuvent être perçues comme étant sous le contrôle de l'individu (Cook & Wang, 2011; Goldstein & Rosselli, 2003). Le texte de notre seconde condition met l'accent sur les facteurs biogénétiques de la schizophrénie (n = 118). Il a été démontré que ce type d'explication diminue le contrôle perçu du sujet malade sur son trouble mais est associé à

une importante stabilité perçue du trouble. Le texte de notre troisième condition rend compte de l'implication des schémas cognitifs (n = 113). Les schémas trouvent leur origine dans l'enfance, lors d'expériences ne répondant pas aux besoins de l'enfant, ce sont des structures cognitives par le biais desquelles les situations vont être interprétées (Young, Klosko, & Weishaar, 2003). Ce type d'explication soulignant l'importance de facteurs externes, elle favoriserait la diminution de la maîtrise. L'activation des schémas variant selon les expériences vécues, tout comme pour les distorsions, nous pouvons nous attendre à ce qu'ils soient perçus comme fluctuants. S'ajoute à ces conditions expérimentales une condition contrôle qui contient un texte sans rapport avec la schizophrénie (n = 74). Cette dernière avait pour fonction de vérifier que les effets observés dans les conditions expérimentales n'étaient pas liés à la répétition des mesures en pré et post texte. Nos hypothèses sont synthétisées dans le Tableau 8. Tous les participants interrogés étaient des étudiants n'ayant pas bénéficié d'enseignements spécifiques sur la schizophrénie et ayant déclaré eux même ne pas présenter ce trouble.

Tableau 8 : Hypothèses de recherche en fonction des différentes conditions.

	Condition Biogénétique	Condition Schémas	Condition Distorsions	Condition Contrôle
Contrôle du patient dans l'étiologie de son trouble	Faible	Faible	Elevé	.
Stabilité dans le temps de l'étiologie du trouble	Elevée	Faible	Faible	.
Nos hypothèses de recherche	Absence d'effet	Effet élevé	Absence d'effet	Absence d'effet

Pour chaque condition, seules les phrases associées directement aux facteurs étiologiques du trouble variaient, elles sont identifiées en gras dans l'Encadré 5 qui contient le texte de la condition « Schémas ».

Encadré 5 : Texte proposé dans la condition « schémas »

Veillez lire attentivement l'article ci-dessous. Nous vous poserons quelques questions par la suite concernant le contenu de l'article suivant. Cet article a été publié dans l'édition du 28 août du Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive de cette année. Le « Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive » est un journal qui couvre les dernières nouvelles concernant la psychopathologie et la thérapie cognitive et comportementales et est très estimé dans le cursus académique.

« La schizophrénie est en grande partie le résultat de **facteurs cognitifs** ». C'est la première conclusion d'un article récemment publié dans le « Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive ». L'auteur de cet article est le Dr Morel Edouard de l'Université Paris-Sorbonne, qui est mondialement réputé pour son expertise auprès des personnes présentant une schizophrénie. Dr Morel et ses collaborateurs ont mené des recherches sur les facteurs possiblement impliqués dans l'apparition des symptômes de la schizophrénie. Ils en ont conclu : « En tenant compte de l'ensemble des données obtenues au cours des 30 dernières années, nous pouvons conclure que les **schémas cognitifs dysfonctionnels, autrement dit les erreurs d'interprétation, qui prennent leur origine dans les expériences vécues au cours de l'enfance, sont les premiers facteurs influençant les symptômes de la schizophrénie. Si l'on prend l'exemple d'un enfant qui subit des humiliations de la part de ses camarades d'école. Lorsque ce type de comportement se répètera à l'âge adulte, le schéma dysfonctionnel de « méfiance » construit au cours de son enfance pourra alors « s'activer » et générer des pensées et des émotions négatives très fortes favorisant l'émergence d'idées erronées qui prennent la forme d'idées délirantes.** Ces résultats ont été salués par de nombreux chercheurs travaillant sur la schizophrénie qui basent maintenant leurs travaux sur les résultats obtenus par le Dr Morel et ses collaborateurs.

La procédure réalisée était la suivante :

Texte neutre

- «Certains individus peuvent présenter une maladie mentale grave appelée schizophrénie. Ils peuvent faire des études universitaires, travailler dans le domaine de la justice et vivre dans un appartement autonome. Ils n'ont pas toujours des symptômes, mais lorsqu'ils les ont, ils peuvent parfois entendre des voix, penser que la CIA les surveille. Mis à part ces symptômes spécifiques de la schizophrénie, ils peuvent également se sentir très anxieux ce qui peut les amener à manquer des journées de travail. Les personnes atteintes de schizophrénie sont souvent hospitalisées et prennent des médicaments pour leur maladie »

Stigma (t0)

- Attitudes (Corrigan et al., 2002)
- Désir de distance sociale (Link et al., 1987)
- Préoccupation empathique (Batson, Eklund, Chermok, Hoyt, & Ortiz, 2007)

Texte explicatif

- Condition schéma (n = 113)
- Condition distorsion (n = 110)
- Condition biogénétique (n = 118)
- Condition neutre (n = 74)

Stigma (t1)

- Répétition des mêmes mesures qu'à t0

Les résultats obtenus dans cette recherche ont fait l'objet d'une communication dans un congrès (Charbonnier, Devoisin-Lagarde, Graziani, Del-Monte, & Trémolière, 2017) et d'un article soumis (Devoisin-Lagarde, Trémolière, Caparos, & Charbonnier, 2018). En conformité avec nos hypothèses, le niveau de stigmatisation ne diminue que dans la condition « schémas ». Cette attribution causale a l'avantage de proposer une explication de la schizophrénie induisant à la fois la perception d'un faible contrôle du patient et d'une faible stabilité dans le temps de l'étiologie du trouble. Si des attributions causales centrées sur la présence d'événements de vie difficiles au cours de l'enfance peuvent être perçues comme stables, le ou les événements étant considérés comme constitutif de l'histoire de l'individu (Schomerus et al., 2014), les schémas cognitifs, bien que se construisant à partir des expériences passées, sont réactivés ou non à l'âge adulte au gré des événements, ce qui conduit à les percevoir comme fluctuant. La portée de nos résultats est à nuancer par le fait que la diminution de la stigmatisation s'exprime essentiellement par une majoration de la préoccupation empathique envers les individus atteints de schizophrénie. Nous pouvons nous attendre à ce que ces modifications émotionnelles induisent par la suite des modifications cognitives (diminution des attitudes négatives) et comportementales (diminution du désir de distance sociale), mais notre protocole ne permet pas de l'affirmer. De plus, si les explications centrées sur les schémas cognitifs apparaissent prometteuses, celles-ci doivent être mobilisées avec prudence pour ne pas induire un blâme des parents, raccourci souvent pris à l'évocation des schémas. Dans notre texte, nous avons volontairement pris l'exemple d'une expérience scolaire négative pour éviter cette conséquence indésirable.

Plus largement, nos résultats montrent que pour qu'une attribution causale vienne modifier la stigmatisation, celle-ci doit mobiliser les deux critères, à savoir un faible contrôle du trouble et une faible stabilité dans le temps de son étiologie. Aucun effet n'étant présent dans les conditions qui n'en mobilisaient qu'un seul (condition « biogénétique » et « distorsions »). Dans les recherches futures, il serait intéressant de porter une attention particulière à la manière d'équilibrer ces deux indicateurs, indépendamment du contenu dominant du message. Par exemple, les explications biogénétiques pourraient voir leurs effets sur la stigmatisation majorés par l'introduction d'informations sur l'efficacité des traitements médicamenteux dans la gestion du trouble physiologique, ce qui pourrait atténuer l'idée selon laquelle la schizophrénie est nécessairement incurable et les individus dangereux.

5. CONCLUSION

5.1. Représentations et stigmatisation

En guise de conclusion, nous souhaitons proposer une réflexion sur les rapprochements possibles entre représentations et stigmatisation. Des différences ayant largement été démontrées entre la stigmatisation sociale de la schizophrénie et de la bipolarité, nous pouvons en inférer, tout en gardant certaines réserves, que les écarts observés dans les représentations communes de ces deux troubles pourraient donc être des indicateurs de la stigmatisation. Nos travaux montrent que quatre composantes présentent des différences entre les deux troubles ; la schizophrénie est associée à plus de chronicité, plus de conséquences, moins de compréhension et moins de contrôle (voir Tableau 6). Toutes ces composantes ont été identifiées dans l'étude de Mak et al. (2014) comme étant prédictrices de la stigmatisation (voir Figure 13). De plus, les attributions causales se différencient également entre les deux troubles, l'étiologie biogénétique étant plus marquée pour la schizophrénie, quand les facteurs psychosociaux sont plus associés à l'émergence de la bipolarité. A nouveau, ces écarts sont convergents avec les études sur la stigmatisation démontrant que celle-ci est négativement liée aux attributions psychosociales (Corrigan, 2000; Corrigan et al., 2002; Dumesnil & Verger, 2009) et positivement liée aux attributions biogénétiques (Dietrich et al., 2004; Kent & Read, 1998; Mehta & Farina, 1997; Phelan, 2005; Walker & Read, 2002). Selon Mak et al. (2014) les attributions psychosociales vont majorer la contrôlabilité de la maladie qui va quant à elle diminuer la stigmatisation. Dans les recherches futures, l'étude conjointe des représentations communes et de la stigmatisation apparaît donc indispensable pour mieux comprendre les processus impliqués et faire évoluer les campagnes anti-stigmatisation des troubles psychiatriques. Il y a tout lieu de penser que répliquer la même démarche en évaluant les représentations de la maladie et la stigmatisation intériorisée aurait également toute sa pertinence, notamment dans le but d'améliorer la prise en charge psychosociale des patients et de leurs proches.

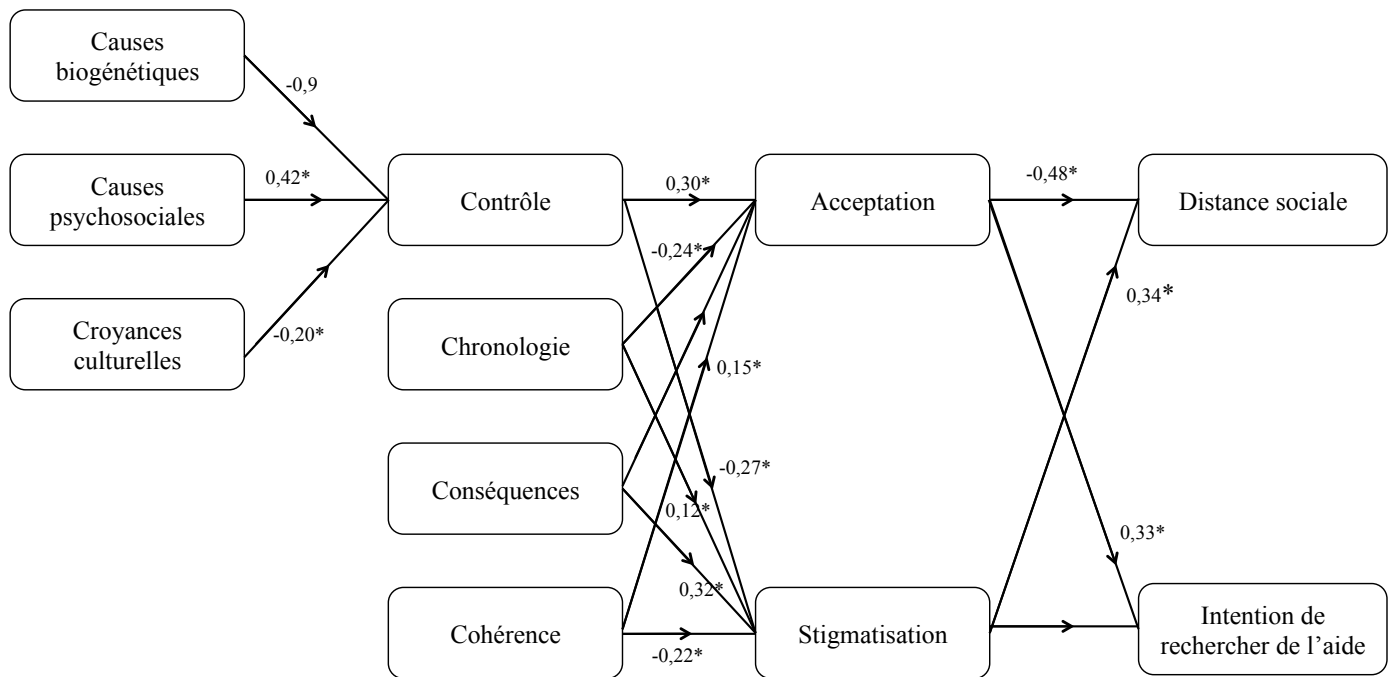


Figure 13 : Reproduction du CSM de la stigmatisation proposé par Mak et al. (2014).

5.2. Perspectives préventives et thérapeutiques

Nos travaux ont montré que les expériences de la maladie modifient les représentations communes des troubles psychiatriques, et cela de manière différenciée selon le trouble. En effet, les personnes expérimentant la bipolarité (patients et proches) ont une représentation plus optimiste du trouble que la population générale, alors que les représentations des proches de patients schizophrènes sont quant à elles plus pessimistes que celles des individus sains. Nous avons également démontré que les représentations communes de la schizophrénie sont plus négatives que celles portant sur le trouble bipolaire. Ainsi, les proches de patients schizophrènes semblent adhérer au discours commun, et l'expérience de la maladie vient le consolider. Cet élément pourrait être mis en lien avec un possible biais de confirmation, c'est-à-dire un biais cognitif qui va conduire l'individu à privilégier les informations qui confirment son idée première, ici cela pourrait s'exprimer par une hypervigilance aux éléments venant confirmer les représentations communes. S'il est admis qu'il est nécessaire de lutter contre la stigmatisation sociale de la schizophrénie,

lutter contre certaines représentations communes de la schizophrénie est tout aussi important. Plus précisément, les messages préventifs visant à atténuer le faible contrôle du patient, l'importante chronicité du trouble, les nombreuses conséquences préjudiciables de la maladie, et la faible compréhension des patients, sont à privilégier. Ces quatre représentations sont liées à la fois à la stigmatisation (Mak et al., 2014) et à un mauvais ajustement psychosocial des patients (Averous, Charbonnier, & Dany, 2018). La diffusion de messages expliquant que les individus souffrant de schizophrénie présenteront sûrement ce trouble tout au long de leur vie mais que leurs symptômes peuvent être stabilisés. Et que dans ce contexte, le trouble n'empêche pas l'intégration dans la société et/ou la construction d'une vie familiale, nous semble être pertinent.

Il est nécessaire, également, d'engager des actions thérapeutiques auprès des patients et de leurs proches. Nos travaux montrent notamment que les représentations de la maladie ont une incidence sur l'observance des patients, et que la stigmatisation favorise la détresse psychologique des proches. Par conséquent, il est indispensable d'évaluer systématiquement ces dimensions chez les patients et leurs proches. Pour ce faire, une analyse fine de la manière dont ils perçoivent le trouble, les émotions qui y sont associées, ainsi que la manière dont ils pensent que leur environnement social perçoit le trouble, nous semble essentielle. Cette analyse pourrait se manifester par la réalisation de deux analyses fonctionnelles en prenant comme stimuli « mon trouble » et « le trouble », comme représenté dans la Figure 12. Suite à cette démarche d'évaluation, les cognitions les plus dysfonctionnelles mériteraient de faire l'objet d'un travail de restructuration cognitive. Ce dernier pourrait se matérialiser par l'usage de la technique « du pour et du contre » afin d'identifier les éléments qui infirment et confirment la pensée négative. Ou encore par l'engagement de discussions logiques, permettant de mettre en lumière le manque de cohérence et d'objectivité de la pensée, et de discussions empiriques, pour démontrer l'irrationalité de la pensée sur la base de situations et d'expériences. Ce travail cognitif pourrait favoriser l'émergence de cognitions alternatives, et favoriser la prise de distance vis-à-vis du discours négatif pouvant être tenu par leur environnement social. Nos travaux ayant également démontré l'efficacité de groupes de psychoéducation, associer ce procédé thérapeutique au travail cognitif semble tout indiqué.

PARTIE 4 : PERSPECTIVES

Cette dernière partie est consacrée à la présentation de mes futurs projets de recherche qui prennent leurs racines dans les travaux déjà engagés. Dans un premier temps, seront développés deux projets qui s'inscrivent dans la continuité directe de mes précédents travaux. Le premier projet traite de l'évaluation des potentiels effets bénéfiques de la révélation de son orientation sexuelle. Le second projet évalue les processus sous-jacents à la stigmatisation sociale des troubles psychiatriques. Dans un second temps, seront développés des projets menés auprès de populations stigmatisées non étudiées jusqu'ici, à savoir les personnes souffrant d'obésité et les personnes incarcérées. Ces projets s'intéressent plus précisément à l'évaluation des conséquences de la stigmatisation des personnes en surpoids sur leur détresse psychologique et leurs comportements alimentaires, et à l'étude des conséquences de la stigmatisation des personnes incarcérées sur leur détresse psychologique et leur conscience autoévaluative.

1. APPROFONDISSEMENT DES TRAVAUX ANTERIEURS

1.1. Les effets bénéfiques de la révélation de son orientation sexuelle

La psychologie positive défend l'idée qu'une vie riche de sens et de potentialités peut se développer en parallèle de la souffrance. Elle s'intéresse aux conditions et aux processus qui contribuent à l'épanouissement ou au fonctionnement optimal des individus (Gable & Haidt, 2005). Ainsi, il nous apparaît intéressant de ne pas nous limiter à l'étude des conséquences préjudiciables du contexte social chez les personnes LGB, mais également d'en appréhender les potentiels effets bénéfiques. Nos travaux ont mis en évidence que malgré le caractère hautement stressant de la révélation de son orientation sexuelle, cette dernière constitue une expérience génératrice d'émotions positives, et présente différents avantages, tels que le fait d'être honnête envers soi, envers les autres, de construire son identité, ou encore de ne plus mentir. De plus, au cours de cette annonce, les jeunes LGB privilégient les stratégies de développement personnel, ils tentent d'identifier les aspects positifs et d'apprendre de cette situation. Ce mode de coping est particulièrement adapté puisqu'il est corrélé positivement aux émotions positives, à une finalité jugée comme favorable, et est lié négativement au risque suicidaire. En effet, il permet à l'individu de

réviser ses priorités et ses objectifs et favorise ainsi la restauration des ressources (Susan Folkman, 2008, 2010).

Ces résultats conduisent à penser que l'annonce de son orientation sexuelle peut être considérée comme un « Stress-Related Growth » (SRG), c'est-à-dire une expérience difficile mais qui peut avoir des effets bénéfiques (Carver et al., 1989). Dans cette perspective, les travaux de Vaughan et ses collaborateurs proposent le terme de « Coming-out Growth » (COG) qui s'exprimerait par une augmentation de l'honnêteté et l'authenticité, une majoration du soutien social perçu, un plus fort désir d'aider et de soutenir les autres personnes LGBT, un bien-être plus important, et une meilleure acceptation de son identité sexuelle (Vaughan, 2007; Vaughan & Waehler, 2010). Cependant, à ce jour aucune recherche empirique n'a été menée pour évaluer ces différentes composantes. Notre projet a pour objectif d'évaluer les effets bénéfiques de l'annonce de son orientation sexuelle, et cela à la fois sur le plan identitaire, social et émotionnel.

Pour explorer ce champ de recherche, le concept de résilience nous semble tout indiqué. Il est communément défini comme la capacité des individus à surmonter un traumatisme et/ou à se construire favorablement dans un environnement défavorable. A ce jour, trois conceptions de la résilience sont dominantes dans la littérature (Richardson, 2002). La première l'appréhende comme une qualité individuelle, c'est-à-dire un trait relativement stable. La seconde la définit comme un processus qui s'exprime suite à des situations traumatiques. La troisième la définit comme une force présente chez chaque individu, à des degrés variables, et qui va être influencée par l'environnement et les situations vécues. Dans cette dernière conception la résilience est un processus dynamique, dépendant de l'individu, de ses interactions avec son environnement, et jouant un rôle déterminant dans l'ajustement aux événements futurs. Elle est donc étroitement liée au stress, et plus spécifiquement à la capacité de l'individu à faire face aux événements stressants. Notre projet s'appuie sur cette troisième conception de la résilience. Nous en retiendrons la définition suivante : la résilience est une adaptation réussie après une exposition à des facteurs de risque, notamment des événements de vie stressants, et impliquant l'attente d'une faible susceptibilité aux facteurs de stress futurs (Werner, 1995).

Nous faisons l'hypothèse que chez les individus les plus résilients, un haut niveau de révélation sera associé à une perception élevée des effets bénéfiques de ces révélations.

Nous nous attendons également à ce que plus les personnes LGB perçoivent les effets bénéfiques de la révélation de leur orientation sexuelle, plus ils se sentent soutenus et intégrés, et moins ils présentent de signes de détresse psychologique.

Pour tester ces hypothèses, le niveau de révélation de leur orientation sexuelle sera mesuré à l'aide de l'« Outness Inventory » qui évalue le degré de divulgation dans différentes sphères (Mohr & Fassinger, 2000), couplé à la « Sexual Orientation Concealment Scale » qui mesure la dissimulation active de son orientation sexuelle (Lance, Anderson, & Croteau, 2010). La perception des effets bénéfiques des différentes révélations sera évaluée avec la « Coming-out Growth Scale » (Vaughan & Waehler, 2010), qui sera couplée à une mesure de résilience (« Connor-Davidson Resilience Scale » ; Connor & Davidson, 2003). Le rapport de l'individu à la communauté LGB sera évalué avec la « Lesbian, Gay and Bisexual Group Identity measure » (Sarno & Mohr, 2016). Et enfin, différents indicateurs de détresse psychologique seront évalués tels que l'intensité des symptômes anxieux et dépressifs (HADS ; Zigmond & Snaith, 1983 ; Lepine et al., 1985), le risque suicidaire (SBQ-R ; Osman et al., 2001) et le stress perçu (Perceived Stress Scale; Cohen, Kamarck, & Mermelstein, 1983).

1.2. La stigmatisation sociale des troubles psychiatriques

La stigmatisation des troubles psychiatriques a d'importants effets délétères chez les patients et leurs proches (voir Partie 3 / 1.1.). Elle constitue un obstacle majeur à l'accès aux soins appropriés et à l'adhérence aux traitements (Corrigan, 2004; Rüsçh et al., 2005). Par conséquent, la lutte contre la stigmatisation des troubles psychiatriques constitue un enjeu de santé essentiel. Cependant, à ce jour, beaucoup de campagnes anti-stigmatisation se sont avérées infructueuses. Selon nous, l'élaboration d'interventions plus efficaces doit passer par une meilleure compréhension des processus impliqués dans cette stigmatisation. Nos précédents travaux nous ont permis de proposer un nouvel éclairage à la stigmatisation sur la base des représentations communes. À ce jour, seul Mak et al. (2014) ont mis en évidence que plus la population générale considère que les troubles mentaux sont chroniques, engendrent d'importantes conséquences négatives, que les patients comprennent mal leur trouble et ont peu de contrôle sur son évolution, plus ils les stigmatisent. Nos résultats vont dans le même sens puisque nous avons mis en évidence que ces quatre représentations (chronicité, conséquence, contrôle et cohérence) sont significativement plus élevées pour la

schizophrénie que pour la bipolarité, et il a été largement démontré que la schizophrénie est grandement plus stigmatisée que le trouble bipolaire. Cependant, en absence de mesure directe de la stigmatisation, nous ne pouvons faire qu'inférer ces liens. De plus, l'étude de Mak et al. (2014) traite des troubles mentaux de manière générale, et ne permet pas d'appréhender les spécificités des différentes pathologies psychiatriques. Par conséquent, les liens entre la stigmatisation et les représentations communes mériteraient d'être explorés, et cela pour de multiples troubles psychiatriques.

Dans la même idée, les processus dispositionnels impliqués dans la stigmatisation des troubles psychiatriques ont été très faiblement explorés, alors même qu'ils ont été plus largement étudiés dans la stigmatisation d'autres populations. C'est notamment le cas des traits de personnalités. Il a été démontré que l'acceptabilité ou encore l'ouverture sont associés négativement à la stigmatisation (Brown, 2012; Ekehammar, Akrami, Gylje, & Zakrisson, 2004; Graziano, Bruce, Sheese, & Tobin, 2007). Des traits dits « aversifs », souvent étudiés de concert sous l'appellation de « Triade Noire » (Paulhus & Williams, 2002) qui réfère au narcissisme (égocentrisme, besoin d'admiration), au machiavélisme (utilisation de la tromperie pour atteindre ses buts), et à la psychopathie (froideur émotionnelle, faible empathie) ont également été mis en lien avec la stigmatisation (Hodson, Hogg, & MacInnis, 2009). À ce jour, toutefois, les liens entre les traits de « Triade Noire » et la stigmatisation des troubles psychiatriques n'ont pas été étudiés. De la même manière, l'implication de l'empathie dans la stigmatisation de différents groupes stigmatisés a été mise en lumière, cette dernière favorisant les comportements d'aide et réduisant les discriminations (Batson, Chang, Orr, & Rowland, 2002; Batson et al., 1997; Galinsky & Moskowitz, 2000; Vescio, Sechrist, & Paolucci, 2003). Cependant, l'incidence des capacités empathiques sur la stigmatisation des troubles psychiatriques a quant à elle peu été étudiée.

Ce projet a pour objectif d'identifier de nouveaux processus sous-jacents à la stigmatisation sociale des troubles psychiatriques. Pour cela, nous nous proposons d'interroger les liens existants entre des variables dispositionnelles (traits de personnalité et empathie), les représentations communes de la maladie et la stigmatisation. Cette démarche sera réitérée pour différents troubles psychiatriques, notamment la schizophrénie, le trouble bipolaire et le TDAH. Conformément à la littérature, nous faisons l'hypothèse qu'un bas niveau de narcissisme, de machiavélisme et de psychopathie, ainsi qu'un haut niveau d'empathie, seront associés à un faible niveau de stigmatisation. Nous nous attendons

également à ce qu'une faible chronicité et de faibles conséquences perçues du trouble, ainsi qu'un haut niveau de contrôle et de cohérence du trouble, soient aussi associés à un faible niveau de stigmatisation.

Pour mettre à l'épreuve ces hypothèses, les traits de la « Triade Noire » seront mesurés avec la « Short Dark Triad » (Jones & Paulhus, 2014). L'empathie sera évaluée à l'aide de la version française de la « Basic Empathy Scale » (D'Ambrosio, Olivier, Didon, & Besche, 2009; Jolliffe & Farrington, 2006). Pour les représentations communes du trouble, nous utiliserons une version adaptée pour les personnes en bonne santé de l'« Illness Perception Questionnaire for Schizophrenia » (Lobban et al., 2005). Enfin, quatre dimensions seront mobilisées pour évaluer la stigmatisation : la familiarité avec le trouble et les attitudes négatives (« Attribution Questionnaire » ; Corrigan, Markowitz, Watson, Rowan, & Kubiak, 2003; Rouyre, 2016), le comportement à l'encontre d'une personne souffrant d'un trouble (« Social Distance Items » ; Link, Cullen, Frank, & Wozniak, 1987), et les émotions ressenties envers les personnes souffrant d'un trouble (« Echelle de Préoccupation Empathique » ; Batson, Early, & Salvarani, 1997). Ce projet de recherche est intégré dans un projet de doctorat en collaboration avec Serge Caparos (Maître de Conférences-HDR en Psychologie Cognitive), Bastien Trémolière (Maître de Conférences en Psychologie Cognitive) et le Pôle Psychiatrique du CH La Conception. Il a été soumis à deux Appels à Projets (Fondation de France et l'Institut de Recherche en Santé Publique).

2. OUVERTURE A DE NOUVELLES POPULATIONS STIGMATISEES

Jusqu'ici, toutes mes démarches de recherche n'ont fait que renforcer mon intérêt pour l'étude de l'implication du contexte social dans la détresse psychologique des populations stigmatisées. Dans mes futurs projets de recherche, je souhaite étendre cette perspective à d'autres populations, précisément les personnes souffrant d'obésité, ainsi que les personnes incarcérées. Ces deux populations fortement stigmatisées sont en constante augmentation et font l'objet de peu de travaux de recherche en psychologie, tout du moins en France.

2.1. Stigmatisation et détresse psychologique des personnes souffrant d'obésité

Selon l'OMS, près d'1,9 milliard d'adultes étaient en surpoids en 2016, et plus de 650 millions étaient obèses. Dans le monde, la prévalence de l'obésité a presque triplé entre 1975 et 2016. La France n'est pas épargnée par cette augmentation (voir Figure 14). Dans le monde, le surpoids et l'obésité sont associés à un taux de mortalité élevé, ils constituent ainsi le 5^{ème} facteur de décès. Chaque année 2,8 millions de personnes décèdent en raison de leur surpoids ou de leur obésité, ce qui en fait un problème de santé publique majeur.

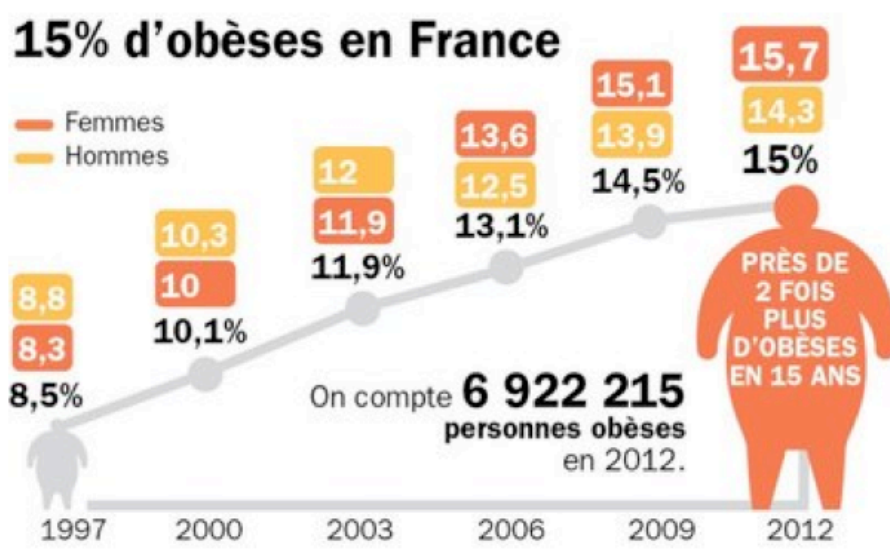


Figure 14 : Prévalence de l'obésité en France de 1997 à 2012 (ObEpi & Roche, 2012).

Si les effets délétères de l'excès de poids sur la santé physique ne sont plus à démontrer, les conséquences psychosociales sont également essentielles à considérer. En effet, les personnes souffrant d'obésité sont hautement stigmatisées (Latner, O'Brien, Durso,

Brinkman, & MacDonald, 2008; Puhl, Andreyeva, & Brownell, 2008; Tibere, Poulain, Pacheco da Costa Proenca, & Jeannot, 2007; Tomiyama et al., 2018). La stigmatisation s'exprime très tôt, puisque dès 3 ans des comportements de discrimination sont engagés à l'égard des personnes en surpoids (Cramer & Steinwert, 1998). Elle n'est pas récente, les premières données aux Etats-Unis datant des années 1960 (Cahnman, 1960) et elle est en constante augmentation. En effet, aux Etats-Unis, les actes de discriminations envers les personnes souffrant d'obésité sont passés de 7% en 1996 à 12% en 2006 (Andreyeva, Puhl, & Brownell, 2008), ce qui est comparable aux taux de discrimination raciale (Puhl et al., 2008). L'obésité suscite des sentiments négatifs tels que la colère, le blâme, et le dégoût (Puhl & Brownell, 2003; Vartanian, 2010). Les personnes souffrant d'obésité sont perçues comme paresseuses, sans volonté, manquant de discipline, moins compétentes, plus négligées, responsable de leur état, état qui est considéré comme faiblement réversible (Myers & Rosen, 1999; Phelan et al., 2015; Puhl & Brownell, 2001, 2003; Teachman, Gapinski, Brownell, Rawlins, & Jeyaram, 2003). Parmi ces stéréotypes, nous retrouvons les deux principaux moteurs à la stigmatisation que sont une responsabilité élevée du patient et une chronicité élevée du trouble (Weiner et al., 1988).

Le discours médical et les campagnes de prévention qui en découlent renforcent ces stéréotypes. En effet, ils prônent la nécessité de limiter la prise de poids par une démarche volontaire et active, qui s'exprime par l'amélioration de la qualité et de la quantité alimentaire, ainsi que par l'augmentation de l'activité physique. S'il est attendu que la diffusion de ce type de message induise de la motivation à adopter une meilleure hygiène de vie, elle a aussi pour effet délétère de majorer la culpabilité et la honte des personnes souffrant d'obésité, et de favoriser leur stigmatisation intériorisée (Callahan, 2013a, 2013b; Fredrickson, Roberts, Noll, Quinn, & Twenge, 1998; Puhl et al., 2008). Les médias et les normes de minceur qui y sont véhiculées participent à la majoration de l'insatisfaction corporelle (Valls, Rousseau, & Chabrol, 2013). Un haut niveau de stigmatisation intériorisé se manifeste par une forte adhésion aux stéréotypes négatifs sur le surpoids, une dévalorisation de soi, de la culpabilité, un haut sentiment de responsabilité, et une honte voire une haine de son corps (Carels et al., 2013; Durso & Latner, 2008; Pearl, Puhl, & Dovidio, 2015; Tylka et al., 2014). Chez les adolescents souffrant d'obésité, cela peut se manifester par l'engagement dans un processus d'auto-dévalorisation progressif, s'exprimant par une vision négative de soi, un sentiment de différence, et une adhésion au discours négatif (Tibere et al., 2007). Ainsi, l'adolescent souffrant d'obésité est triplement victime : il est

discriminé, il est incité à comprendre qu'il est responsable de ce qui lui arrive, et enfin il en vient à accepter les préjudices subis comme étant normaux et justes (Cahnman, 1968).

Chez les personnes souffrant d'obésité, de nombreux travaux ont mis en évidence les effets délétères de la stigmatisation sur leur niveau de détresse psychologique (Ashmore, Friedman, Reichmann, & Musante, 2008; Friedman et al., 2005; Myers & Rosen, 1999). Une étude conséquente menée auprès de 22 231 personnes habitant aux Etats Unis montre que ceux qui estiment avoir été victimes de discriminations sur la base de leur poids sont 2,5 fois plus susceptibles de présenter des symptômes anxieux et dépressifs (Hatzenbuehler, Keyes, & Hasin, 2009). L'impact psychologique de la stigmatisation est d'autant plus marqué chez les individus qui ont intériorisé les stéréotypes associés au surpoids (Durso et al., 2012; Wirth, Blake, Hébert, Sui, & Blair, 2014). La stigmatisation intériorisée constitue donc un facteur explicatif des symptômes anxio-dépressifs chez les personnes souffrant d'obésité, symptômes qui sont particulièrement prévalents au sein de cette population (Buttitta, Iliescu, Rousseau, & Guerrien, 2014; Gariepy, Nitka, & Schmitz, 2010; Jorm et al., 2003; Ketata, Aloulou, Charfi, Abid, & Amami, 2009).

La stigmatisation peut également avoir des conséquences négatives sur les comportements alimentaires et le poids des personnes souffrant d'obésité. En effet, elle favorise l'augmentation des comportements alimentaires inadaptés (Haines, Neumark-Sztainer, Eisenberg, & Hannan, 2006; Puhl & Brownell, 2006) et limite l'efficacité des programmes visant la diminution du poids (Latner, Wilson, Jackson, & Stunkard, 2009; Wott & Carels, 2010). Son incidence négative sur la prise de poids a d'ailleurs été démontrée de manière expérimentale (Major, Hunger, Bunyan, & Miller, 2014). Les conséquences négatives de la stigmatisation sont majorées lorsque les stéréotypes associés au surpoids sont intériorisés, ce qui se manifeste par un évitement de l'exercice physique (Carels et al., 2009; Vartanian & Novak, 2011; Vartanian & Shaprow, 2008) et une augmentation des comportements alimentaires inadaptés (Durso et al., 2012; Puhl, Moss-Racusin, Schwartz, & Brownell, 2007; Schvey, Roberto, & White, 2013; Wott & Carels, 2010).

En résumé, les liens entre stigmatisation intériorisée et symptômes anxio-dépressifs d'une part, et entre stigmatisation intériorisée et comportements alimentaires inadaptés d'autre part, ont déjà été mis en évidence. À ce jour, rares sont les études qui ont étudié

ensemble ces trois dimensions. A notre connaissance, aucune n'a été menée en France. Or, le caractère « déviant » du surpoids et les « normes » de corpulence sont étroitement liés au contexte culturel. Par conséquent, nous nous proposons d'évaluer les liens existants entre stigmatisation intériorisée, détresse psychologique et comportements alimentaires chez des personnes vivant en France et souffrant d'obésité. Conformément aux études menées aux Etats-Unis, nous faisons l'hypothèse qu'un haut niveau de stigmatisation intériorisée chez les individus souffrant d'obésité sera lié à une importante détresse psychologique, à une perception négative de leur corps et à des comportements alimentaires inadaptés. Ce projet de recherche fait l'objet d'une collaboration avec Sarah Le Vigouroux Nicolas (Maître de Conférences en Psychologie Clinique du développement), Aurélie Goncalves (Maître de Conférences en nutrition en STAPS), le CHU de Nîmes, et Anaïs Claudel (psychologue du service des maladies métaboliques et endocrinienne, qui a réalisé une partie de son mémoire de recherche de master 2 sur cette thématique).

Pour mettre à l'épreuve nos hypothèses, les comportements alimentaires seront évalués à l'aide de la version française de l'« Eating Disorder Inventory 2 » (Criquillon-Doublet, Divac, Dardenne, & Guelfi, 1995). Cette échelle permet de mesurer les attitudes et les comportements liés aux conduites alimentaires, et cela à travers l'évaluation de 11 sous-échelles (telles que la boulimie, le contrôle des impulsions, le désir de minceur, l'insatisfaction corporelle, l'insécurité sur le plan social, etc.). Les symptômes anxieux et dépressifs seront mesurés à l'aide de la version française de l'HADS (Zigmond & Snaith, 1983 ; Lepine, Godchau, Brun & Lemperiere, 1985). Enfin, la stigmatisation intériorisée sera évaluée avec l'« Internalized Stigma of Mental Illness Inventory » (Ritsher et al., 2003), adaptée pour les personnes souffrant d'obésité. Initialement développée pour évaluer la stigmatisation intériorisée des personnes atteinte de troubles psychiatriques, elle a par la suite été proposée auprès de différentes populations stigmatisées, ses auteurs invitent d'ailleurs à l'adapter à la problématique stigmatisée souhaitée.

2.2. Stigmatisation et détresse psychologique des personnes incarcérées

Tout comme les personnes souffrant d'obésité, la population carcérale est en constante augmentation (voir Figure 15). Au 1^{er} janvier 2018, la France comptait 68 974 personnes écrouées et détenues (Ministère de la Justice, 2018). Les personnes incarcérées

sont hautement stigmatisées (Harding, 2003; LeBel, 2012; Moore, Stuewig, & Tangney, 2013; Winnick & Bodkin, 2008). Les différentes restrictions auxquelles elles sont confrontées (droit de vote, accès à certaines aides, logements sociaux, ...) participent grandement à leur marginalisation (Pogorzelski, Wolff, Pan, & Blitz, 2005). Les anciens détenus sont confrontés à de nombreux actes de discrimination, que ce soit dans l'accès à l'emploi (Pager, 2003) ou dans leur réseau social (Clear, 2007; Pager, 2003). L'étiquette de « criminel » leur est attribuée et cela quelque soit la nature de l'infraction commise (Dijker & Koomen, 2007). Les stéréotypes associés à cette population concernent essentiellement leur dangerosité et leur malhonnêteté (Gaubatz, 1995; Young, 1999). Ces stéréotypes négatifs sont présents chez près d'une personne sur deux (Hirschfield & Piquero, 2010). Or, la dangerosité est un important prédicteur du désir de distance sociale (Corrigan, Edwards, Green, Diwan, & Penn, 2001; Link et al., 1999). Ces stéréotypes favorisent l'adhésion à des peines particulièrement sévères, cela pour garder la population en sécurité (Hirschfield & Piquero, 2010). Les personnes incarcérées sont également considérées comme hautement responsables de leur condition, ce qui est un moteur de la stigmatisation (Weiner et al., 1988), mais également de l'acceptation de ces stéréotypes par les détenus, et du développement de leur stigmatisation intériorisée (Moore, Tangney, & Stuewig, 2016).

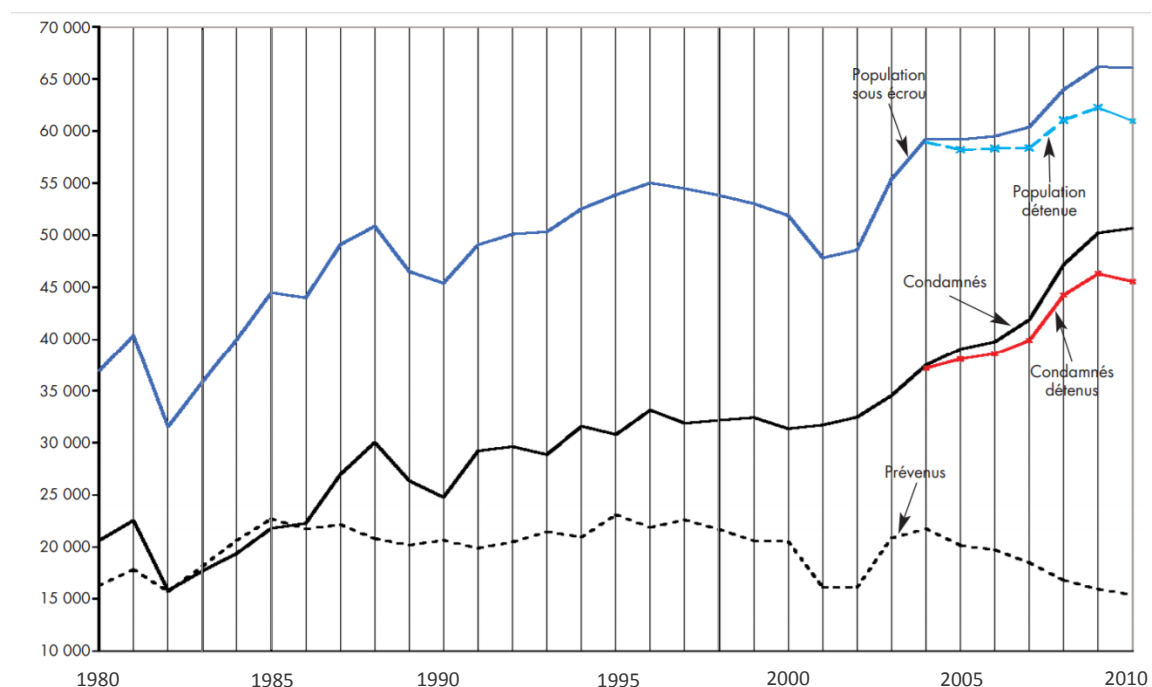


Figure 15 : Evolution de la population écrouée en France entre 1980 et 2010 (Kensey, 2010).

À ce jour, les potentielles conséquences négatives de la stigmatisation sur la détresse psychologique des personnes incarcérées n'ont pas été explorées. Pourtant, elles ont largement été démontrées dans de nombreuses populations stigmatisées (personnes atteintes de troubles mentaux – voir Partie 2 / 1.1 ; personnes LGB – voir Partie 1 / 1.1 ; personnes en surpoids – voir Partie 4 / 2.1). De plus, les personnes incarcérées ont un niveau de détresse psychologique particulièrement marqué qui se manifeste par un risque suicidaire élevé, une faible estime de soi, la présence de troubles du sommeil et de symptômes dépressifs (Maisondieu, Tarrieu, Razafimamonjy, & Arnault, 2008; Ribadier, Roustit, & Varescon, 2014 ; Blaauw, Arensman, Kraaij, Winkel, & Bout, 2002; Duthé et al., 2009). Parmi les détenus, 16 % des hommes et 31% des femmes présenteraient un trouble psychiatrique (Steadman, Osher, Robbins, Case, & Samuels, 2009). Par conséquent, il y a tout lieu de s'interroger sur l'implication de la stigmatisation dans cette détresse.

La stigmatisation des anciens détenus augmente leur risque de récidive (Benson et al., 2011; Chiricos, Barrick, Bales, & Bontrajer, 2007), et cela alors même qu'il est attendu qu'elle ait un effet dissuasif quant à la réalisation d'actes illégaux (Williams & Hawkins, 1986). Cela peut s'expliquer par le fait que la stigmatisation engendre de la colère et des comportements d'agressivité de la part des anciens détenus (Braithwaite, 1989; Sherman, 1993). Cela peut également s'expliquer par le fait que la stigmatisation des anciens détenus favorise le rapprochement avec des personnes partageant le même stigma (Braithwaite, 1989; Maruna, 2001), ce qui augmente leur risque de s'engager dans des actes illégaux (Bernburg, Krohn, & Rivera, 2006). L'incidence délétère de la stigmatisation sur l'intégration dans la société des anciens détenus a également été démontrée, cette dernière favorisant la peur d'être rejeté et les comportements de retrait (Moore, Stuewig, & Tangney, 2016; K. Moore et al., 2013; Winnick & Bodkin, 2008). En effet, la stigmatisation perçue majore la stigmatisation anticipée des personnes incarcérées ou l'ayant été, ces dernières s'attendent donc à être stigmatisées dans l'avenir (Major & Sawyer, 2009; Moore et al., 2013; Quinn & Chaudoir, 2009).

Ainsi, la stigmatisation a une incidence sur leur présent (comportements de retrait, majoration des émotions négatives), sur leur futur (augmentation du risque de récidive) et sur leur anticipation du futur (majoration de la stigmatisation anticipée). Chaque acte de discrimination vécu peut être non seulement l'occasion de se rappeler de l'infraction qui a été commise et qui a conduit à ce stigmate, mais également d'anticiper les discriminations à

venir. Tous ces éléments nous conduisent à penser que la stigmatisation pourrait avoir une incidence sur le système mnésique, et plus précisément sur la mémoire épisodique.

La mémoire épisodique peut se définir comme la capacité à encoder, stocker et récupérer des souvenirs vécus dans leur contexte (Tulving, 1972). La conscience autoéotique est une composante de la mémoire épisodique, elle reflète la capacité de l'individu à se représenter mentalement sa propre identité subjective à travers le temps. Mais également à voyager mentalement dans le temps, et cela en se remémorant des événements passés, en y modifiant un ou plusieurs éléments. Et enfin, elle inclue la capacité à imaginer les événements qui pourront arriver à l'avenir (Tulving, 2002; Wheeler, Stuss, & Tulving, 1997). Elle se décline en trois composantes ; le rappel de souvenirs, qui rend compte de la capacité de l'individu à se remémorer un souvenir associé à un lieu et à un moment spécifique ; le raisonnement contrefactuel, qui correspond à la capacité à imaginer comment une situation vécue aurait pu se dérouler autrement ; enfin, la pensée future, qui correspond à la capacité de l'individu à se projeter dans l'avenir. Elle mobilise des processus tels que l'imagination, le jugement, ou encore la prise de décision. Des altérations de la conscience autoéotique ont été identifiées chez les individus atteints de troubles psychiatriques (Gandolphe & Nandrino, 2011; Hermans et al., 2004; Lemogne, Piolino, Jouvent, Allilaire, & Fossati, 2006; Moore & Zoellner, 2007; Williams et al., 2007). Plus largement, l'état émotionnel a une incidence sur les processus mnésiques. Par exemple, les individus ayant une humeur triste ont un rappel plus important et plus rapide des événements négatifs (Clark & Teasdale, 1982; Lloyd & Lishman, 1975; Teasdale & Fogarty, 1979).

En résumé, les liens entre stigmatisation et détresse psychologique d'une part, et conscience autoéotique et détresse psychologique d'autre part, ont été mis en évidence. Cependant ils n'ont jamais été étudiés chez les personnes incarcérées. Mieux comprendre les potentielles altérations des personnes incarcérées dans leurs capacités à se projeter dans le futur pourrait constituer un élément important dans leurs difficultés de réinsertion dans la société, et être impliqué dans la récurrence. Par conséquent, nous nous proposons d'étudier les liens entre ces trois dimensions dans la population carcérale. Nous faisons l'hypothèse que plus les personnes incarcérées auront un niveau élevé de stigmatisation, et plus leur conscience autoéotique sera altérée et leur détresse psychologique élevée. Ce projet de recherche fait l'objet d'une collaboration avec Serge Caparos (Maître de Conférences-HDR en Psychologie Cognitive), Bastien Trémolière (Maître de Conférences en Psychologie

Cognitive), la Maison d'Arrêt de Nîmes, et Raphael Reynier, Psychologue à l'Unité de Soins en milieu pénitentiaire de la Maison d'arrêt de Nîmes.

Pour mettre à l'épreuve nos hypothèses, la stigmatisation sera évaluée à l'aide d'une adaptation de la « Stigma Scale » à la population carcérale, cette dernière ayant été initialement conçue pour évaluer la stigmatisation perçue des personnes souffrant de troubles psychiatriques (King et al., 2007). La conscience auto-noétique sera mesurée à l'aide de l'« Autobiographical Memory Test » qui prend la forme d'un entretien semi-structuré au cours duquel les participants produisent trois tâches : une tâche de rappel autobiographique, une tâche de pensée contrefactuelle et une tâche de pensées futures, et cela à partir d'indices (des mots) connotés émotionnellement ou pas (Williams & Broadbent, 1986). Enfin, les symptômes anxieux et dépressifs seront mesurés (HADS ; Zigmond & Snaith, 1983 ; Lepine et al., 1985). Ce protocole a actuellement débuté auprès de personnes incarcérées. Par la suite, nous prévoyons de le reconduire également auprès d'individus n'étant plus en détention.

CONCLUSION

Appréhender la souffrance psychologique en lien avec le contexte social constitue l'élément central de l'ensemble de mes recherches. Ce positionnement prend son essence dans l'étude des populations stigmatisées. Mes travaux ont essentiellement porté sur le discours négatif adressé aux populations stigmatisées, à la manière dont ces populations s'y ajustent, et aux conséquences cliniques que cela peut avoir. À travers mes différents travaux, j'ai pu mettre en évidence l'implication du contexte social dans la souffrance psychologique des personnes LGB, des personnes présentant un trouble psychiatrique, et de leurs proches.

Mon premier axe de recherche consacré aux personnes LGB a permis la mise en évidence du rôle central des stressseurs spécifiques, notamment l'annonce de son orientation sexuelle et l'homophobie intériorisée, dans la détresse psychologique des personnes LGB. J'ai montré que l'incidence de ces stressseurs est étroitement liée aux stratégies de coping mobilisées, et à l'évaluation cognitive et émotionnelle de la situation stressante. D'autres processus émotionnels, cognitifs et sociaux restent encore à explorer. L'étude des processus impliqués dans la souffrance psychologique des personnes LGB durant la révélation de leur orientation sexuelle a été centrale dans mes travaux. Dans mes recherches futures, je souhaite évaluer les potentiels effets bénéfiques de cette révélation. Plus largement, alors que jusqu'ici je me suis centrée sur l'étude de la souffrance en lien avec le contexte social, dans l'avenir, je souhaite appréhender les potentiels effets bénéfiques du marquage social des groupes stigmatisés.

Mon second axe de recherche consacrée aux représentations des troubles psychiatriques a permis la mise en évidence de certains effets des représentations de la maladie et de la stigmatisation sur l'ajustement et la détresse des patients et de leurs proches. Sur la base de mes résultats, j'ai engagé une réflexion sur les rapprochements possibles entre représentations et stigmatisation, que je souhaite valider de manière empirique dans mes projets futurs. Mes travaux ont également montré l'efficacité et les limites de certaines interventions visant à lutter contre le marquage social des troubles psychiatriques. Selon moi, l'élaboration d'interventions plus efficaces doit passer par une meilleure compréhension des processus impliqués la stigmatisation des troubles psychiatriques, ce qui sera étudié dans mes futurs projets de recherche.

PARTIE 5 : SYNTHÈSE DES ACTIVITÉS DE RECHERCHE

1. Publications et productions scientifiques

Articles publiés dans des revues indexées (ACL) [12] dont 2 co-signés avec un étudiant

1. Averous, P.⁷, **Charbonnier, E.**, Simeoni, M-C., & Dany, L. (2018, révisions mineures). Illness representations about schizophrenia and bipolar disorder held by French people without mental disorder. *International Journal of Social Psychiatry [SCImago Q2 ; Clinical Psychology & Psychiatry and Mental Health, IF = 1,38]*
2. **Charbonnier, E.**, Caparos, S., & Tremolière, B. (in press). The role of mothers' affiliate stigma and child's symptoms on the distress of mothers with ADHD children. *Journal of Mental Health. [SCImago Q2 ; Psychiatry and Mental Health, IF = 1,94]*
3. **Charbonnier, E.**, Dumas, F., Chesterman, A., & Graziani, P. (2018). Characteristics of Stress and Suicidal Ideation in the Disclosure of Sexual Orientation among Young French LGB Adults. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 15 (2), 290. DOI:10.3390/ijerph15020290 [SCImago Q2 ; Public Health, Environmental and Occupational Health, IF = 2,10]*
4. Averous, P.⁷, **Charbonnier, E.**, Lagouanelle-Simeoni, M. C., Prospero, A., & Dany, L. (2018). Illness perceptions and adherence in bipolar disorder: an exploratory study. *Comprehensive Psychiatry, 80, 109-115. DOI: 10.1016/j.comppsy.2017.10.003 [SCImago Q1 ; Clinical Psychology & Psychiatry and Mental Health, IF = 2,19]*
5. **Charbonnier, E.**, & Graziani, P. (2016). The stress associated with the coming out process in the young adult population. *Journal of Gay & Lesbian Mental Health, 20(4), 319-328. DOI : 10.1080/19359705.2016.1182957 [SCImago Q2 ; Clinical Psychology & Health]*
6. Hatteschweiler, C., Graziani, P., Bon, M., & **Charbonnier, E.** (2015). Addiction et passage à l'acte suicidaire : des processus cognitifs similaires ? *Revue Francophone de Clinique Comportementale et Cognitive, 20(3), 35-44. [SCImago Q4 ; Clinical Psychology]*
7. **Charbonnier, E.**, Hatteschweiler, C., & Graziani, P. (2015). Risque suicidaire et stress chez les jeunes homosexuels. *Psychologie française, 60 (3), 209-22. [SCImago Q3 ; Psychology (miscellaneous)]*
8. Rusinek, S., **Charbonnier, E.**, Boudoukha, A.-H., Graziani, P., & Dafonseca, D. (2013). Early maladaptive schemas among children: a new way to screen for depressed child? *Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale, 19(2), 157-169. 1182957 [SCImago Q4 ; Clinical Psychology]*
9. **Charbonnier, E.**, & Graziani, P. (2012) Les stratégies de coping que les jeunes homosexuels mettent en place lors de la divulgation de leur homosexualité. *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive, 22, 24-31. [SCImago Q4 ; Clinical Psychology & Psychiatry and Mental Health]*
10. **Charbonnier, E.**, & Graziani, P. (2011). The perception of young lesbians and gays on their parents' attitude about their homosexuality. *Canadian Journal of Community*

⁷ Etudiante en Doctorat

Mental Health, 30 (2), 31-46. [SCImago Q4 ; Psychiatry and Mental Health & Public Health, Environmental and Occupational Health]

11. **Charbonnier, E.**, & Graziani, P. (2011). Vécu émotionnel et tentatives de suicide lors du coming-out. *Revue Française et Francophone de Psychiatrie et Psychologie Médicale, 119*, 11-16. (revue qualifiante jusqu'en 2014)
12. **Charbonnier, E.**, & Graziani, P. (2011). Suicide et homosexualité : revue de la littérature. *Revue Française et Francophone de Psychiatrie et Psychologie Médicale, 119*, 17-21. (revue qualifiante jusqu'en 2014)

Article publié dans une revue non répertoriée dans des bases de données internationales [1]

1. **Charbonnier, E.**, & Graziani, P. (2013). Stress, risque suicidaire et annonce de son homosexualité. *Revue Service social, 59 (1)*, 1-16.

Articles soumis dans des revues indexées (ACL) [3] dont 2 co-signés avec des étudiants

1. Averous, P.⁷, **Charbonnier, E.**, & Dany, L (2018). Application of the Self-Regulation Model to patients with mental disorders: A systematic review. *European Psychologist [SCImago Q1 ; Psychology (miscellaneous), IF = 2,17]*
2. Puechlong, C.⁸, Weiss, K., Le Vigouroux, S., & **Charbonnier, E.** (2018). Traits de personnalité et stratégies de régulation émotionnelle des individus développant un état de stress post-traumatique suite à une inondation. *Canadian Journal of Behavioural Science [SCImago Q3 ; Psychology (miscellaneous), IF = 0,40]*
3. Devoisin, C.⁹, Trémolière, B., Caparos, S., & **Charbonnier, E.** (2018). Effects of causal attributions on the schizophrenia stigma. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology [SCImago Q1 ; Psychiatry and Mental Health & Social Psychology & Health, IF = 2,92]*

Chapitres d'ouvrage [7]

1. Graziani, P., Cannas-Aghedu, F., **Charbonnier, E.**, Giuffrida, J., & Del-Monte, J. (2018). Clinical case : Application of Beck's addiction or motivation model to prevent relapse. In V. Stamou et L. Stamou (Eds.), *Handbook of Best Practices : Music in creative detoxification and rehabilitation* (pp.142-149). University of Macedonia
2. Del-Monte, J., Cannas-Aghedu, F., **Charbonnier, E.**, Giuffrida, J., & Graziani, P. (2018). The quality of motivation is a criterion for fitting the treatment. In V. Stamou et L. Stamou (Eds.), *Handbook of Best Practices : music in creative detoxification and rehabilitation* (pp.149-159). University of Macedonia
3. Graziani, P., Giuffrida, J., **Charbonnier, E.**, Cannas-Aghedu, F., & Del-Monte, J. (2018). The desire to drink : is it dangerous in the hospital ? Application of exposure technique. In V. Stamou et L. Stamou (Eds.), *Handbook of Best Practices : Music in creative detoxification and rehabilitation* (pp.159-171). University of Macedonia

⁸ Etudiante en Doctorat

⁹ Etudiante de Master

4. **Charbonnier, E.** (2013). Addiction et adolescence : discours d'adolescents. In P. Graziani et L. Romo (Eds.), *Soigner les addictions par les TCC* (pp.201-203). Paris : Masson Elsevier.
5. **Charbonnier, E.** (2013). Stress et addiction. In P. Graziani et L. Romo (Eds.), *Soigner les addictions par les TCC* (pp.34-36). Paris: Masson Elsevier.
6. **Charbonnier, E., & Graziani, P.** (2013). Stress and Homosexuality. In L. Cavalcanti et S. Azevedo. (Eds.), *Psychology of Stress: New Research*. NY : Nova Publishers.
7. **Charbonnier, E., & Graziani, P.** (2013). Rapport de genre à l'adolescence dans les zones urbaines sensibles: etude menée auprès de 40 jeunes hommes âgés de 13 à 28 ans. In M. Legrand et I. Voléry (Eds.), *Genre et parcours de vie, vers une nouvelle police des corps et des âges ?* (pp.131-141). Nancy : PUN.

Communications orales dans des colloques nationaux / internationaux à comité de lecture [20] dont 3 co-signés avec des étudiants

1. **Charbonnier, E.** (2018, Septembre). Le coming-out des séniors. Conférence Sexagénaires : le plaisir dans l'avancé en âge – Fondation I2ML, Nîmes, France.
2. Faccini, J.¹⁰, Del Monte, J., **Charbonnier, E.**, & Graziani, P. (2018, Mars). Apport thérapeutique de la réalité virtuelle. Entretien Nîmes/Alès – Fondation I2ML, Nîmes, France.
3. **Charbonnier, E.**, Devoisin-Lagarde, C⁹., Graziani, P., Del Monte, J., & Trémolière, B. (2017, Décembre). Apport des théories cognitives dans la lutte contre la stigmatisation de la schizophrénie. Congrès de l'Association Française de Thérapie Comportementale et Cognitive, Paris, France
4. **Charbonnier, E., & Graziani, P.** (2017, Septembre). L'identité sexuelle à l'adolescence. 9^{ème} journées nationales des maisons des adolescents, Nîmes, France
5. **Charbonnier, E.** (juin, 2017). S'appuyer sur le patient pour construire sa prise en charge. Séminaire de recherche Unîmes, Nîmes, France.
6. **Charbonnier, E.**, Averous, P⁷., Graziani, P., Del-Monte, J., Simeoni, M-C., Dany, L. (2016, Décembre). Evaluation des représentations de la maladie (cognitives et émotionnelles) chez des patients bipolaires. Congrès de l'Association Française de Thérapie Comportementale et Cognitive, Paris, France
7. Del-Monte, J., Marin, L., **Charbonnier, E.**, Graziani, P., & Attal, J. (2016, Décembre). Effets de l'activité physique sur la production de comportements sociaux non-verbaux chez des patients atteints de schizophrénie. Congrès de l'Association Française de Thérapie Comportementale et Cognitive, Paris, France
8. **Charbonnier, E., & Graziani, P.** (2013, Février). Spécificités des stratégies de coping, de l'évaluation des risques, du vécu émotionnel et du risque suicidaire lors d'une situation stressante particulière : l'annonce de son homosexualité. 13^{ème} rencontre provinciale de prévention du suicide, Liège, Belgique
9. **Charbonnier, E., & Graziani, P.** (2012, Septembre). Stress, émotions et conduites suicidaires chez les jeunes homosexuels. 54^{ème} congrès de la Société Française de Psychologie, Montpellier, France.
10. **Charbonnier, E., & Graziani, P.** (2011, Décembre). Evaluation cognitive d'une situation stressante : les spécificités du coming-out. Congrès de l'Association Française de Thérapie Comportementale et Cognitive, Paris, France.
11. **Charbonnier, E.**, Bon, M., & Graziani, P. (2011, Septembre). Les rapports filles-

¹⁰ Etudiante de Master

- garçons en zones urbaines sensibles : étude menée auprès de 73 adolescentes et adolescents. 9^{ème} Colloque International de Psychologie Sociale Appliquée, Strasbourg, France.
12. **Charbonnier, E.**, Santos-Silva, A-C., & Graziani, P. (2011, Mai). Rapport de genre à l'adolescence dans les zones urbaines sensibles: étude menée auprès de 40 garçons âgés de 13 à 28 ans. Colloque international : genre et parcours de vie : Enfance, adolescence, vieillesse, Nancy, France.
 13. **Charbonnier, E.**, Graziani, P., & Rouan, G. (2010, Septembre). Suicide attempts and coming-out. 13th European symposium on suicide and suicidal behavior, Rome, Italie.
 14. **Charbonnier, E.**, & Graziani, P. (2011, Septembre). 73 adolescents habitant en zones urbaines sensibles à Marseille parlent du cannabis. 53^{ème} Congrès Société Française de Psychologie. La pratique : un lieu de théories, Metz, France.
 15. **Charbonnier, E.**, & Graziani, P. (2011, Septembre). Lieu d'habitat et construction identitaire des adolescents : étude menée auprès de 73 adolescents vivant dans des quartiers défavorisés de Marseille. 53^{ème} Congrès Société Française de Psychologie. La pratique : un lieu de théories, Metz, France.
 16. **Charbonnier, E.**, Graziani, P. & Rouan, G. (2010, Septembre) Suicide et Homosexualité : état des lieux, pistes thérapeutiques. Congrès National du Groupement d'Etude et de Prévention du Suicide, Paris, France.
 17. **Charbonnier, E.**, Graziani, P. & Rouan, G. (2010, Septembre) Vécu émotionnel et tentatives de suicide lors du coming-out Congrès National du Groupement d'Etude et de Prévention du Suicide, Paris, France.
 18. **Charbonnier, E.**, Graziani, P. & Rouan, G. (2010, Juin). Le coming-out entre processus identitaire et processus déficitaire. Colloque international Education et homophobie, une forme de discrimination dans le système éducatif : état des lieux, actions et relais de l'action », Besançon, France.
 19. **Charbonnier, E.**, Rouan, G. & Graziani, P. (2010, juin). Réactions parentales suite à l'annonce de son homosexualité: quelles conséquences sur les jeunes homosexuel-les ? Colloque international Education et homophobie, une forme de discrimination dans le système éducatif : état des lieux, actions et relais de l'action », Besançon, France.
 20. **Charbonnier, E.**, & Rouan, G. (2009, juin). Etude sur l'impact des réactions parentales négatives chez les jeunes homosexuels suite à l'annonce de leur homosexualité. Communication orale au XV^{ème} Colloque National et International Junior en Psychopathologie, Reims, France.

Communications affichées dans des colloques nationaux et internationaux [26] dont 8 co-signés avec des étudiants

1. Averous, P.⁷, Dany, L., Lançon C., & **Charbonnier, E.** (2018, Janvier). Les représentations de la maladie avant et après la participation à Profamille. 16^{ème} congrès de l'Encéphale, Paris, France.
2. Averous, P.⁷, Dany, L., Lagouanelle-Simeoni, M. C., Graziani, P., Del-Monte, J. & **Charbonnier, E.** (2017, Décembre). Les représentations du trouble bipolaire chez des personnes avec ou sans trouble psychique. Congrès de l'Association Française de Thérapie Comportementale et Cognitive, Paris, France
3. Averous, P.⁷, Dany, L., Lagouanelle-Simeoni, M.-C., Graziani, P., Del-Monte, J. &

- Charbonnier, E.** (2017, Novembre). Evolution des représentations de la maladie chez les proches de patients atteints d'un trouble bipolaire suite à leur participation à des séances de psychoéducation. Congrès Français de Psychiatrie, Lyon, France.
4. Martin, S.¹¹, Del-Monte, J., **Charbonnier, E.**, Graziani, P. (2017, Janvier). Dimensions d'impulsivité et de conscience de la maladie dans le trouble borderline : Etude préliminaire. 15^{ème} congrès de l'encéphale, Paris, France.
 5. Del-Monte, J., Marin, L., **Charbonnier, E.**, Graziani, P., & Attal, J. (2017, Janvier). Activités physiques et symptômes négatifs : Etude préliminaire dans la schizophrénie. 15^{ème} Congrès de l'Encéphale, Paris, France.
 6. Averous, P.⁷, Dany, L., Lagouanelle-Simeoni, M.-C., Graziani, P., Del-Monte, J. & **Charbonnier, E.** (2016, Décembre). Etude exploratoire : l'impact d'un programme de psychoéducation sur les représentations de la maladie dans les troubles bipolaires. Congrès de l'Association Française de Thérapie Comportementale et Cognitive, Paris, France.
 7. Martin, S.¹¹, Del-Monte, J., **Charbonnier, E.**, Graziani, P. (2016, Décembre). Conscience de Soi et impulsivité dans le trouble borderline : Etude préliminaire. Congrès de l'Association Française de Thérapie Comportementale et Cognitive, Paris, France.
 8. Sierra, M.¹², Del-Monte, J., **Charbonnier, E.**, Graziani, P. (2016, Décembre). Jeux vidéo, envie de jouer et stress. Congrès de l'Association Française de Thérapie Comportementale et Cognitive, Paris, France.
 9. Durand, M.¹³, Graziani, P., Del-Monte, J., **Charbonnier, E.**, Gaujoux-Viala, C. (2016, Décembre). Influence de l'inquiétude et des croyances liées au traitement sur l'adhérence médicamenteuse chez des patients souffrant de RHU. Congrès de l'Association Française de Thérapie Comportementale et Cognitive, Paris, France.
 10. **Charbonnier, E.**, & Graziani, P. (2014, Décembre). Croyances associées à la consommation de cannabis. Congrès de l'Association Française de Thérapie Comportementale et Cognitive, Paris, France.
 11. **Charbonnier, E.**, & Graziani, P. (2014, Décembre). Le stress chez les étudiants. Congrès de l'Association Française de Thérapie Comportementale et Cognitive, Paris, France.
 12. **Charbonnier, E.**, & Graziani, P. (2013, Juin). Coping processes employed during coming-out. 1st international conference: LGBT Psychology and Related Fields, Lisbonne, Portugal
 13. **Charbonnier, E.**, & Graziani, P. (2013, Juin). Suicidal risk and stress during coming-out. 1st international conference : LGBT Psychology and Related Fields, Lisbonne, Portugal
 14. **Charbonnier, E.**, Bon, M., & Graziani, P. (2011, Juin). Coping processes employed to face up to stress: study conducted with 400 homosexuals. 7th International Congress of Cognitive Psychotherapy, Istanbul, Turquie. Poster online on the special issue of PSYCHOMED: http://www.crpdownload.com/Psychomed_ICCP'11.pdf
 15. **Charbonnier, E.**, Pedinielli, J-L., Graziani, P., & Rouan, G. (2010, Septembre). Scarification and suicide attempts: review of the litterature. 13th European symposium on suicide and suicidal behavior, Rome, Italie.
 16. Bon, M., Graziani, P., **Charbonnier, E.** (2010, Septembre). Construction of a

¹¹ Etudiante en Doctorat

¹² Etudiant de Master

¹³ Etudiante de Master

- questionnaire on the suicidal beliefs : « ASP suicide ». 13th European symposium on suicide and suicidal behavior, Rome, Italie.
17. **Charbonnier, E.** & Graziani, P. (2010, Avril). The emotional experience of a particular stressful situation: the homosexuality advertisement. Third European Conference on Emotion, Lille, France.
 18. **Charbonnier, E.,** & Graziani, P. (2012, Juin). Liens entre vécu émotionnel et stress chez les jeunes homosexuels. Journées régionales de thérapie comportementale et cognitive, La grande motte, France.
 19. **Charbonnier, E.,** & Graziani, P. (2011, Novembre). Conduites suicidaires et annonce de son homosexualité. 43^{èmes} journées du Groupement d'Etudes et de Préventions du Suicide, Caen, France
 20. Bon, M., **Charbonnier, E.,** & Graziani, P. (2011, Septembre). Idées suicidaires et suicide chez les sujets âgés : des différences en fonction de l'âge dans la prise de décision ? 53^{ème} Congrès Société Française de Psychologie. La pratique : un lieu de théories, Metz, France.
 21. **Charbonnier, E.,** Bon, M., & Graziani, P. (2010, Décembre). Vécu émotionnel des jeunes homosexuels lors de l'annonce de leur homosexualité. Congrès de l'Association Française de Thérapie Comportementale et Cognitive, Paris, France.
 22. **Charbonnier, E.,** Bon, M., & Graziani, P. (2010, Décembre). Les stratégies de coping lors d'une situation stressante particulière : l'annonce de son homosexualité. Congrès de l'Association Française de Thérapie Comportementale et Cognitive, Paris, France.
 23. **Charbonnier, E.,** Rouan, G., & Pedinielli, JL. (2010, Janvier). Le regard dans les scarifications. 8^{ème} Congrès de l'Encéphale, Paris, France.
 24. **Charbonnier, E.,** Rouan, G., & Graziani, P. (2010, Janvier). Risque suicidaire et relation familiale : l'exemple des jeunes homosexuels. 8^{ème} Congrès de l'Encéphale, Paris, France.
 25. **Charbonnier, E.,** & Rouan, G. (2009, juin). Etude de l'impact des attitudes parentales à l'égard de l'homosexualité de leurs enfants. Congrès National de la Société Française de Psychologie, Toulouse, France.
 26. **Charbonnier, E.,** & Rouan, G. (2009, juin). Etude sur l'importance du regard et de l'adresse à l'autre dans les scarifications : regarde moi, je vois rouge. Congrès National de la Société Française de Psychologie, Toulouse, France.

2. Activités d'encadrement

Encadrement doctoral [2]

ENCADREMENT 1 : Pour un accompagnement thérapeutique des victimes d'inondation à partir de l'analyse des vulnérabilités individuelles et psychosociales liés aux états de stress post traumatiques (2017 - ...)

Doctorante : Cécile Puechlong

Co-direction: Karine Weiss, Professeur des Universités

Pourcentage d'encadrement : 50%

Date de début de la thèse : Octobre 2017

Financement : en 2017 obtention de la bourse doctorale de la Région Occitanie

Résumé: L'impact psychologique de l'exposition à un risque majeur tels que les inondations reste mal évalué, alors même que les inondations constituent les secondes catastrophes naturelles les plus fréquentes en France. Ces travaux de doctorat se proposent d'évaluer les signes de souffrance des personnes hautement exposées aux inondations, plus spécifiquement le développement d'états de stress post-traumatiques (ESPT), en lien avec variables psychosociales. Ce travail de recherche se propose donc de croiser des approches issues de la psychologie sociale et environnementale et de la psychologie clinique pour faire émerger différents profils en termes de vulnérabilité et de préciser les spécificités symptomatologiques de l'ESPT dans le cadre des inondations.

ENCADREMENT 2 : Les représentations de la maladie chez les patients atteints de troubles bipolaires (2016 - ...)

Doctorante : Priscillia Averous

Co-direction : Lionel Dany, Professeur des Universités

Pourcentage d'encadrement : 50%

Date de début de la thèse : Septembre 2016

Financement : Fonds de Dotation Solimut-Mutuelle de France

Publications et production scientifique : Articles publiés dans des revues ACL [2] ;

Articles soumis dans des revues ACL [1] ; Communications [5]

Résumé : Ce travail de doctorat vise à identifier l'application du modèle des représentations de la maladie aux troubles bipolaires. Pour cela, il se propose d'analyser les mécanismes et le rôle des représentations de la maladie dans le trouble bipolaire. Les différentes dimensions du modèle des représentations de la maladie seront étudiées, et leurs contributions potentielles à l'amélioration de la qualité de vie, de la symptomatologie et des stratégies d'adaptation (notamment l'observance) des patients seront également évaluées. De plus, cette recherche a également pour objectif de permettre la validation d'un nouvel outil d'évaluation des représentations de la maladie spécifique aux personnes atteintes de troubles bipolaires.

Encadrements de travaux de recherche de master et de licence [109]

Les encadrements réalisés auprès des étudiants en licence et en master sont synthétisés dans ce tableau. Le détail se trouve en Annexe.

	Travaux de recherche en Master 2	Travaux de recherche en Master 1	Travaux de recherche en Licence 3	Total des encadrements par année
2017-2018	7	7	26	40
2016-2017	9	7	22	38
2015-2016	13	9	-	22
2014-2015	-	-	9	9
	Total : 29	Total : 23	Total : 57	Total : 109

3. Autres éléments scientifiques

Contrats de recherche [4]

1. Nom du projet : PADAM. Impacts d'une alimentation de type « Manger- Mains » chez les personnes âgées vivant à domicile
Financier : Malakoff Médéric
Porteur du projet : I2ML
Responsables : Goncalves Aurélie & De Battista Margot
Collaborateurs universitaires : Caparos Serge, Charbonnier Elodie
Partenaires : ESAT Osaris
1. Nom du projet : Représentations de la schizophrénie et du trouble bipolaire chez les patients, leurs proches et la population générale.
Financier : En 2016 obtention d'un contrat de recherche avec le Fond de Dotation Solimut Mutuelle de France (dans le cadre de l'appel à projet 2015).
Porteur du projet : Elodie Charbonnier
Collaborateurs universitaires : Lionel Dany (PR) et Marie Claude Simeoni (MCU-PH).
Partenaires : CH Montperrin, CH La Conception – pôle psychiatrique
2. Nom du projet : Evaluation des risques suicidaires et prise en charge des jeunes suicidants en lien avec leur orientation sexuelle
Financier : en 2010 obtention d'un contrat de recherche avec la Fondation Pfizer (dans le cadre de l'appel à projet 2009)
Porteur du projet : Elodie Charbonnier, sous la direction de Pierluigi Graziani
3. Nom du projet : Suicide et homosexualité
Financier : en 2009 obtention d'un contrat avec le Groupement d'Etude et de

Prévention du Suicide (GEPS).

Porteur du projet : Elodie Charbonnier, sous la direction de Pierluigi Graziani

Prix et distinctions scientifiques [4]

- Prix du meilleur poster au congrès de l'Association Française de Thérapie Comportementale et Cognitive, Paris, France (2016)
- Prix de la recherche de la ville d'Aix (2013)
- Finaliste au concours jeune chercheur de l'Association Française de Thérapie Comportementale et Cognitive, Paris, France (2013)
- Prix de la meilleure communication orale au XV^{ème} Colloque National et International Junior en Psychopathologie, Reims, France (2009)

Participation à des jurys de soutenance de thèse [1]

Ossola, Laurence. (2017, Novembre). Une sexualité cérébralement handicapée ? Représentations sociales de la sexualité des adultes handicapés cérébraux vivant en institution pour une éducation pour la santé. Doctorat en Sciences de l'Education. *Aix Marseille Université, ED 356.*

Jury de thèse :

Rapporteurs : Berger Dominique, Moliner Pascal

Examineurs : Poizat Denis, Apostolidis Thémis, Charbonnier Elodie

Directrice : Eymard Chantal

REFERENCES

- Adam, P. (2001, Juillet). Dépression, tentatives de suicide et prise de risque parmi les lecteurs de la presse gay française. Communication à la conférence « AIDS Impact », Brighton, Angleterre. Bruxelles: Observatoire du Sida et des Sexualités, Facultés universitaires Saint-Louis.
- Al-Smadi, A. M., Ashour, A., Hweidi, I., Gharaibeh, B., & Fitzsimons, D. (2016). Illness perception in patients with coronary artery disease: A systematic review. *International Journal of Nursing Practice*, 22(6), 633–648. <https://doi.org/10.1111/ijn.12494>
- Allport, G. W. (1954). *The nature of prejudice*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Almeida, J., Johnson, R. M., Corliss, H. L., Molnar, B. E., & Azrael, D. (2009). Emotional distress among LGBT youth: the influence of perceived discrimination based on sexual orientation. *Journal of Youth and Adolescence*, 38, 1001–14.
- Amador, X. F., Strauss, D. H., Yale, S. A., Flaum, M. M., Endicott, J., & Gorman, J. M. (1993). Assessment of insight in psychosis. *The American Journal of Psychiatry*, 150(6), 873–9. <https://doi.org/10.1176/ajp.150.6.873>
- Amador, X. F., Strauss, D. H., Yale, S. A., & Gorman, J. M. (1991). Awareness of Illness in Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 17(1), 113–132. <https://doi.org/10.1093/schbul/17.1.113>
- Andreyeva, T., Puhl, R. M., & Brownell, K. D. (2008). Changes in Perceived Weight Discrimination Among Americans, 1995–1996 Through 2004–2006. *Obesity*, 16(5), 1129–1134. <https://doi.org/10.1038/oby.2008.35>
- Angermeyer, M. C., & Matschinger, H. (2003). Public beliefs about schizophrenia and depression: similarities and differences. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 38(9), 526–534. <https://doi.org/10.1007/s00127-003-0676-6>
- Angermeyer, M. C., & 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), 469–86.
- Angst J, Gamma A, Gastpar M, Lepine J. P, Mendlewicz J, T. A. (2002). Gender differences in depression. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 252, 201–9.
- Ashmore, J. A., Friedman, K. E., Reichmann, S. K., & Musante, G. J. (2008). Weight-based stigmatization, psychological distress, & binge eating behavior among obese treatment-seeking adults. *Eating Behaviors*, 9(2), 203–209. <https://doi.org/10.1016/J.EATBEH.2007.09.006>
- Averous, P., Charbonnier, E., & Dany, L. (2018-soumis). Application of the Self-Regulation Model to patients with mental disorders: A systematic review. *European Psychologist*.
- Averous, P., Charbonnier, E., Lagouanelle-Simeoni, M. C., & Dany, L. (Révisions mineures). Illness representations about schizophrenia and bipolar disorder held by French people without mental disorder. *International Journal of Social Psychiatry*.
- Averous, P., Charbonnier, E., Lagouanelle-Simeoni, M. C., Prospero, A., & Dany, L. (2018). Illness perceptions and adherence in bipolar disorder: An exploratory study. *Comprehensive Psychiatry*, 80. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2017.10.003>
- Averous, P., Dany, L., & Charbonnier, E. (2018, Janvier). Les représentations de la maladie avant et après la participation à Profamille. Communication présentée au 16ème congrès de l'Encéphale, Paris, France.
- Averous, P., Dany, L., Lagouanelle-Simeoni, M.-C., Graziani, P., Del-Monte, J. & Charbonnier, E. (2016, Décembre). Etude exploratoire : l'impact d'un programme de psychoéducation sur les représentations de la maladie dans les troubles bipolaires. Communication présentée au Congrès de l'Association Française de Thérapie Comportementale et Cognitive, Paris, France.
- Ayu, A. P., Dijkstra, B., Golbach, M., De Jong, C., & Schellekens, A. (2016). Good psychometric properties of the addiction version of the revised illness perception questionnaire for health care professionals. *PloS one*, 11(11), e0164262.
- Bandura, A. (1995). *Self-efficacy in changing societies*. Cambridge university press.
- Banga, G., & Ghosh, S. (2017). The Impact of Affiliate Stigma on the Psychological Well-Being of

- Mothers of Children with Specific Learning Disabilities in India: The Mediating Role of Subjective Burden. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 30(5), 958–969. <https://doi.org/10.1111/jar.12311>
- Barrowclough, C., Lobban, F., & Hatton, C. (2001). An investigation of models of illness in carers of schizophrenia patients using the Illness Perception Questionnaire. *British Journal of Clinical Psychology*, 40(4), 371–385.
- Batson, C. D., Chang, J., Orr, R., & Rowland, J. (2002). Empathy, Attitudes, and Action: Can Feeling for a Member of a Stigmatized Group Motivate One to Help the Group? *Personality and Social Psychology Bulletin*, 28(12), 1656–1666. <https://doi.org/10.1177/014616702237647>
- Batson, C. D., Early, S., & Salvarani, G. (1997). Perspective Taking: Imagining How Another Feels Versus Imaging How You Would Feel. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 23(7), 751–758. <https://doi.org/10.1177/0146167297237008>
- Batson, C. D., Polycarpou, M. P., Harmon-Jones, E., Imhoff, H. J., Mitchener, E. C., Bednar, L. L., ... Highberger, L. (1997). Empathy and attitudes: can feeling for a member of a stigmatized group improve feelings toward the group? *Journal of Personality and Social Psychology*, 72(1), 105–18.
- Beck, A. T. (1979). *Cognitive therapy of depression*. Guilford Press.
- Beck, A. T. (1984). Cognitive approaches to stress. In C. Lehrer & R. L. Woolfolk (Eds.), *Clinical Guide to Stress Management*. New York: Guilford Press.
- Beck, A. T. (1985). Theoretical perspectives on clinical anxiety. In A. H. Tuma & J. Maser (Eds.), *Anxiety and the anxiety disorders* (pp. 183–196). Hillsdale, NJ: Lawrence Earlbaum Associates.
- Beck, A. T. 1921-. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press.
- Beck, F., Guilbert, P., & Gauthier, A. (2007). *Baromètre santé 2005. Attitudes et comportements de santé*. Saint Denis: INPES.
- Ben-Zur, H., Gilbar, O., & Lev, S. (2001). Coping with breast cancer: patient, spouse, and dyad models. *Psychosomatic Medicine*, 63(1), 32–9. <https://doi.org/10.1097/00006842-200101000-00004>
- Benazzi, F. (2004). Inter-episode mood lability in mood disorders: residual symptom or natural course of illness? *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 58(5), 480–486. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1819.2004.01289.x>
- Benson, M. L., Alarid, L. F., Burton, V. S., & Cullen, F. T. (2011). Reintegration or stigmatization? Offenders' expectations of community re-entry. *Journal of Criminal Justice*, 39(5), 385–393. <https://doi.org/10.1016/J.JCRIMJUS.2011.05.004>
- Berge, M., & Ranney, M. (2005). Self-esteem and stigma among persons with schizophrenia: implications for mental health. *Care Management Journals : Journal of Case Management ; The Journal of Long Term Home Health Care*, 6(3), 139–44. <https://doi.org/10.1891/CMAJ.6.3.139>
- Bernburg, J. G., Krohn, M. D., & Rivera, C. J. (2006). Official Labeling, Criminal Embeddedness, and Subsequent Delinquency. *Journal of Research in Crime and Delinquency*, 43(1), 67–88. <https://doi.org/10.1177/0022427805280068>
- Björkenstam, C., Björkenstam, E., Andersson, G., Cochran, S., & Kosidou, K. (2017). Anxiety and Depression Among Sexual Minority Women and Men in Sweden: Is the Risk Equally Spread Within the Sexual Minority Population? *The Journal of Sexual Medicine*, 14(3), 396–403. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2017.01.012>
- Blaauw, E., Arensman, E., Kraaij, V., Winkel, F. W., & Bout, R. (2002). Traumatic life events and suicide risk among jail inmates: The influence of types of events, time period and significant others. *Journal of Traumatic Stress*, 15(1), 9–16. <https://doi.org/10.1023/A:1014323009493>
- Blairy, S., Linotte, S., Souery, D., Papadimitriou, G. N., Dikeos, D., Lerer, B., ... Mendlewicz, J. (2004). Social adjustment and self-esteem of bipolar patients: a multicentric study. *Journal of Affective Disorders*, 79(1–3), 97–103. [https://doi.org/10.1016/S0165-0327\(02\)00347-6](https://doi.org/10.1016/S0165-0327(02)00347-6)
- Blaney, N. T., Goodkin, K., Feaster, D., Morgan, R., Millon, C., Szapocznik, J., & Eisdorfer, C. (1997). A psychosocial model of distress over time in early hiv-1 infection: The role of life stressors, social support and coping. *Psychology & Health*, 12(5), 633–653. <https://doi.org/10.1080/08870449708407411>
- Blankstein, K., Lumley, C., & Crawford, A. (2007). Perfectionism, hopelessness, and suicide

- ideation: Revisions to diathesis-stress and specific vulnerability models. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 25(4), 279–319.
- Bolger, N. (1990). Coping as a personality process: A prospective study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59(3), 525–537. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.59.3.525>
- Bonet, L., Wells, B. E., & Parsons, J. T. (2007). A positive look at a difficult time: A strength based examination of coming out for lesbian and bisexual women. *Journal of LGBT Health Research*, 3, 7–14.
- Bonsack, C., Rexhaj, S., & Favrod, J. (2015). Psychoéducation : définition, historique, intérêt et limites. *Annales Médico-Psychologiques, Revue Psychiatrique*, 173(1), 79–84. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2014.12.001>
- Botha, F. B., & Dozois, D. J. A. (2015). The influence of emphasizing psychological causes of depression on public stigma. *Canadian Journal of Behavioural Science / Revue Canadienne Des Sciences Du Comportement*, 47(4), 313–320. <https://doi.org/10.1037/a0039611>
- Boujut, E., Koleck, M., Bruchon-Schweitzer, M., & Bourgeois, M.-L. (2009). La santé mentale chez les étudiants : suivi d'une cohorte en première année d'université. *Annales Médico-Psychologiques, Revue Psychiatrique*, 167(9), 662–668. <https://doi.org/10.1016/J.AMP.2008.05.020>
- Bourdet, S., & Pugnère, J. M. (2011). Attirance sexuelle, suicidalité et homophobie intériorisée. In D. Welzer-Lang (Ed.), *Masculinité état des lieux* (pp. 113–123). Toulouse: Erès.
- Braithwaite, J. (1989). *Crime, shame, and reintegration*. Cambridge University Press.
- Brédart, A., Untas, A., Copel, L., Leufroy, M., Mino, J.-C., Boiron, C., ... Kop, J.-L. (2016). Breast Cancer Survivors' Supportive Care Needs, Posttraumatic Growth and Satisfaction with Doctors' Interpersonal Skills in Relation to Physical Activity 8 Months after the End of Treatment: A Prospective Exploratory Study. *Oncology*, 90(3), 151–159. <https://doi.org/10.1159/000443766>
- Brockington, I. F., Hall, P., Levings, J., & Murphy, C. (1993). The community's tolerance of the mentally ill. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 162, 93–9.
- Brohan, E., Gauci, D., Sartorius, N., & 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. <https://doi.org/10.1016/J.JAD.2010.09.001>
- Brown, S. A. (2012). The Contribution of Previous Contact and Personality Traits to Severe Mental Illness Stigma. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 15(3), 274–289. <https://doi.org/10.1080/15487768.2012.703553>
- Burgener, S. C., & Berger, B. (2008). Measuring perceived stigma in persons with progressive neurological disease. *Dementia*, 7(1), 31–53. <https://doi.org/10.1177/1471301207085366>
- Bussing, R., Zima, B. T., Gary, F. A., Mason, D. M., Leon, C. E., Sinha, K., & Garvan, C. W. (2003). Social Networks, Caregiver Strain, and Utilization of Mental Health Services Among Elementary School Students at High Risk for ADHD. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 42(7), 842–850. <https://doi.org/10.1097/01.CHI.0000046876.27264.BF>
- Buttitta, M., Iliescu, C., Rousseau, A., & Guerrien, A. (2014). Quality of life in overweight and obese children and adolescents: a literature review. *Quality of Life Research*, 23(4), 1117–1139. <https://doi.org/10.1007/s11136-013-0568-5>
- Cabaj, R. P. (1996). Substance abuse in gay men, lesbians, and bisexuals. In R. P. Cabaj (Ed.), *Textbook of homosexuality and mental health* (pp. 783–799). Washington, DC: American Psychiatric Press, Inc.
- Cahnman, W. J. (1968). The Stigma of Obesity. *The Sociological Quarterly*, 9(3), 283–299. <https://doi.org/10.1111/j.1533-8525.1968.tb01121.x>
- Callahan, D. (2013a). Children, Stigma, and Obesity. *JAMA Pediatrics*, 167(9), 791. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2013.2814>
- Callahan, D. (2013b). Obesity: Chasing an Elusive Epidemic. *Hastings Center Report*, 43(1), 34–40. <https://doi.org/10.1002/hast.114>
- Carels, R. A., Burmeister, J., Oehlhof, M. W., Hinman, N., LeRoy, M., Bannon, E., ... Ashrafloun, L. (2013). Internalized weight bias: ratings of the self, normal weight, and obese individuals

- and psychological maladjustment. *Journal of Behavioral Medicine*, 36(1), 86–94. <https://doi.org/10.1007/s10865-012-9402-8>
- Carels, R. A., Young, K. M., Wott, C. B., Harper, J., Gumble, A., Oehlof, M. W., & Clayton, A. M. (2009). Weight Bias and Weight Loss Treatment Outcomes in Treatment-Seeking Adults. *Annals of Behavioral Medicine*, 37(3), 350–355. <https://doi.org/10.1007/s12160-009-9109-4>
- Carver, C. S., Scheier, M. F., & Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: a theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56(2), 267–83.
- Cass, V. C. (1979). Homosexual identity formation: A theoretical model. *Journal of Homosexuality*, (4), 219–235.
- Castillo, M.-C., Lannoy, V., Seznec, J.-C., Januel, D., & 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. <https://doi.org/10.1016/J.EVOPSY.2007.06.006>
- Cavanagh, J., Carson, A., & Sharpe, M. (2003). Psychological autopsy studies of suicide: a systematic review. *Psychological medicine*, 33(3), 395-405.
- Chamberland, L., Gilbert, E., Julien, D., Otis, J., & Ryan, B. (2010). *L'impact de l'homophobie et de la violence homophobe sur la persévérance et la réussite scolaires. Rapport de recherche, programme actions concertées : ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport (MELS) et Fonds Québécois de la recherche sur la société*. Montréal: Université du Québec à Montréal.
- Charbonnier, E., Caparos, S., & Tremoliere, B. (In press). The role of mothers' affiliate stigma and child's symptoms on the distress of mothers with ADHD children. *Journal of Mental Health*.
- Charbonnier, E., Devoisin-Lagarde, C., Graziani, P., Del-Monte, J., & Trémolière, B. (2017, Décembre). *Apport des théories cognitives dans la lutte contre la stigmatisation de la schizophrénie*. Communication présentée au Congrès de l'Association Française de Thérapie Comportementale et Cognitive, Paris, France
- Charbonnier, E., Dumas, F., Chesterman, A., & Graziani, P. (2018). Characteristics of Stress and Suicidal Ideation in the Disclosure of Sexual Orientation among Young French LGB Adults. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(2), 290. <https://doi.org/10.3390/ijerph15020290>
- Charbonnier, E., & Graziani, P. (2011). Tentatives de suicide et homosexualité: revue de la littérature. *La Revue Française et Francophone de Psychiatrie et de Psychologie Médicale*, (119), 17–21.
- Charbonnier, E., & Graziani, P. (2011a). La perception de jeunes lesbiennes et gais concernant l'attitude de leurs parents à l'égard de leur homosexualité. *Revue Canadienne de Santé Mentale Communautaire*, 30, 31–46.
- Charbonnier, E., & Graziani, P. (2011b). Vécu émotionnel et tentatives de suicide lors du coming-out. *La Revue Française et Francophone de Psychiatrie et de Psychologie Médicale*, 15, 24–29.
- Charbonnier, E., & Graziani, P. (2012). Les stratégies de coping que les jeunes homosexuels mettent en place lors de la divulgation de leur homosexualité. *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive*, 22, 24–31.
- Charbonnier, E., & Graziani, P. (2013). Stress, risque suicidaire et annonce de son homosexualité. *Service Social*, 59(1), 1–16.
- Charbonnier, E., & Graziani, P. (2014, Décembre). Le stress chez les étudiants. Communication présentée au Congrès de l'Association Française de Thérapie Comportementale et Cognitive, Paris, France.
- Charbonnier, E., & Graziani, P. (2016). The stress associated with the coming out process in the young adult population. *Journal of Gay & Lesbian Mental Health*, 20(4), 319–328. <https://doi.org/10.1080/19359705.2016.1182957>
- Charbonnier, Hatteschweiler, C., & Graziani, P. (2015). Risque suicidaire et stress chez les jeunes homosexuels. *Psychologie Française*, 60(3), 209–222. <https://doi.org/10.1016/j.psfr.2015.01.001>
- Chateaux, V., & Spitz, E. (2007). Perception de la maladie chez des enfants asthmatiques et leurs parents. *Enfance*, 59(2), 161. <https://doi.org/10.3917/enf.592.0161>
- Cheng, C., Lau, H.-P. B., & Chan, M.-P. S. (2014). Coping flexibility and psychological adjustment

- to stressful life changes: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, 140(6), 1582–1607. <https://doi.org/10.1037/a0037913>
- Chiricos, T., Barrick, K., Bales, W., & Bontrajer, S. (2007). The labeling of convicted felons and its consequences for recidivism. *Criminology*, 45(3), 547–581. <https://doi.org/10.1111/j.1745-9125.2007.00089.x>
- Chorpita, B. F., & Barlow, D. H. (1998). The development of anxiety: the role of control in the early environment. *Psychological Bulletin*, 124(1), 3–21. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.124.1.3>
- Christine, M. A. C., Norman, S. E., & Nancy, L. K. (2002). Coping and psychological distress for men with substance use disorders. *Current Psychology*, 21(1), 35–49. <https://doi.org/10.1007/BF02903158>
- Clark, D. M., & Teasdale, J. D. (1982). Diurnal variation in clinical depression and accessibility of memories of positive and negative experiences. *Journal of Abnormal Psychology*, 91(2), 87–95.
- Clear, T. R. (2007). *Imprisoning communities: how mass incarceration makes disadvantaged neighborhoods worse*. Oxford University Press.
- Clipp, E. C., & George, L. K. (1992). Patients with cancer and their spouse caregivers. Perceptions of the illness experience. *Cancer*, 69(4), 1074–1079.
- Cochran, S. D., Mays, V. M., Alegria, M., Ortega, A. N., & Takeuchi, D. (2007). Mental health and substance use disorders among Latino and Asian American lesbian, gay, and bisexual adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75(5), 785–94. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.75.5.785>
- Cochran, S. D., Mays, V. M., & Sullivan, J. G. (2003). Prevalence of mental disorders, psychological distress, and mental health services use among lesbian, gay, and bisexual adults in the United States. *Journal of Consulting Clinical Psychology*, 71(1), 53–61.
- Cohen, J. M., Blasey, C., Barr Taylor, C., Weiss, B. J., & Newman, M. G. (2016). Anxiety and Related Disorders and Concealment in Sexual Minority Young Adults. *Behavior Therapy*, 47(1), 91–101. <https://doi.org/10.1016/J.BETH.2015.09.006>
- Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24(4), 385–96.
- Colom, F., Vieta, E., Sánchez-Moreno, J., Palomino-Otiniano, R., Reinares, M., Goikolea, J. M., ... Martínez-Arán, A. (2009). Group psychoeducation for stabilised bipolar disorders: 5-year outcome of a randomised clinical trial. *British Journal of Psychiatry*, 194(3), 260–265. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.107.040485>
- Connor, K. M., & Davidson, J. R. T. (2003). Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety*, 18(2), 76–82. <https://doi.org/10.1002/da.10113>
- Cook, T. M., & Wang, J. (2011). Causation beliefs and stigma against depression: Results from a population-based study. *Journal of Affective Disorders*, 133(1–2), 86–92. <https://doi.org/10.1016/J.JAD.2011.03.030>
- Corliss, H., Cochran, S., & Mays, V. (2002). Reports of parental maltreatment during childhood in a United States population-based survey of homosexual, bisexual, and heterosexual adults. *Child Abuse & Neglect*, 26(11), 1165–1178.
- Cornish, M. J. (2012). *The impact of internalised homophobia and coping strategies on psychological distress following the experience of sexual prejudice*. University of Hertfordshire.
- Corrazé, J. (2002). *L'homosexualité*. Paris: PUF.
- Corrigan, P. (2000). Mental health stigma as social attribution: Implications for research methods and attitude change. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 7(1), 48–67.
- Corrigan, P. (2004). How stigma interferes with mental health care. *American Psychologist*, 59(7), 614.
- Corrigan, P., & Gelb, B. (2006). Three Programs That Use Mass Approaches to Challenge the Stigma of Mental Illness. *Psychiatric Services*, 57(3), 393–398. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.57.3.393>
- Corrigan, P., Markowitz, F. E., Watson, A., Rowan, D., & Kubiak, M. A. (2003). An attribution model of public discrimination towards persons with mental illness. *Journal of Health and Social Behavior*, 44(2), 162–79.

- Corrigan, P., & Miller, F. (2004). Shame, blame, and contamination: A review of the impact of mental illness stigma on family members. *Journal of Mental Health, 13*(6), 537–548. <https://doi.org/10.1080/09638230400017004>
- Corrigan, P., River, L.-P., Lundin, R. K., Wasowski, K. U., Campion, J., Mathisen, J., ... Kubiak, M. A. (2000). Stigmatizing attributions about mental illness. *Journal of Community Psychology, 28*(1), 91–102.
- Corrigan, P., Rowan, D., Green, A., & Lundin, R. (2002). Challenging two mental illness stigmas: Personal responsibility and dangerousness. *Schizophrenia Bulletin, 28*(2), 293–309.
- Corrigan, P. W., Druss, B. G., & Perlick, D. A. (2014). The Impact of Mental Illness Stigma on Seeking and Participating in Mental Health Care. *Psychological Science in the Public Interest, 15*(2), 37–70. <https://doi.org/10.1177/1529100614531398>
- Corrigan, P. W., Edwards, A. B., Green, A., Diwan, S. L., & Penn, D. L. (2001). Prejudice, social distance, and familiarity with mental illness. *Schizophrenia Bulletin, 27*(2), 219–25.
- Corrigan, P. W., & Penn, D. L. (1999). Lessons from social psychology on discrediting psychiatric stigma. *The American Psychologist, 54*(9), 765–76. <https://doi.org/10.1037//0003-066X.54.9.765>
- Corrigan, P. W., & Watson, A. C. (2002). Understanding the impact of stigma on people with mental illness. *World Psychiatry : Official Journal of the World Psychiatric Association (WPA), 1*(1), 16–20.
- Coursaud, J.-B. (2002). *L'homosexualité : entre préjugés et réalités*. Paris: Milan.
- Cousson-Gelie, F., Bruchon-Schweitzer, M., Dilhuydy, J. M., & Jutand, M.-A. (2007). Do Anxiety, Body Image, Social Support and Coping Strategies Predict Survival in Breast Cancer? A Ten-Year Follow-Up Study. *Psychosomatics, 48*(3), 211–216. <https://doi.org/10.1176/APPI.PSY.48.3.211>
- Coyne, J. C., & Lazarus, R. S. (1980). Cognitive style, stress perception and coping. In I. L. Kutasha (Ed.), *Hand book of stress and anxiety : Knowledge, theory and treatment* (pp. 144–158). San Francisco: Jossey Bass.
- Cramer, P., & Steinwert, T. (1998). Thin is good, fat is bad: How early does it begin? *Journal of Applied Developmental Psychology, 19*(3), 429–451. [https://doi.org/10.1016/S0193-3973\(99\)80049-5](https://doi.org/10.1016/S0193-3973(99)80049-5)
- Criquillon-Doublet, S., Divac, S., Dardenne, R., & Guelfi, J. D. (1995). Le Eating disorder inventory. In J. D. Guelfi, V. Gaillac, & R. Dardenne (Eds.), *Psychopathologie quantitative* (pp. 249–60). Paris : Masson.
- Croyle, R. T., & Hunt, J. R. (1991). Coping with health threat: social influence processes in reactions to medical test results. *Journal of Personality and Social Psychology, 60*(3), 382–9.
- D'Ambrosio, F., Olivier, M., Didon, D., & Besche, C. (2009). The basic empathy scale: A French validation of a measure of empathy in youth. *Personality and Individual Differences, 46*(2), 160–165. <https://doi.org/10.1016/J.PAID.2008.09.020>
- D'Augelli, A., Grossman, A., Salter, N., Vasey, J., Starks, M., & Sinclair, K. (2005). Predicting the suicide attempts of lesbian, gay, and bisexual youth. *Suicide Life Threatening Behavior, 35*(6), 646–660.
- D'Augelli, A. R., Grossman, A. H., Starks, M. T., & Sinclair, K. O. (2010). Factors Associated with Parents' Knowledge of Gay, Lesbian, and Bisexual Youths' Sexual Orientation. *Journal of GLBT Family Studies, 6*(2), 178–198.
- Danforth, J. S., Anderson, L. P., Barkley, R. A., & Stokes, T. F. (1991). Observations of parent-child interactions with hyperactive children: Research and clinical implications. *Clinical Psychology Review, 11*(6), 703–727. [https://doi.org/10.1016/0272-7358\(91\)90127-G](https://doi.org/10.1016/0272-7358(91)90127-G)
- Daumerie, N., Vasseur Bacle, S., Giordana, J.-Y., Bourdais Mannone, C., Caria, A., & Roelandt, J.-L. (2012). Discrimination perceived by people with a diagnosis of schizophrenic disorders. INternational study of DIscrimination and stiGma Outcomes (INDIGO): French results. *L'Encephale, 38*(3), 224–31. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2011.06.007>
- Demirel, O. F., Mayda, P. Y., Yıldız, N., Sağlam, H., Koçak, B. T., Habip, Z., ... Kocazeybek, B. (2018, In press). Self-stigma, depression, and anxiety levels of people living with HIV in Turkey. *The European Journal of Psychiatry*. <https://doi.org/10.1016/J.EJPSY.2018.03.002>
- Demyttenaere, K., Bruffaerts, R., Posada-Villa, J., Gasquet, I., Kovess, V., Lepine, J. P., ... WHO

- World Mental Health Survey Consortium. (2004). Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *JAMA*, 291(21), 2581–90. <https://doi.org/10.1001/jama.291.21.2581>
- Denham, S. A., Workman, E., Cole, P. M., Weissbrod, C., Kendziora, K. T., & Zahn-Waxler, C. (2000). Prediction of externalizing behavior problems from early to middle childhood: the role of parental socialization and emotion expression. *Development and Psychopathology*, 12(1), 23–45.
- Devoisin-Lagarde, C., Trémolière, B., Caparos, S., & Charbonnier, E. (Soumis). Effects of causal attributions on the schizophrenia stigma. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*.
- Dietrich, S., Beck, M., Bujantugs, B., Kenzine, D., Matschinger, H., & Angermeyer, M. C. (2004). The Relationship Between Public Causal Beliefs and Social Distance Toward Mentally Ill People. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 38(5), 348–354. <https://doi.org/10.1080/j.1440-1614.2004.01363.x>
- Dijker, A. J. M., & Koomen, W. (2007). *Stigmatization, Tolerance and Repair*. Cambridge: Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511489815>
- Dinos, S., Stevens, S., Serfaty, M., Weich, S., & King, M. (2004). Stigma: the feelings and experiences of 46 people with mental illness. Qualitative study. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 184, 176–81. <https://doi.org/10.1192/BJP.184.2.176>
- District of Columbia public schools. (2007). *Youth risk behavior survey sexual minority baseline fact sheet: Senior high school YRBS 2007 baseline findings for GLBQ items*. Washington, DC: District of Columbia Public Schools, HIV/AIDS Education Program.
- Dodd, A. L., Mezes, B., Lobban, F., & Jones, S. H. (2017). Psychological mechanisms and the ups and downs of personal recovery in bipolar disorder. *British Journal of Clinical Psychology*, 56(3), 310–328. <https://doi.org/10.1111/bjc.12140>
- Dorais, M. (2001). Mort ou vif. La face cache du suicide chez les garçons. Montréal: VLB.
- DosReis, S., Barksdale, C., Sherman, A., Maloney, K., & Charach, A. (2010). Stigmatizing Experiences of Parents of Children With a New Diagnosis of ADHD. *Psychiatric Services*, 61(8). <https://doi.org/10.1176/appi.ps.61.8.811>
- Dragowski, E. A., Halkitis, P. N., Grossman, A. H., & D’Augelli, A. R. (2011). Sexual Orientation Victimization and Posttraumatic Stress Symptoms Among Lesbian, Gay, and Bisexual Youth. *Journal of Gay & Lesbian Social Services*, 23(2), 226–249. <https://doi.org/10.1080/10538720.2010.541028>
- Drossman, D. A., Leserman, J., Li, Z., Keefe, F., Hu, Y. J., & Toomey, T. C. (2000). Effects of coping on health outcome among women with gastrointestinal disorders. *Psychosomatic Medicine*, 62(3), 309–17. <https://doi.org/10.1097/00006842-200005000-00004>
- Dumesnil, H., & Verger, P. (2009). Public awareness campaigns about depression and suicide: a review. *Psychiatric Services*, 60(9), 1203–1213.
- Durand-Zaleski, I., Scott, J., Rouillon, F., & Leboyer, M. (2012). A first national survey of knowledge, attitudes and behaviours towards schizophrenia, bipolar disorders and autism in France. *BMC Psychiatry*, 12(1), 128.
- DuRant, R. H., Krowchuk, D. P., & Sinal, S. H. (1998). Victimization, use of violence, and drug use at school among male adolescents who engage in same-sex sexual behavior. *Journal of Pediatrics*, 133(1), 113–118.
- Durkheim, E. (1897). *Le suicide*. Paris: Alcan.
- Durso, L. E., & Latner, J. D. (2008). Understanding Self-directed Stigma: Development of the Weight Bias Internalization Scale. *Obesity*, 16(S2), S80–S86. <https://doi.org/10.1038/oby.2008.448>
- Durso, L. E., Latner, J. D., White, M. A., Masheb, R. M., Blomquist, K. K., Morgan, P. T., & Grilo, C. M. (2012). Internalized weight bias in obese patients with binge eating disorder: Associations with eating disturbances and psychological functioning. *International Journal of Eating Disorders*, 45(3), 423–427. <https://doi.org/10.1002/eat.20933>
- Duthé, G., Hazard, A., Kensey, A., Pan Ké Shon, J.-L., Duthé, G., Hazard, A., ... Pan Ké Shon, J.-L. (2009). Suicide en prison: la France comparée à ses voisins européens. *Population et Sociétés*, 462.

- Eisenberg, D., Downs, M. F., Golberstein, E., & Zivin, K. (2009). Stigma and Help Seeking for Mental Health Among College Students. *Medical Care Research and Review*, 66(5), 522–541. <https://doi.org/10.1177/1077558709335173>
- Eisenberg, M. E., & Resnick, M. D. (2006). Suicidality among gay, lesbian and bisexual youth: the role of protective factors. *Journal of Adolescent Health*, 39(5), 662–668.
- Ekehammar, B., Akrami, N., Gylje, M., & Zakrisson, I. (2004). What matters most to prejudice: Big Five personality, Social Dominance Orientation, or Right-Wing Authoritarianism? *European Journal of Personality*, 18(6), 463–482. <https://doi.org/10.1002/per.526>
- Endler, N. S. (1997). Stress, anxiety and coping: The multidimensional interaction model. *Canadian Psychology*, 38(3), 136–153.
- Endler, N. S., & Parker, J. D. A. (1994). Assessment of multidimensional coping: Task, emotion, and avoidance strategies. *Psychological Assessment*, 6(1), 50–60. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.6.1.50>
- Eribon, D. (1999). *Réflexion sur la question gay*. Paris: Fayard.
- Estingoy, P., Fort, E., Normand, J.-C., Lerond, J., & D'Amato, T. (2013). Vulnérabilités psychiques chez les étudiants : à propos de deux enquêtes en santé mentale à l'université Lyon 1. *Annales Médico-Psychologiques, Revue Psychiatrique*, 171(6), 392–398. <https://doi.org/10.1016/J.AMP.2013.04.014>
- Faulkner, A. H., & Cranston, K. (1998). Correlates of same-sex sexual behavior in a random sample of Massachusetts high school students. *American Journal of Public Health*, 88(2), 262–266.
- Feinstein, B. A., Davila, J., & Dyar, C. (2017). A weekly diary study of minority stress, coping, and internalizing symptoms among gay men. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 85(12), 1144–1157. <https://doi.org/10.1037/ccp0000236>
- Feinstein, B. A., Goldfried, M. R., & Davila, J. (2012). The relationship between experiences of discrimination and mental health among lesbians and gay men: An examination of internalized homonegativity and rejection sensitivity as potential mechanisms. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80(5), 917–927. <https://doi.org/10.1037/a0029425>
- Fernández, M. C., & Arcia, E. (2004). Disruptive Behaviors and Maternal Responsibility: A Complex Portrait of Stigma, Self-Blame, and Other Reactions. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences*, 26(3), 356–372. <https://doi.org/10.1177/0739986304267208>
- Figueiras, M., & Alves, N. (2007). Lay perceptions of serious illnesses: An adapted version of the Revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R) for healthy people. *Psychology and Health*, 22(2), 143–158.
- Figueiras, M. J., & Weinman, J. (2003). Do similar patient and spouse perceptions of myocardial infarction predict recovery? *Psychology and Health*, 18(2), 201–216.
- Fish, J. N., & Pasley, K. (2015). Sexual (Minority) Trajectories, Mental Health, and Alcohol Use: A Longitudinal Study of Youth as They Transition to Adulthood. *Journal of Youth and Adolescence*, 44(8), 1508–1527. <https://doi.org/10.1007/s10964-015-0280-6>
- Fish, J. N., Rice, C. E., Lanza, S. T., & Russell, S. T. (2018). Is Young Adulthood a Critical Period for Suicidal Behavior among Sexual Minorities? Results from a US National Sample. *Prevention Science*, 1–13. <https://doi.org/10.1007/s11121-018-0878-5>
- Fleming, M., Martin, C., & Miles, J. (2009). The utility of the Illness Perception Questionnaire in the evaluation of mental health practitioners' perspectives on patients with schizophrenia. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 15(5), 826–831.
- Floyd, F. J., Stein, T. S., Harter, K. S. M., Allison, A., & Nye, C. L. (1999). Gay, lesbian, and bisexual youths: separation-individuation, parental attitudes, identity consolidation, and well-being. *Journal of Youth and Adolescence*, 28, 719–739.
- Folkman, S. (2008). The case for positive emotions in the stress process. *Anxiety, Stress, & Coping*, 21(1), 3–14. <https://doi.org/10.1080/10615800701740457>
- Folkman, S. (2010). Stress, coping, and hope. *Psycho-Oncology*, 19(9), 901–908. <https://doi.org/10.1002/pon.1836>
- Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1988). Coping as a mediator of emotion. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 466–475.
- Fortune, D., Smith, J., & Garvey, K. (2005). Perceptions of psychosis, coping, appraisals, and psychological distress in the relatives of patients with schizophrenia: An exploration using

- self-regulation theory. *British Journal of Clinical Psychology*, 44(3), 319–331.
- Foxwell, R., Morley, C., & Frizelle, D. (2013). Illness perceptions, mood and quality of life: A systematic review of coronary heart disease patients. *Journal of Psychosomatic Research*, 75(3), 211–222. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2013.05.003>
- Fredrickson, B. L., Roberts, T. A., Noll, S. M., Quinn, D. M., & Twenge, J. M. (1998). That swimsuit becomes you: sex differences in self-objectification, restrained eating, and math performance. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75(1), 269–84.
- French, D. P., Cooper, A., & Weinman, J. (2006). Illness perceptions predict attendance at cardiac rehabilitation following acute myocardial infarction: A systematic review with meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, 61(6), 757–767. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2006.07.029>
- Friedman, K. E., Reichmann, S. K., Costanzo, P. R., Zelli, A., Ashmore, J. A., & Musante, G. J. (2005). Weight Stigmatization and Ideological Beliefs: Relation to Psychological Functioning in Obese Adults. *Obesity Research*, 13(5), 907–916. <https://doi.org/10.1038/oby.2005.105>
- Fromentin, C. (2014). Deux représentations sociales des troubles bipolaires. *Perspectives Psy*, 53(4), 320–325. <https://doi.org/10.1051/ppsy/2014534320>
- Furnham, A., & Chan, E. (2004). Lay theories of schizophrenia. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39(7), 543–552. <https://doi.org/10.1007/s00127-004-0787-8>
- Gable, S. L., & Haidt, J. (2005). What (and why) is positive psychology? *Review of General Psychology*, 9(2), 103–110. <https://doi.org/10.1037/1089-2680.9.2.103>
- Gabriel, B., Untas, A., Lavner, J. A., Koleck, M., & Luminet, O. (2016). Gender typical patterns and the link between alexithymia, dyadic coping and psychological symptoms. *Personality and Individual Differences*, 96, 266–271. <https://doi.org/10.1016/J.PAID.2016.02.029>
- Galinsky, A. D., & Moskowitz, G. B. (2000). Perspective-taking: decreasing stereotype expression, stereotype accessibility, and in-group favoritism. *Journal of Personality and Social Psychology*, 78(4), 708–24.
- Gandolphe, M.-C., & Nandrino, J.-L. (2011). Stratégies de surgénéralisation des souvenirs autobiographiques chez les consommateurs de cannabis et les polyconsommateurs de substances psychoactives. *L'Encéphale*, 37(2), 144–152. <https://doi.org/10.1016/J.ENCEP.2010.06.004>
- Gariepy, G., Nitka, D., & Schmitz, N. (2010). The association between obesity and anxiety disorders in the population: a systematic review and meta-analysis. *International Journal of Obesity*, 34(3), 407–419. <https://doi.org/10.1038/ijo.2009.252>
- Garofalo, R., Wolf, R. C., Kessel, S., Palfrey, S. J., & DuRant, R. H. (1998). The association between health risk behaviors and sexual orientation among a school-based sample of adolescents. *Pediatrics*, 101(5), 895–902.
- Garofalo, R., Wolf, R. C., Wissow, L. S., Woods, E. R., & Goodman, E. (1999). Sexual orientation and risk of suicide attempts among a representative sample of youth. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 153(5), 487–493.
- Gaston, A. M., Cottrell, D. J., & Fullen, T. (2012). An examination of how adolescent-caregiver dyad illness representations relate to adolescents' reported diabetes self-management. *Child: Care, Health and Development*, 38(4), 513–519. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2214.2011.01269.x>
- Gaubatz, K. T. (1995). *Crime in the public mind*. Michigan : University of Michigan Press.
- Gay, C. (2015). Psychoéducation et troubles bipolaires. *Annales Médico-Psychologiques, Revue Psychiatrique*, 173(5), 424–432. <https://doi.org/10.1016/J.AMP.2014.12.008>
- Geddes, J. R., & Miklowitz, D. J. (2013). Treatment of bipolar disorder. *Lancet*, 381(9878), 1672–82.
- Gianfrancesco, F. D., Sajatovic, M., Rajagopalan, K., & Wang, R.-H. (2008). Antipsychotic treatment adherence and associated mental health care use among individuals with bipolar disorder. *Clinical Therapeutics*, 30(7), 1358–1374. [https://doi.org/10.1016/S0149-2918\(08\)80062-8](https://doi.org/10.1016/S0149-2918(08)80062-8)
- Gibson, P. (1989). Gay male and lesbian youth suicide. In M. R. Feinleib (Ed.), *Report to the Secretary's Task Force on Youth Suicide* (Vol. 3, pp. 110–142). Rockville: US Department of Health and Human Services.

- Gilman, S. E., Cochran, S. D., Mays, V. M., Hughes, M., Ostrow, D., & Kessler, R. C. (2001). Risk of psychiatric disorders among individuals reporting same-sex sexual partners in the National Comorbidity Survey. *American Journal of Public Health, 91*, 933–939.
- Goffman, E. (1963). *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*. New York: Touchstone.
- Goldstein, B., & Rosselli, F. (2003). Etiological paradigms of depression: The relationship between perceived causes, empowerment, treatment preferences, and stigma. *Journal of Mental Health, 12*(6), 551–563. <https://doi.org/10.1080/09638230310001627919>
- González-Torres, M. A., Oraa, R., Arístegui, M., Fernández-Rivas, A., & Guimon, J. (2007). Stigma and discrimination towards people with schizophrenia and their family members. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 42*(1), 14–23. <https://doi.org/10.1007/s00127-006-0126-3>
- Goulden, R., Corker, E., Evans-Lacko, S., Rose, D., Thornicroft, G., & Henderson, C. (2011). Newspaper coverage of mental illness in the UK, 1992-2008. *BMC Public Health, 11*(1), 796. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-11-796>
- Graves, R. E., Cassisi, J. E., & Penn, D. L. (2005). Psychophysiological evaluation of stigma towards schizophrenia. *Schizophrenia Research, 76*(2–3), 317–327. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2005.02.003>
- Graziani, P. (2001). *Spécificité de l'évaluation, du vécu émotionnel et du coping des sujets souffrant de Troubles anxieux confrontés à des événements stressants. (Thèse de Doctorat)*. Université Charles de Gaulle-Lille 3, Lille, France.
- Graziani, P., Rusinek, S., Servant, D., Hautekeete-Sence, D., & Hautekeete, M. (1998). Validation française du questionnaire de coping « way of coping check-list-revised » (W.C.C.-R.) et analyse des événements stressants du quotidien. *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive, 8*(3), 100–112.
- Graziano, P. A., McNamara, J. P., Geffken, G. R., & Reid, A. (2011). Severity of Children's ADHD Symptoms and Parenting Stress: A Multiple Mediation Model of Self-Regulation. *Journal of Abnormal Child Psychology, 39*(7), 1073–1083. <https://doi.org/10.1007/s10802-011-9528-0>
- Graziano, W. G., Bruce, J., Sheese, B. E., & Tobin, R. M. (2007). Attraction, personality, and prejudice: Liking none of the people most of the time. *Journal of Personality and Social Psychology, 93*(4), 565–582. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.93.4.565>
- Grossman, A. H. (1997). Growing up with a “spoiled identity”: Lesbian, gay and bisexual youth at risk. *Journal of Gay and Lesbian Social Services, 6*, 45–60.
- Grossman, A. H., Haney, A. P., Edwards, P., Alessi, E. J., Ardon, M., & Howell, T. J. (2009). Lesbian, Gay, Bisexual and Transgender Youth Talk about Experiencing and Coping with School Violence: A Qualitative Study. *Journal of LGBT Youth, 6*(1), 24–46. <https://doi.org/10.1080/19361650802379748>
- Grov, C., Bimbi, D. S., Nanin, J. E., & Parsons, J. T. (2006). Race, ethnicity, gender, and generational factors associated with the coming-out process among gay, lesbian, and bisexual individuals. *Journal of Sex Research, 43*(2), 115–121. <https://doi.org/10.1080/00224490609552306>
- Gureje, O., Lasebikan, V., & Ephraim-Oluwanuga, O. (2005). Community study of knowledge of and attitude to mental illness in Nigeria. *The British Journal of Psychiatry, 186*(5), 436–441.
- Hagger, M. S., & Orbell, S. (2003). A Meta-Analytic Review of the Common-Sense Model of Illness Representations. *Psychology & Health, 18*(2), 141–184. <https://doi.org/10.1080/088704403100081321>
- Haines, J., Neumark-Sztainer, D., Eisenberg, M. E., & Hannan, P. J. (2006). Weight Teasing and Disordered Eating Behaviors in Adolescents: Longitudinal Findings From Project EAT (Eating Among Teens). *Pediatrics, 117*(2), e209–e215. <https://doi.org/10.1542/peds.2005-1242>
- Halpin, S. A., & Allen, M. W. (2004). Changes in the psychosocial well-being during stages of gay identity development. *Journal of Homosexuality, 47*, 109–126.
- Hamre, P., Dahl, A. A., & Malt, U. F. (1994). Public Attitudes to the Quality of Psychiatric Treatment, Psychiatric Patients, and Prevalence of Mental Disorders. *Nordic Journal of Psychiatry, 48*(4), 275–281. <https://doi.org/10.3109/08039489409078149>
- Harborne, A., Wolpert, M., & Clare, L. (2004). Making Sense of ADHD: A Battle for Understanding? Parents' Views of Their Children Being Diagnosed with ADHD. *Clinical*

- Child Psychology and Psychiatry*, 9(3), 327–339. <https://doi.org/10.1177/1359104504043915>
- Harding, D. J. (2003). Jean Valjean's dilemma: the management of ex-convict identity in the search for employment. *Deviant Behavior*, 24(6), 571–595. <https://doi.org/10.1080/713840275>
- Harrison, C., & Sofronoff, K. (2002). ADHD and Parental Psychological Distress: Role of Demographics, Child Behavioral Characteristics, and Parental Cognitions. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 41(6), 703–711. <https://doi.org/10.1097/00004583-200206000-00010>
- Hatzenbuehler, M. L. (2009). How does Sexual Minority Stigma “get under the skin”? A psychological mediation framework. *Psychological Bulletin*, 135, 707–730.
- Hatzenbuehler, M. L., Keyes, K. M., & Hasin, D. S. (2009). Associations Between Perceived Weight Discrimination and the Prevalence of Psychiatric Disorders in the General Population. *Obesity*, 17(11), 2033–2039. <https://doi.org/10.1038/oby.2009.131>
- Hawke, L. D., Parikh, S. V., & Michalak, E. E. (2013). Stigma and bipolar disorder: A review of the literature. *Journal of Affective Disorders*, 150(2), 181–191. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.05.030>
- Heijmans, M., Ridder, D. de, & Bensing, J. (1999). Dissimilarity in patients' and spouses' representations of chronic illness: Exploration of relations to patient adaptation. *Psychology & Health*, 14(3), 451–466. <https://doi.org/10.1080/08870449908407340>
- Herek, G. M., Gillis, J. R., Cogan, J. C., & Glunt, E. K. (1997). Hate crime victimization among lesbian, gay, and bisexual adults. *Journal of Interpersonal Violence*, 12, 195–215.
- Hermans, D., Van den Broeck, K., Belis, G., Raes, F., Pieters, G., & Eelen, P. (2004). Trauma and autobiographical memory specificity in depressed inpatients. *Behaviour Research and Therapy*, 42(7), 775–789. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(03\)00197-9](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(03)00197-9)
- Higgins, J. E., & Endler, N. S. (1995). Coping, life stress, and psychological and somatic distress. *European Journal of Personality*, 9(4), 253–270. <https://doi.org/10.1002/per.2410090403>
- Hilton, A. N., & Szymanski, D. M. (2011). Family Dynamics and Changes in Sibling of Origin Relationship After Lesbian and Gay Sexual Orientation Disclosure. *Contemporary Family Therapy*, 33(3), 291–309. <https://doi.org/10.1007/s10591-011-9157-3>
- Hirschfield, P., & Piquero, A. (2010). Normalization and Legitimation: Modeling Stigmatizing Attitudes Toward Ex-Offenders. *Criminology*, 48(1), 27–55.
- Hodson, G., Hogg, S. M., & MacInnis, C. C. (2009). The role of “dark personalities” (narcissism, Machiavellianism, psychopathy), Big Five personality factors, and ideology in explaining prejudice. *Journal of Research in Personality*, 43(4), 686–690. <https://doi.org/10.1016/J.JRP.2009.02.005>
- Holmes, E. P., Corrigan, P. W., Williams, P., Canar, J., & Kubiak, M. A. (1999). Changing attitudes about schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 25(3), 447–56.
- Hou, R., Cleak, V., & Peveler, R. (2010). Do treatment and illness beliefs influence adherence to medication in patients with bipolar affective disorder? A preliminary cross-sectional study. *European Psychiatry*, 25(4), 216–219. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2009.09.003>
- Huebner, D. M., Rebchook, G. M., & Kegeles, S. M. (2004). Experiences of harassment, discrimination, and physical violence among young gay and bisexual men. *American Journal of Public Health*, 94(7), 1200–1203.
- Hughner, R., & Kleine, S. (2004). Views of health in the lay sector: a compilation and review of how individuals think about health. *Health*, 8(4), 395–422.
- Igartua, K. J., Gill, K., & Montoro, R. (2003). Internalized homophobia: a factor in depression, anxiety, and suicide in the gay and lesbian population. *Canadian Journal of Community Mental Health*, 22(2), 15–30.
- IsHak, W. W., Brown, K., Aye, S. S., Kahloon, M., Mobaraki, S., & Hanna, R. (2012). Health-related quality of life in bipolar disorder. *Bipolar Disorders*, 14(1), 6–18. <https://doi.org/10.1111/j.1399-5618.2011.00969.x>
- Iwasaki, Y., & Ristock, J. L. (2007). The nature of stress experienced by lesbians and gay men. *Anxiety Stress Coping*, 20(3), 299–319.
- Jolliffe, D., & Farrington, D. P. (2006). Development and validation of the Basic Empathy Scale. *Journal of Adolescence*, 29(4), 589–611. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2005.08.010>
- Jones, D. N., & Paulhus, D. L. (2014). Introducing the Short Dark Triad (SD3). *Assessment*, 21(1),

- 28–41. <https://doi.org/10.1177/1073191113514105>
- Jorm, A. F., Korten, A. E., Christensen, H., Jacomb, P. A., Rodgers, B., & Parslow, R. A. (2003). Association of obesity with anxiety, depression and emotional well-being: a community survey. *Australian and New Zealand Journal of Public Health, 27*(4), 434–40.
- Jorm, A., Korten, A., Jacomb, P., & Christensen, H. (1997). Public beliefs about causes and risk factors for depression and schizophrenia. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 32*(3), 143–148.
- Kashdan, T. B., Jacob, R. G., Pelham, W. E., Lang, A. R., Hoza, B., Blumenthal, J. D., & Gnagy, E. M. (2004). Depression and Anxiety in Parents of Children With ADHD and Varying Levels of Oppositional Defiant Behaviors: Modeling Relationships With Family Functioning. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 33*(1), 169–181. https://doi.org/10.1207/S15374424JCCP3301_16
- Kato, T. (2012). Development of the Coping Flexibility Scale: Evidence for the coping flexibility hypothesis. *Journal of Counseling Psychology, 59*(2), 262–273. <https://doi.org/10.1037/a0027770>
- Kaysen, D. L., Kulesza, M., Balsam, K. F., Rhew, I. C., Blayney, J. A., Lehavot, K., & Hughes, T. L. (2014). Coping as a mediator of internalized homophobia and psychological distress among young adult sexual minority women. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity, 1*(3), 225–233. <https://doi.org/10.1037/sgd0000045>
- Kelleher, C. (2009). Minority stress and health: Implications for lesbian, gay, bisexual, transgender, and questioning (LGBTQ) young people. *Counselling Psychology Quarterly, 22*(4), 373–379. <https://doi.org/10.1080/09515070903334995>
- Kensley, A. (2010). Dix ans d'évolution du nombre de personnes écrouées de 2000 à 2010. *Cahiers D'études Pénitentiaires et Criminologiques, 35*, 1–8.
- Kent, H., & Read, J. (1998). Measuring Consumer Participation in Mental Health Services: Are Attitudes Related To Professional Orientation? *International Journal of Social Psychiatry, 44*(4), 295–310. <https://doi.org/10.1177/002076409804400406>
- Keown, L. J., & Woodward, L. J. (2002). Early Parent–Child Relations and Family Functioning of Preschool Boys with Pervasive Hyperactivity. *Journal of Abnormal Child Psychology, 30*(6), 541–553. <https://doi.org/10.1023/A:1020803412247>
- Kessler, R., Berglund, P., & Bruce, M. (2001). The prevalence and correlates of untreated serious mental illness. *Health Services Research, 36* (6 Pt 1), 987.
- Ketata, W., Aloulou, J., Charfi, N., Abid, M., & Amami, O. (2009). Hyperphagie boulimique et obésité : aspects épidémiologiques, cliniques et psychopathologiques. Étude d'une population d'obèses à Sfax (Tunisie). *Annales d'Endocrinologie, 70*(6), 462–467. <https://doi.org/10.1016/J.ANDO.2009.07.002>
- Kim, C., Lesage, A., Seguin, M., Chawky, N., Vanier, C., Lipp, O., & Turecki, G. (2003). Patterns of co-morbidity in male suicide completers. *Psychological Medicine, 33*(7), 1299–1309. <https://doi.org/10.1017/S0033291703008146>
- King, M., Dinos, S., Shaw, J., Watson, R., Stevens, S., Passeti, F., ... Serfaty, M. (2007). The Stigma Scale: development of a standardised measure of the stigma of mental illness. *British Journal of Psychiatry, 190*(3), 248–254. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.106.024638>
- Koro-Ljungberg, M., & Bussing, R. (2009). The Management of Courtesy Stigma in the Lives of Families With Teenagers With ADHD. *Journal of Family Issues, 30*(9), 1175–1200. <https://doi.org/10.1177/0192513X09333707>
- Kraaij, V., Garnefski, N., Schroevers, M. J., van der Veek, S. M. C., Witlox, R., & Maes, S. (2008). Cognitive coping, goal self-efficacy and personal growth in HIV-infected men who have sex with men. *Patient Education and Counseling, 72*(2), 301–4. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2008.04.007>
- Kraemer, B., Wittmann, L., Jenewein, J., & Schnyder, U. (2009). 2004 Tsunami: long-term psychological consequences for Swiss tourists in the area at the time of the disaster. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 43*(5), 420–5. <https://doi.org/10.1080/00048670902817653>
- Kristjanson, L. J., Nikoletti, S., Porock, D., Smith, M., Lobchuk, M., & Pedler, P. (1998). Congruence between patients' and family caregivers' perceptions of symptom distress in

- patients with terminal cancer. *Journal of Palliative Care*, 14(3), 24–32.
- Krueger, E. A., Meyer, I. H., & Upchurch, D. M. (2018). Sexual Orientation Group Differences in Perceived Stress and Depressive Symptoms Among Young Adults in the United States. *LGBT Health*, 5(4), 242–249. <https://doi.org/10.1089/lgbt.2017.0228>
- Kvaale, E. P., Gottdiener, W. H., & Haslam, N. (2013). Biogenetic explanations and stigma: A meta-analytic review of associations among laypeople. *Social Science & Medicine*, 96, 95–103. <https://doi.org/10.1016/J.SOCSCIMED.2013.07.017>
- Kvaale, E. P., Haslam, N., & Gottdiener, W. H. (2013). The “side effects” of medicalization: A meta-analytic review of how biogenetic explanations affect stigma. *Clinical Psychology Review*, 33(6), 782–794. <https://doi.org/10.1016/J.CPR.2013.06.002>
- La Roi, C., Kretschmer, T., Dijkstra, J. K., Veenstra, R., & Oldehinkel, A. J. (2016). Disparities in Depressive Symptoms Between Heterosexual and Lesbian, Gay, and Bisexual Youth in a Dutch Cohort: The TRAILS Study. *Journal of Youth and Adolescence*, 45(3), 440–456. <https://doi.org/10.1007/s10964-015-0403-0>
- Lafaye, A., Petit, S., Richaud, P., Houédé, N., Baguet, F., & Cousson-Gélie, F. (2014). Dyadic effects of coping strategies on emotional state and quality of life in prostate cancer patients and their spouses. *Psycho-Oncology*, 23(7), 797–803. <https://doi.org/10.1002/pon.3483>
- LaForett, D. R., Murray, D. W., & Kollins, S. H. (2008). Psychosocial treatments for preschool-aged children with Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. *Developmental Disabilities Research Reviews*, 14(4), 300–310. <https://doi.org/10.1002/ddr.36>
- Lambo, B., & Sañas, 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. <https://doi.org/10.1016/J.AMP.2010.11.022>
- Lampropoulos, D., Wolman, A., & Apostolidis, T. (2017). Analyzing the presentation and the stigma of schizophrenia in French newspapers. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 52(12), 1541–1547. <https://doi.org/10.1007/s00127-017-1455-0>
- Lance, T. S., Anderson, M. Z., & Croteau, J. M. (2010). Improving Measurement of Workplace Sexual Identity Management. *The Career Development Quarterly*, 59(1), 19–26. <https://doi.org/10.1002/j.2161-0045.2010.tb00127.x>
- Larose, S., & Bernier, A. (2001). Social support processes: mediators of attachment state of mind and adjustment in late adolescence. *Attachment & Human Development*, 3(1), 96–120. <https://doi.org/10.1080/14616730010024762>
- Larson, J. E., & Corrigan, P. (2008). The Stigma of Families with Mental Illness. *Academic Psychiatry*, 32(2), 87–91. <https://doi.org/10.1176/appi.ap.32.2.87>
- LaSala, M. (2000). Gay male couples: The importance of coming out and being out to parents. *Journal of Homosexuality*, 39, 47–71.
- Latner, J. D., O’Brien, K. S., Durso, L. E., Brinkman, L. A., & MacDonald, T. (2008). Weighing obesity stigma: the relative strength of different forms of bias. *International Journal of Obesity*, 32(7), 1145–1152. <https://doi.org/10.1038/ijo.2008.53>
- Latner, J. D., Wilson, G. T., Jackson, M. L., & Stunkard, A. J. (2009). Greater History of Weight-related Stigmatizing Experience is Associated with Greater Weight Loss in Obesity Treatment. *Journal of Health Psychology*, 14(2), 190–199. <https://doi.org/10.1177/1359105308100203>
- Lazarus, R. S. (1966). *Psychological stress and coping process*. New York: McGraw-Hill.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal and Coping*. New York: Springer Publishing.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1987). Transactional theory and research on emotions and coping. *European Journal of Personality*, 1(3), 141–169.
- Lazowski, L., Koller, M., Stuart, H., & Milev, R. (2012). Stigma and discrimination in people suffering with a mood disorder: a cross-sectional study. *Depression Research and Treatment*, 2012, 724848, 1–9. <https://doi.org/10.1155/2012/724848>
- LeBel, T. P. (2012). Invisible Stripes? Formerly Incarcerated Persons’ Perceptions of Stigma. *Deviant Behavior*, 33(2), 89–107. <https://doi.org/10.1080/01639625.2010.538365>
- Leclerc, E., Mansur, R. B., & Brietzke, E. (2013). Determinants of adherence to treatment in bipolar disorder: A comprehensive review. *Journal of Affective Disorders*, 149(1–3), 247–252.

- <https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.01.036>
- Lee, P., Niew, W., Yang, H., Chen, V. C., & Lin, K. (2012). A meta-analysis of behavioral parent training for children with attention deficit hyperactivity disorder. *Research in Developmental Disabilities, 33*(6), 2040–2049. <https://doi.org/10.1016/J.RIDD.2012.05.011>
- Legate, N., Ryan, R. M., & 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. <https://doi.org/10.1177/1948550611411929>
- Lehavot, K. (2012). Coping strategies and health in a national sample of sexual minority women. *American Journal of Orthopsychiatry, 82*(4), 494–504. <https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.2012.01178.x>
- Lemogne, C., Piolino, P., Jouvent, R., Allilaire, J.-F., & Fossati, P. (2006). Mémoire autobiographique épisodique et dépression: Episodic autobiographical memory in depression: a review. *L'Encéphale, 32*(5), 781–788. [https://doi.org/10.1016/S0013-7006\(06\)76231-5](https://doi.org/10.1016/S0013-7006(06)76231-5)
- Leventhal, H., Nerenz, D., Steele, D. (1984). Illness representations and coping with health threats. In A. Baum & J. Singer (Eds.), *Handbook of Psychology and Health* (pp. 221–252). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Leventhal, H., Diefenbach, M., & Leventhal, E. A. (1992). Illness cognition: Using common sense to understand treatment adherence and affect cognition interactions. *Cognitive Therapy and Research, 16*(2), 143–163. <https://doi.org/10.1007/BF01173486>
- Leventhal, H., Leventhal, E. A., & Breland, J. Y. (2011). Cognitive Science Speaks to the “Common-Sense” of Chronic Illness Management. *Annals of Behavioral Medicine, 41*(2), 152–163. <https://doi.org/10.1007/s12160-010-9246-9>
- Leventhal, H., Phillips, L. A., & Burns, E. (2016). The Common-Sense Model of Self-Regulation (CSM): a dynamic framework for understanding illness self-management. *Journal of Behavioral Medicine, 39*(6), 935–946. <https://doi.org/10.1007/s10865-016-9782-2>
- Lhomond, B., & Saurel-Cubizolles, M. J. (2003). Orientation sexuelle, violences contre les femmes et santé. Résultats de l'enquête nationale sur les violences envers les femmes en France. In C. Broqua, F. Lert, & Y. Souteyrand (Eds.), *Homosexualités au temps du sida* (pp. 107–130). Paris: ANRS.
- Lhomond, B., & Saurel-Cubizolles, M. J. (2009). Orientation sexuelle et santé mentale : une revue de la littérature. *Revue D'épidémiologie et de Santé Publique, 57*, 437–450.
- Link, B.-G., Mirotznik, J., & 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), 302–20.
- Link, B. G. (1987). Understanding Labeling Effects in the Area of Mental Disorders: An Assessment of the Effects of Expectations of Rejection. *American Sociological Review, 52*(1), 96. <https://doi.org/10.2307/2095395>
- Link, B. G., Cullen, F. T., Frank, J., & Wozniak, J. F. (1987). The Social Rejection of Former Mental Patients: Understanding Why Labels Matter. *American Journal of Sociology, 92*(6), 1461–1500. <https://doi.org/10.1086/228672>
- Link, B., Phelan, J. C., Bresnahan, M., Stueve, A., & Pescosolido, B. A. (1999). Public conceptions of mental illness: labels, causes, dangerousness, and social distance. *American Journal of Public Health, 89*(9), 1328–33. <https://doi.org/10.2105/AJPH.89.9.1328>
- Lloyd, G. G., & Lishman, W. A. (1975). Effect of depression on the speed of recall of pleasant and unpleasant experiences. *Psychological Medicine, 5*(2), 173–80.
- Lobban, F., & Barrowclough, C. (2005). Common sense representations of schizophrenia in patients and their relatives. *Clinical Psychology & Psychotherapy, 12*(2), 134–141. <https://doi.org/10.1002/cpp.443>
- Lobban, F., Barrowclough, C., & Jones, S. (2005). Assessing cognitive representations of mental health problems. I. The illness perception questionnaire for schizophrenia. *British Journal of Clinical Psychology, 44*, 147–162. <https://doi.org/10.1348/014466504X19497>
- Lobban, F., Barrowclough, C., & Jones, S. (2006). Does Expressed Emotion need to be understood within a more systemic framework? *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 41*(1), 50–55. <https://doi.org/10.1007/s00127-005-0993-z>

- Lobban, F., Solis-Trapala, I., Tyler, E., Chandler, C., & Morriss, R. K. (2013). The role of beliefs about mood swings in determining outcome in bipolar disorder. *Cognitive Therapy and Research*, 37(1), 51–60. <https://doi.org/10.1007/s10608-012-9452-9>
- Lobchuk, M. M., Kristjanson, L., Degner, L., Blood, P., & Sloan, J. A. (1997). Perceptions of symptom distress in lung cancer patients: I. Congruence between patients and primary family caregivers. *Journal of Pain and Symptom Management*, 14(3), 136–46.
- Lock, J., & Steiner, H. (1999). Relationships Between Sexual Orientation and Coping Styles of Gay, Lesbian, and Bisexual Adolescents from a Community High School. *Journal of the Gay and Lesbian Medical Association*, 3(3), 77–82. <https://doi.org/10.1023/A:1022235910749>
- Lovejoy, M. C., Graczyk, P. A., O'Hare, E., & Neuman, G. (2000). Maternal depression and parenting behavior: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 20(5), 561–592. [https://doi.org/10.1016/S0272-7358\(98\)00100-7](https://doi.org/10.1016/S0272-7358(98)00100-7)
- Lysaker, P. H., Roe, D., & 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(1), 192–9. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbl016>
- Maisondieu, J., Tarrieu, C., Razafimamonjy, J., & Arnault, M. (2008). Alexithymie, dépression et incarcération prolongée. *Annales Médico-Psychologiques, Revue Psychiatrique*, 166(8), 664–668. <https://doi.org/10.1016/J.AMP.2008.07.006>
- Major, B., Hunger, J. M., Bunyan, D. P., & Miller, C. T. (2014). The ironic effects of weight stigma. *Journal of Experimental Social Psychology*, 51, 74–80. <https://doi.org/10.1016/J.JESP.2013.11.009>
- Major, B., & Sawyer, P. (2009). Attributions to discrimination: Antecedents and consequences. In T. Nelson (Ed.), *Handbook of prejudice, stereotyping, and discrimination* (pp. 89–110). New York: Psychology Press.
- Mak, W. W. S., & Cheung, R. Y. M. (2008). Affiliate Stigma Among Caregivers of People with Intellectual Disability or Mental Illness. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 21(6), 532–545. <https://doi.org/10.1111/j.1468-3148.2008.00426.x>
- Mak, W. W. S., & Cheung, R. Y. M. (2012). Psychological Distress and Subjective Burden of Caregivers of People with Mental Illness: The Role of Affiliate Stigma and Face Concern. *Community Mental Health Journal*, 48(3), 270–274. <https://doi.org/10.1007/s10597-011-9422-9>
- Mak, W. W. S., Chong, E. S. K., & Wong, C. C. Y. (2014). Beyond attributions: Understanding public stigma of mental illness with the common sense model. *American Journal of Orthopsychiatry*, 84(2), 173–181. <https://doi.org/10.1037/h0099373>
- Mak, W. W. S., & Kwok, Y. T. Y. (2010). Internalization of stigma for parents of children with autism spectrum disorder in Hong Kong. *Social Science & Medicine*, 70(12), 2045–51. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.02.023>
- Malacrida, C. (2008). Motherhood, Resistance and Attention Deficit Disorder: Strategies and Limits. *Canadian Review of Sociology*, 38(2), 141–165. <https://doi.org/10.1111/j.1755-618X.2001.tb00968.x>
- Markowitz, F. E. (1998). The effects of stigma on the psychological well-being and life satisfaction of persons with mental illness. *Journal of Health and Social Behavior*, 39(4), 335–47.
- Marshall, M. P., Dermody, S. S., Cheong, J., Burton, C. M., Friedman, M. S., Aranda, F., & Hughes, T. L. (2013). Trajectories of depressive symptoms and suicidality among heterosexual and sexual minority youth. *Journal of Youth and Adolescence*, 42(8), 1243–56. <https://doi.org/10.1007/s10964-013-9970-0>
- Maruna, S. (2001). *Making good: How ex-convicts reform and rebuild their lives*. Washington: American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10430-000>
- Mazé, C., & Verliac, J.-F. (2013). Stress et stratégies de coping d'étudiants en première année universitaire : rôles distinctifs de facteurs transactionnels et dispositionnels. *Psychologie Française*, 58(2), 89–105. <https://doi.org/10.1016/J.PSFR.2012.11.001>
- McConnell, E. A., Birkett, M., & Mustanski, B. (2016). Families Matter: Social Support and Mental Health Trajectories Among Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Youth. *The Journal of Adolescent Health : Official Publication of the Society for Adolescent Medicine*, 59(6), 674–

680. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2016.07.026>
- McCrae, R. R., & Costa, P. T. (1986). Personality, coping, and coping effectiveness in an adult sample. *Journal of Personality*, *54*(2), 385–404. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.1986.tb00401.x>
- McFarlane, W. R., Lukens, E., Link, B., Dushay, R., Deakins, S. A., Newmark, M., ... Toran, J. (1995). Multiple-Family Groups and Psychoeducation in the Treatment of Schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, *52*(8), 679. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1995.03950200069016>
- Mehta, S., & Farina, A. (1997). Is Being “Sick” Really Better? Effect of the Disease View of Mental Disorder on Stigma. *Journal of Social and Clinical Psychology*, *16*(4), 405–419. <https://doi.org/10.1521/jscp.1997.16.4.405>
- Mellini, L. (2009). Entre normalisation et hétéronormativité: la construction de l’identité homosexuelle. *Déviance et Société*, *33*, 3–26.
- Meyer, I. (1995). Minority stress and mental health in gay men. *Journal of health and social behavior*, *36*(1), 38–56.
- Meyer, I. (2003). Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: conceptual issues and research evidence. *Psychological Bulletin*, *129*(5), 674–697.
- Miaskowski, C., Zimmer, E. F., Barrett, K. M., Dibble, S. L., & Wallhagen, M. (1997). Differences in patients’ and family caregivers’ perceptions of the pain experience influence patient and caregiver outcomes. *Pain*, *72*(1–2), 217–226. [https://doi.org/10.1016/S0304-3959\(97\)00037-7](https://doi.org/10.1016/S0304-3959(97)00037-7)
- Michalak, E., Livingston, J. D., Hole, R., Suto, M., Hale, S., & Haddock, C. (2011). “It’s something that I manage but it is not who I am”: reflections on internalized stigma in individuals with bipolar disorder. *Chronic Illness*, *7*(3), 209–224. <https://doi.org/10.1177/1742395310395959>
- Miklowitz, D. J., & Scott, J. (2009). Psychosocial treatments for bipolar disorder: cost-effectiveness, mediating mechanisms, and future directions. *Bipolar Disorders*, *11*, 110–122. <https://doi.org/10.1111/j.1399-5618.2009.00715.x>
- Miller, S. M. (1991). To see or not to see: Cognitive Informational styles in the coping process. In M. Rosenbaum (Ed.), *Learned resourcefulness: On coping skills, self-control, and adaptive behavior* (pp. 95–126). New York: Springer.
- Ministère de la Justice. (2018). *Statistique mensuelle des personnes écrouées et détenues en France*.
- Ministère de la Santé de la Jeunesse et des Sports. (2008). *Plan santé des jeunes*. Paris: Dossier de presse.
- Mirabel-Sarron, C., Siobud-Dorocant, E., Cheour-Ellouz, M., Kadri, N., & Guelfi, J. D. (2006). Apport des thérapies comportementales et cognitives dans les troubles bipolaires. *Annales Médico-Psychologiques, Revue Psychiatrique*, *164*(4), 341–348. <https://doi.org/10.1016/J.AMP.2006.03.008>
- Misdrahi, D., Verdoux, H., Llorca, P.-M., & Baylé, F. J. (2004). Therapeutic adherence and schizophrenia: the interest of the validation of the French translation of Medication Adherence Rating Scale (MARS). *L’Encephale*, *30*(4), 409–10.
- Mitchell, H., Zvolensky, M., Marshall, E., Bonn-Miller, M., & Vujanovic, A. (2007). Incremental validity of coping-oriented marijuana use motives in the prediction of affect based psychological vulnerability. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, *29*, 277–288.
- Mohr, J., & Fassinger, R. (2000). Measuring Dimensions of Lesbian and Gay Male Experience. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development*, *33*(2), 66–66.
- Monroe, E. J. (2001). *Drawing upon the experiences of those who are out: A qualitative study of the coming-out process of gays and lesbians*. (Doctoral dissertation), The University of Iowa.
- Montes, J. M., Maurino, J., de Dios, C., & Medina, E. (2013). Suboptimal treatment adherence in bipolar disorder: Impact on clinical outcomes and functioning. *Patient Preference and Adherence*, *7*, 89–94. <https://doi.org/10.2147/PPA.S39290>
- Montgomery, C., & Rupp, A. A. (2005). A Meta-Analysis for Exploring the Diverse Causes and Effects of Stress in Teachers. *Canadian Journal of Education / Revue Canadienne de L’éducation*, *28*(3), 458. <https://doi.org/10.2307/4126479>
- Moore, K. E., Stuewig, J. B., & Tangney, J. P. (2016). The Effect of Stigma on Criminal Offenders’ Functioning: A Longitudinal Mediational Model. *Deviant Behavior*, *37*(2), 196–218.

- <https://doi.org/10.1080/01639625.2014.1004035>
- Moore, K. E., Tangney, J. P., & Stuewig, J. B. (2016). The Self-Stigma Process in Criminal Offenders. *Stigma and Health, 1*(3), 206–224. <https://doi.org/10.1037/sah0000024>
- Moore, K., Stuewig, J., & Tangney, J. (2013). Jail Inmates' Perceived and Anticipated Stigma: Implications for Post-release Functioning. *Self and Identity, 12*(5), 527–547. <https://doi.org/10.1080/15298868.2012.702425>
- Moore, S. A., & Zoellner, L. A. (2007). Overgeneral autobiographical memory and traumatic events: an evaluative review. *Psychological Bulletin, 133*(3), 419–37. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.133.3.419>
- Morris, J. F. (1997). Lesbian coming out as a multidimensional processes. *Journal of Homosexuality, 33*, 1–22.
- Morrow, D. F. (2004). Social work practice with gay, lesbian, bisexual, and transgender adolescents. *Families in Society, 85*(1), 91–99.
- Morselli, P. L., & Elgie, R. (2003). GAMIAN-Europe/BEAM survey I - global analysis of a patient questionnaire circulated to 3450 members of 12 European advocacy groups operating in the field of mood disorders. *Bipolar Disorders, 5*(4), 265–278. <https://doi.org/10.1034/j.1399-5618.2003.00037.x>
- Moses, T. (2010). Exploring Parents' Self-Blame in Relation to Adolescents' Mental Disorders. *Family Relations, 59*(2), 103–120. <https://doi.org/10.1111/j.1741-3729.2010.00589.x>
- Mueller, A. K., Fuermaier, A. B. M., Koerts, J., & Tucha, L. (2012). Stigma in attention deficit hyperactivity disorder. *ADHD Attention Deficit and Hyperactivity Disorders, 4*(3), 101–114. <https://doi.org/10.1007/s12402-012-0085-3>
- Mulder, C. L., de Vroome, E. M., van Griensven, G. J., Antoni, M. H., & Sandfort, T. G. (1999). Avoidance as a predictor of the biological course of HIV infection over a 7-year period in gay men. *Health Psychology, 18*(2), 107–13.
- Muller, L., & Spitz, E. (2003). Multidimensional assessment of coping: validation of the Brief COPE among French population. *L'Encephale, 29*(6), 507–18.
- Muralidharan, A., Lucksted, A., Medoff, D., Fang, L. J., & Dixon, L. (2016). Stigma: a Unique Source of Distress for Family Members of Individuals with Mental Illness. *The Journal of Behavioral Health Services & Research, 43*(3), 484–493. <https://doi.org/10.1007/s11414-014-9437-4>
- Mustanski, B. S., Garofalo, R., & Emerson, E. M. (2010). Mental Health Disorders, Psychological Distress, and Suicidality in a Diverse Sample of Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Youths. *American Journal of Public Health, 100*(12), 2426–32. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2009.178319>
- Myers, A., & Rosen, J. C. (1999). Obesity stigmatization and coping: relation to mental health symptoms, body image, and self-esteem. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders : Journal of the International Association for the Study of Obesity, 23*(3), 221–30.
- Mystakidou, K., Tsilika, E., Parpa, E., Galanos, A., & Vlahos, L. (2008). Post-traumatic growth in advanced cancer patients receiving palliative care. *British Journal of Health Psychology, 13*(4), 633–46. <https://doi.org/10.1348/135910707X246177>
- Newcomb, M. E., & Mustanski, B. (2010). Internalized homophobia and internalizing mental health problems: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review, 30*(8), 1019–29. <https://doi.org/10.1016/J.CPR.2010.07.003>
- Norvilitis, J. M., Scime, M., & Lee, J. S. (2002). Courtesy stigma in mothers of children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A preliminary investigation. *Journal of Attention Disorders, 6*(2), 61–68. <https://doi.org/10.1177/108705470200600202>
- ObEpi, & Roche. (2012). *Enquête épidémiologique nationale sur le surpoids et l'obésité*. Paris : Inserm, Roche, TNS-Healthcare-Sofres.
- Oflaz, S., Guveli, H., Kalelioglu, T., Akyazi, S., Yildizhan, E., Kilic, K. C., ... Oral, E. T. (2015). Illness perception of dropout patients followed up at bipolar outpatient clinic, Turkey. *Asian Journal of Psychiatry, 15*, 68–72. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2015.04.006>
- Ohaeri, J. U., & Fido, A. A. (2001). The opinion of caregivers on aspects of schizophrenia and major affective disorders in a Nigerian setting. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology,*

- 36(10), 493–499. <https://doi.org/10.1007/s001270170014>
- Osman, A., Bagge, C. L., Gutierrez, P. M., Konick, L. C., Kopper, B. A., & Barrios, F. X. (2001). The Suicidal Behaviors Questionnaire-Revised (SBQ-R): validation with clinical and nonclinical samples. *Assessment*, 8(4), 443–454.
- Östman, M., & Kjellin, L. (2002). Stigma by association. *British Journal of Psychiatry*, 181(6), 494–498. <https://doi.org/10.1192/bjp.181.6.494>
- Oswald, R. (2000). Family and friendship relationships after young women come out as bisexual or lesbian. *Journal of Homosexuality*, 38, 65–83.
- Ow, C.-Y., & Lee, B.-O. (2015). Relationships Between Perceived Stigma, Coping Orientations, Self-esteem, and Quality of Life in Patients With Schizophrenia. *Asia Pacific Journal of Public Health*, 27(2), NP1932-NP1941. <https://doi.org/10.1177/1010539512469246>
- Pachankis, J. E., Goldfried, M. R., & Ramrattan, M. E. (2008). Extension of the rejection sensitivity construct to the interpersonal functioning of gay men. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76, 306–17.
- Pager, D. (2003). The Mark of a Criminal Record. *American Journal of Sociology*, 108(5), 937–75. <https://doi.org/10.1086/374403>
- Pakenham, K. I., & Cox, S. (2009). The dimensional structure of benefit finding in multiple sclerosis and relations with positive and negative adjustment: A longitudinal study. *Psychology & Health*, 24(4), 373–93. <https://doi.org/10.1080/08870440701832592>
- Pakula, B., Carpiano, R. M., Ratner, P. A., & Shoveller, J. A. (2016). Life stress as a mediator and community belonging as a moderator of mood and anxiety disorders and co-occurring disorders with heavy drinking of gay, lesbian, bisexual, and heterosexual Canadians. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 51(8), 1181–92. <https://doi.org/10.1007/s00127-016-1236-1>
- Papageorgiou, V., Kalyva, E., Dafoulis, V., & Vostanis, P. (2008). Differences in Parents' and Teachers' Ratings of ADHD Symptoms and Other Mental Health Problems. *The European Journal of Psychiatry*, 22(4). <https://doi.org/10.4321/S0213-61632008000400003>
- Park, C. L., Cohen, L. H., & Murch, R. L. (1996). Assessment and Prediction of Stress-Related Growth. *Journal of Personality*, 64(1), 71–105. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.1996.tb00815.x>
- Paulhus, D. L., & Williams, K. M. (2002). The Dark Triad of personality: Narcissism, Machiavellianism, and psychopathy. *Journal of Research in Personality*, 36(6), 556–563. [https://doi.org/10.1016/S0092-6566\(02\)00505-6](https://doi.org/10.1016/S0092-6566(02)00505-6)
- Paykel, E. S., Abbott, R., Morriss, R., Hayhurst, H., & Scott, J. (2006). Sub-syndromal and syndromal symptoms in the longitudinal course of bipolar disorder. *British Journal of Psychiatry*, 189(2), 118–23. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.105.013870>
- Pearl, R. L., Puhl, R. M., & Dovidio, J. F. (2015). Differential effects of weight bias experiences and internalization on exercise among women with overweight and obesity. *Journal of Health Psychology*, 20(12), 1626–32. <https://doi.org/10.1177/1359105313520338>
- Peay, H. L., Rosenstein, D. L., & Biesecker, B. B. (2013). Adaptation to bipolar disorder and perceived risk to children: a survey of parents with bipolar disorder. *BMC Psychiatry*, 13(1), 327. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-13-327>
- Peay, H. L., Rosenstein, D. L., & Biesecker, B. B. (2014). Parenting with bipolar disorder: Coping with risk of mood disorders to children. *Social Science and Medicine*, 104, 194–200. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2013.10.022>
- Penedo, F. J., Antoni, M. H., Schneiderman, N., Ironson, G. H., Malow, R. M., Cruess, S., ... LaPerriere, A. (2001). Dysfunctional Attitudes, Coping, and Depression Among HIV-Seropositive Men Who Have Sex with Men. *Cognitive Therapy and Research*, 25(5), 591–606. <https://doi.org/10.1023/A:1005509632435>
- Pescosolido, B. A., Medina, T. R., Martin, J. K., & Long, J. S. (2013). The “Backbone” of Stigma: Identifying the Global Core of Public Prejudice Associated With Mental Illness. *American Journal of Public Health*, 103(5), 853–60. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2012.301147>
- Peters, K., & Jackson, D. (2009). Mothers' experiences of parenting a child with attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Advanced Nursing*, 65(1), 62–71. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2008.04853.x>
- Petrak, A., Sherman, K. A., & Fitness, J. (2015). Validation of the Croatian and Lebanese Revised

- Illness Perception Questionnaires for Healthy People (IPQ-RH). *European Journal of Cancer Care*, 24(3), 355–366. <https://doi.org/10.1111/ecc.12164>
- Phelan, J. (2005). Geneticization of Deviant Behavior and Consequences for Stigma: The Case of Mental Illness. *Journal of Health and Social Behavior*, 46(4), 307–322.
- Phelan, J. C., Bromet, E. J., & Link, B. G. (1998). Psychiatric illness and family stigma. *Schizophrenia Bulletin*, 24(1), 115–26.
- Phelan, J. C., Link, B. G., Stueve, A., & Pescosolido, B. A. (2000). Public Conceptions of Mental Illness in 1950 and 1996: What Is Mental Illness and Is It to be Feared? *Journal of Health and Social Behavior*, 41(2), 188–207. <https://doi.org/10.2307/2676305>
- Phelan, J. C., Yang, L. H., & Cruz-Rojas, R. (2006). Effects of Attributing Serious Mental Illnesses to Genetic Causes on Orientations to Treatment. *Psychiatric Services*, 57(3), 382–87. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.57.3.382>
- Phelan, S. M., Burgess, D. J., Yeazel, M. W., Hellerstedt, W. L., Griffin, J. M., & van Ryn, M. (2015). Impact of weight bias and stigma on quality of care and outcomes for patients with obesity. *Obesity Reviews*, 16(4), 319–326. <https://doi.org/10.1111/obr.12266>
- Pilkington, N. W., & D’Augelli, A. R. (1995). Victimization of lesbian, gay, and bisexual youth in community settings. *Journal of Community Psychology*, 23(1), 34–56.
- Pitschel-Walz, G., Bäuml, J., Bender, W., Engel, R. R., Wagner, M., & Kissling, W. (2006). Psychoeducation and Compliance in the Treatment of Schizophrenia. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 67(3), 443–52. <https://doi.org/10.4088/JCP.v67n0316>
- Plöderl, M., & Tremblay, P. (2015). Mental health of sexual minorities. A systematic review. *International Review of Psychiatry*, 27(5), 367–85. <https://doi.org/10.3109/09540261.2015.1083949>
- Podogrodzka-Niell, M., & Tyszkowska, M. (2014). Stigmatization on the way to recovery in mental illness - the factors associated with social functioning. *Psychiatria Polska*, 48(6), 1201–11. <https://doi.org/10.12740/PP/20364>
- Podolski, C. L., & Nigg, J. T. (2001). Parent Stress and Coping in Relation to Child ADHD Severity and Associated Child Disruptive Behavior Problems. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 30(4), 503–513. https://doi.org/10.1207/S15374424JCCP3004_07
- Pogorzelski, W., Wolff, N., Pan, K. Y., & Blitz, C. L. (2005). Behavioral health problems, ex-offender reentry policies, and the “Second Chance Act”. *American Journal of Public Health*, 95(10), 1718–24. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2005.065805>
- Poteat, V. P., Mereish, E. H., DiGiovanni, C. D., & Koenig, B. W. (2011). The effects of general and homophobic victimization on adolescents’ psychosocial and educational concerns: The importance of intersecting identities and parent support. *Journal of Counseling Psychology*, 58(4), 597–609. <https://doi.org/10.1037/a0025095>
- Prince, P. N., & Prince, C. R. (2002). Perceived stigma and community integration among clients of assertive community treatment. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 25(4), 323–31.
- Puhl, R., & Brownell, K. D. (2001). Bias, Discrimination, and Obesity. *Obesity Research*, 9(12), 788–805. <https://doi.org/10.1038/oby.2001.108>
- Puhl, R., & Brownell, K. D. (2003). Ways of coping with obesity stigma: review and conceptual analysis. *Eating Behaviors*, 4(1), 53–78. [https://doi.org/10.1016/S1471-0153\(02\)00096-X](https://doi.org/10.1016/S1471-0153(02)00096-X)
- Puhl, R. M., Andreyeva, T., & Brownell, K. D. (2008). Perceptions of weight discrimination: prevalence and comparison to race and gender discrimination in America. *International Journal of Obesity*, 32(6), 992–1000. <https://doi.org/10.1038/ijo.2008.22>
- Puhl, R. M., & Brownell, K. D. (2003). Psychosocial origins of obesity stigma: toward changing a powerful and pervasive bias. *Obesity Reviews*, 4(4), 213–27.
- Puhl, R. M., & Brownell, K. D. (2006). Confronting and Coping with Weight Stigma: An Investigation of Overweight and Obese Adults. *Obesity*, 14(10), 1802–15. <https://doi.org/10.1038/oby.2006.208>
- Puhl, R. M., Moss-Racusin, C. A., Schwartz, M. B., & Brownell, K. D. (2007). Weight stigmatization and bias reduction: perspectives of overweight and obese adults. *Health Education Research*, 23(2), 347–358. <https://doi.org/10.1093/her/cym052>
- Quiles Marcos, Y., Weinman, J., Terol Cantero, M. C., & Beléndez Vázquez, M. (2009). The Dissimilarity between Patients’ and Relatives’ Perception of Eating Disorders and its Relation

- to Patient Adjustment. *Journal of Health Psychology*, 14(2), 306–12. <https://doi.org/10.1177/1359105308100215>
- Quinn, D. M., & Chaudoir, S. R. (2009). Living with a concealable stigmatized identity: the impact of anticipated stigma, centrality, salience, and cultural stigma on psychological distress and health. *Journal of Personality and Social Psychology*, 97(4), 634–51. <https://doi.org/10.1037/a0015815>
- Rabkin, J. (1974). Public Attitudes Toward Mental Illness: A Review of the Literature. *Schizophrenia Bulletin*, 1(10), 9–33. <https://doi.org/10.1093/schbul/1.10.9>
- Read, J., & Harré, N. (2001). The role of biological and genetic causal beliefs in the stigmatisation of “mental patients.” *Journal of Mental Health*, 10(2), 223–235. <https://doi.org/10.1080/09638230123129>
- Read, J., Haslam, N., Sayce, L., & Davies, E. (2006). Prejudice and schizophrenia: a review of the “mental illness is an illness like any other” approach. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 114(5), 303–318. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2006.00824.x>
- Remafedi, G. (2002). Suicidality in a venue-based sample of young men who have sex with men. *Journal of Adolescent Health*, 31(4), 305–310.
- Restivo, L., Apostolidis, T., & Julian-Reynier, C. (2016). Les représentations de la maladie : choix des outils de mesure et applications dans le champ du cancer. *Psycho-Oncologie*, 1–13. <https://doi.org/10.1007/s11839-015-0544-4>
- Ribadier, A., Roustit, C., & Varescon, I. (2014). Étude de la dépression, des événements de vie, de l’impulsivité et du lieu de contrôle au sein d’une population nouvellement incarcérée. *Annales Médico-Psychologiques, Revue Psychiatrique*, 172(5), 345–351. <https://doi.org/10.1016/J.AMP.2012.10.016>
- Richardson, G. E. (2002). The metatheory of resilience and resiliency. *Journal of Clinical Psychology*, 58(3), 307–321. <https://doi.org/10.1002/jclp.10020>
- Rosario, M., Schrimshaw, E. W., & Hunter, J. (2004). Gay-related stress and emotional distress among gay, lesbian, and bisexual youths: A longitudinal examination. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 967–975.
- Ross, M. W., & Rosser, S. B. (1996). Measurement and correlates of internalized homophobia: A factor analytic study. *Journal of Clinical Psychology*, 52, 15–20.
- Rostosky, S. S., Owens, G. P., Zimmerman, R. S., & Riggle, E. D. B. (2003). Associations among sexual attraction status, school belonging, and alcohol and marijuana use in rural high school students. *Journal of Adolescence*, 26, 741–751.
- Rouyre, P. (2016). *Effets d’une intervention de sensibilisation à la stigmatisation des patients schizophrènes auprès d’étudiants en journalisme*. (Thèse de Doctorat). Université de Toulouse III, Toulouse, France.
- Rucklidge, J. J. (2008). Gender differences in ADHD: implications for psychosocial treatments. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 8(4), 643–655. <https://doi.org/10.1586/14737175.8.4.643>
- Rucklidge, J. J. (2010). Gender differences in attention-deficit/hyperactivity disorder. *The Psychiatric Clinics of North America*, 33(2), 357–73. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2010.01.006>
- Rüsch, N., Angermeyer, M. C., & Corrigan, P. W. (2005). Mental illness stigma: Concepts, consequences, and initiatives to reduce stigma. *European Psychiatry*, 20(8), 529–539. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2005.04.004>
- Russell, S. T., & Joyner, K. (2001). Adolescent sexual orientation and suicide risk: evidence from a national study. *American Journal of public health*, 91(8), 1276–1281.
- Russell, S. T., Sinclair, K. O., Poteat, V. P., & Koenig, B. W. (2012). Adolescent Health and Harassment Based on Discriminatory Bias. *American Journal of Public Health*, 102(3), 493–495. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2011.300430>
- Ryan, C., Huebner, D., Diaz, R. M., & Sanchez, J. (2009). Family rejection as a predictor of negative health outcomes in white and Latino lesbian, gay, and bisexual young adults. *Pediatrics*, 123(1), 346–352.
- Saewyc, E. M., Bearinger, L. H., Blum, R. W., & Resnick, M. D. (1999). Sexual intercourse, abuse and pregnancy among adolescent women: does sexual orientation make a difference? *Family Planning Perspectives*, 31, 127–131.
- Saewyc, E. M., Skay, C. L., Hynds, P., Pettingell, S., Bearinger, L. H., Resnick, M. D., & Reis, E.

- (2007). Suicidal ideation and attempts in North American school-based surveys: are bisexual youth at increasing risk? *Journal of LGBT health research*, 3(2), 25–36.
- Saewyc, E. M., Skay, C. L., Pettingell, S. L., Reis, E. A., Bearinger, L., Resnick, M., ... Combs, L. (2006). Hazards of stigma: The sexual and physical abuse of gay, lesbian, and bisexual adolescents in the United States and Canada. *Childhood Welfare Journal*, 85, 195–214.
- Sajatovic, M., Jenkins, J. H., Safavi, R., West, J. A., Cassidy, K. A., Meyer, W. J., & Calabrese, J. R. (2008). Personal and Societal Construction of Illness Among Individuals With Rapid-Cycling Bipolar Disorder: A Life-Trajectory Perspective. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 16(9), 718–726. <https://doi.org/10.1097/JGP.0B013E3180488346>
- Sajatovic, M., Levin, J., Fuentes-Casiano, E., Cassidy, K. A., Tatsuoka, C., & Jenkins, J. H. (2011). Illness experience and reasons for nonadherence among individuals with bipolar disorder who are poorly adherent with medication. *Comprehensive Psychiatry*, 52(3), 280–87. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2010.07.002>
- Samios, C., Pakenham, K. I., & Sofronoff, K. (2009). The nature of benefit finding in parents of a child with Asperger syndrome. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 3(2), 358–74. <https://doi.org/10.1016/J.RASD.2008.08.003>
- Sandfort, T. G. M., Bakker, F., Schellevis, F., & Vanwesenbeeck, I. (2009). Coping Styles as Mediator of Sexual Orientation-Related Health Differences. *Archives of Sexual Behavior*, 38(2), 253–63. <https://doi.org/10.1007/s10508-007-9233-9>
- Sandfort, T. G. M., de Graaf, R., & Bijl, R. V. (2003). Same-sex sexuality and quality of life: findings from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study. *Archives of Sexual Behavior*, 32(1), 15–22.
- Sandfort, T. G. M., De Graaf, R., Bijl, R. V., & Schnabel, P. (2001). Same-sex sexual behavior and psychiatric disorders. Findings from the Netherlands Mental Health Survey and incidence study (Nemesis). *Archives of General Psychiatry*, 58, 85–91.
- Sarno, E. L., & Mohr, J. J. (2016). Adapting the multigroup ethnic identity measure to assess LGB group identity. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 3(3), 293–303. <https://doi.org/10.1037/sgd0000173>
- Savin-Williams, R. C. (1998). The disclosure to families of same-sex attractions by lesbian, gay, and bisexual youths. *Journal of Research on Adolescence*, 8, 49–68.
- Savin-Williams, R. C. (2001). *Mom, Dad, I'm gay: How families negotiate coming out*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Savin-Williams, R. C., & Ream, G. L. (2003). Sex variations in the disclosure to parents of same-sex attractions. *Journal of family psychology*, 17(3), 429–38.
- Schaffer, A., Cairney, J., Cheung, A., Veldhuizen, S., & Levitt, A. (2006). Community survey of bipolar disorder in Canada: lifetime prevalence and illness characteristics. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 51(1), 9–16. <https://doi.org/10.1177/070674370605100104>
- Schlier, B., Schmick, S., & 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), 753–59. <https://doi.org/10.1016/J.PSYCHRES.2013.12.056>
- Schomerus, G., & Angermeyer, M. C. (2008). Stigma and its impact on help-seeking for mental disorders: what do we know? *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 17(1), 31–7.
- Schomerus, G., Corrigan, P. W., Klauer, T., Kuwert, P., Freyberger, H. J., & Lucht, M. (2011). Self-stigma in alcohol dependence: Consequences for drinking-refusal self-efficacy. *Drug and Alcohol Dependence*, 114(1), 12–17. <https://doi.org/10.1016/J.DRUGALCDEP.2010.08.013>
- Schomerus, G., Matschinger, H., & Angermeyer, M. C. (2006). Public beliefs about the causes of mental disorders revisited. *Psychiatry Research*, 144(2), 233–236. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2006.05.002>
- Schomerus, G., Matschinger, H., & Angermeyer, M. C. (2014). Causal beliefs of the public and social acceptance of persons with mental illness: a comparative analysis of schizophrenia, depression and alcohol dependence. *Psychological Medicine*, 44(2), 303–14. <https://doi.org/10.1017/S003329171300072X>
- Schvey, N. A., Roberto, C. A., & White, M. A. (2013). Clinical correlates of the Weight Bias Internalization Scale in overweight adults with binge and purge behaviours. *Advances in Eating Disorders*, 1(3), 213–23. <https://doi.org/10.1080/21662630.2013.794523>

- Scourfield, J., Roen, K., & McDermott, L. (2008). Lesbian, gay, bisexual and transgender young people's experiences of distress: resilience, ambivalence and self-destructive behaviour. *Health & Social Care in the Community*, *16*(3), 329–336. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2524.2008.00769.x>
- Searle, A., Norman, P., Thompson, R., & Vedhara, K. (2007). Illness representations among patients with type 2 diabetes and their partners: Relationships with self-management behaviors. *Journal of Psychosomatic Research*, *63*(2), 175–84. <https://doi.org/10.1016/J.JPSYCHORES.2007.02.006>
- Sherman, L. W. (1993). Defiance, Deterrence, and Irrelevance: A Theory of the Criminal Sanction. *Journal of Research in Crime and Delinquency*, *30*(4), 445–73. <https://doi.org/10.1177/0022427893030004006>
- Shidlo, A. (1994). Internalized homophobia: Conceptual and empirical issues in measurement. In B. Greene & G. M. Herek (Eds.), *Lesbian and gay psychology: Theory, research, and clinical applications* (pp. 176–205). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Simbayi, L. C., Kalichman, S., Strebel, A., Cloete, A., Henda, N., & Mqeketo, A. (2007). Internalized stigma, discrimination, and depression among men and women living with HIV/AIDS in Cape Town, South Africa. *Social Science & Medicine*, *64*(9), 1823–1831. <https://doi.org/10.1016/J.SOCSCIMED.2007.01.006>
- Sin, J., Gillard, S., Spain, D., Cornelius, V., Chen, T., & Henderson, C. (2017). Effectiveness of psychoeducational interventions for family carers of people with psychosis: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, *56*, 13–24. <https://doi.org/10.1016/J.CPR.2017.05.002>
- Smart, L., & Wegner, D. M. (2000). The hidden costs of stigma. In T. F. Heatherton, R. E. Kleck, M. R. Hebl, & J. G. Hull (Eds.), *The social psychology of stigma* (pp. 220–242). New York: Guilford Press.
- Socall, D. W., & Holtgraves, T. (1992). Attitudes Toward the Mentally Ill: The Effects of Label and Beliefs. *The Sociological Quarterly*, *33*(3), 435–445. <https://doi.org/10.1111/j.1533-8525.1992.tb00383.x>
- Sornberger, M. J., Smith, N. G., Toste, J. R., & Heath, N. L. (2013). Nonsuicidal Self-Injury, Coping Strategies, and Sexual Orientation. *Journal of Clinical Psychology*, *69*(6), 571–583. <https://doi.org/10.1002/jclp.21947>
- Speckens, A., & Hawton, K. (2005). Social problem solving in adolescents with suicidal behavior: A systematic review. *Suicide and Life-Threatening*, *35*(4), 365–387.
- Stafford, M. C., & Scott, R. R. (1986). Stigma, Deviance, and Social Control. In *The Dilemma of Difference* (pp. 77–91). Boston, MA: Springer US. https://doi.org/10.1007/978-1-4684-7568-5_5
- Steadman, H. J., Osher, F. C., Robbins, P. C., Case, B., & Samuels, S. (2009). Prevalence of Serious Mental Illness Among Jail Inmates. *Psychiatric Services*, *60*(6), 761–765. <https://doi.org/10.1176/ps.2009.60.6.761>
- Steiner, D., & Bertolino, M. (2005). The Contributions of Organizational Justice Theory to Combating Discrimination. *Cahiers de l'URMIS*, *10–11*.
- Sterba, K. R., & DeVellis, R. F. (2009). Developing a spouse version of the Illness Perception Questionnaire-Revised (IPQ-R) for husbands of women with rheumatoid arthritis. *Psychology & Health*, *24*(4), 473–87. <https://doi.org/10.1080/08870440701867788>
- Sterba, K. R., DeVellis, R. F., Lewis, M. A., DeVellis, B. M., Jordan, J. M., & Baucom, D. H. (2008). Effect of couple illness perception congruence on psychological adjustment in women with rheumatoid arthritis. *Health Psychology*, *27*(2), 221–29. <https://doi.org/10.1037/0278-6133.27.2.221>
- Stevens, R. A. (2004). Understanding gay identity development within the college environment. *Journal of College Student Development and Psychopathology*, *45*, 185–206.
- Stier, A., & Hinshaw, S. (2007). Explicit and implicit stigma against individuals with mental illness. *Australian Psychologist*, *42*(2), 106–117.
- Stroes, A., Alberts, E., & Van Der Meere, J. J. (2003). Boys with ADHD in social interaction with a nonfamiliar adult: an observational study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *42*(3), 295–302. <https://doi.org/10.1097/00004583-200303000-00009>

- Suicide Prevention Resource Center. (2008). Suicide risk and prevention for lesbian, gay, bisexual, and transgender youth. Newton, MA: Education Development Center Inc.
- Szymanski, D. M., & Henrichs-Beck, C. (2014). Exploring Sexual Minority Women's Experiences of External and Internalized Heterosexism and Sexism and their Links to Coping and Distress. *Sex Roles, 70*(1–2), 28–42. <https://doi.org/10.1007/s11199-013-0329-5>
- Szymanski, D. M., & Owens, G. P. (2008). Do Coping Styles Moderate or Mediate the Relationship Between Internalized Heterosexism and Sexual Minority Women's Psychological Distress? *Psychology of Women Quarterly, 32*(1), 95–104. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6402.2007.00410.x>
- Talley, A. E., & Bettencourt, B. A. (2011). The Moderator Roles of Coping Style and Identity Disclosure in the Relationship Between Perceived Sexual Stigma and Psychological Distress. *Journal of Applied Social Psychology, 41*(12), 2883–2903. <https://doi.org/10.1111/j.1559-1816.2011.00863.x>
- Tamagne, F. (2002). Genre et homosexualité : de l'influence des stéréotypes homophobes sur les représentations de l'homosexualité. *Vingtième Siècle. Revue D'histoire, 75*, 61–73.
- Teachman, B. A., Gapinski, K. D., Brownell, K. D., Rawlins, M., & Jeyaram, S. (2003). Demonstrations of implicit anti-fat bias: the impact of providing causal information and evoking empathy. *Health Psychology, 22*(1), 68–78.
- Teasdale, J. D., & Fogarty, S. J. (1979). Differential effects of induced mood on retrieval of pleasant and unpleasant events from episodic memory. *Journal of Abnormal Psychology, 88*(3), 248–57.
- Theule, J., Wiener, J., Tannock, R., & Jenkins, J. M. (2013). Parenting Stress in Families of Children With ADHD. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders, 21*(1), 3–17. <https://doi.org/10.1177/1063426610387433>
- Tibere, L., Poulain, J. P., Pacheco da Costa Proenca, R., & Jeannot, S. (2007). Adolescents obèses face à la stigmatisation. *Obésité, 2*(2), 173–181. <https://doi.org/10.1007/s11690-007-0056-6>
- Tomiya, A. J., Carr, D., Granberg, E. M., Major, B., Robinson, E., Sutin, A. R., & Brewis, A. (2018). How and why weight stigma drives the obesity “epidemic” and harms health. *BMC Medicine, 16*(1), 123. <https://doi.org/10.1186/s12916-018-1116-5>
- Torrey, W., Drake, R., Dixon, L., & Burns, B. (2001). Implementing evidence-based practices for persons with severe mental illnesses. *Psychiatric services, 52*(1), 45–50.
- Tournier, M., Cougnard, A., Verdoux, H., & Droulout, T. (2008). Évaluation d'un programme de psychoéducation individuel chez des patients hospitalisés pour un trouble bipolaire. *Annales Médico-Psychologiques, Revue Psychiatrique, 166*(4), 286–291. <https://doi.org/10.1016/J.AMP.2008.03.005>
- Tulving, E. (1972). Episodic and semantic memory. *Organization of Memory, 1*, 381–403.
- Tulving, E. (2002). Episodic memory: from mind to brain. *Annual Review of Psychology, 53*, 1–25. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.53.100901.135114>
- Tylka, T. L., Annunziato, R. A., Burgard, D., Daniélsdóttir, S., Shuman, E., Davis, C., & Calogero, R. M. (2014). The weight-inclusive versus weight-normative approach to health: evaluating the evidence for prioritizing well-being over weight loss. *Journal of Obesity, 2014*, 983495, 1–18. <https://doi.org/10.1155/2014/983495>
- Valls, M., Rousseau, A., & Chabrol, H. (2013). Influence des médias, insatisfaction envers le poids et l'apparence et troubles alimentaires selon le genre. *Psychologie Française, 58*(3), 229–240. <https://doi.org/10.1016/J.PSFR.2013.06.002>
- Van der Sanden, R. L. M., Pryor, J. B., Stutterheim, S. E., Kok, G., & Bos, A. E. R. (2016). Stigma by association and family burden among family members of people with mental illness: the mediating role of coping. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 51*(9), 1233–1245. <https://doi.org/10.1007/s00127-016-1256-x>
- Vartanian, L. R. (2010). Disgust and perceived control in attitudes toward obese people. *International Journal of Obesity, 34*(8), 1302–7. <https://doi.org/10.1038/ijo.2010.45>
- Vartanian, L. R., & Novak, S. A. (2011). Internalized Societal Attitudes Moderate the Impact of Weight Stigma on Avoidance of Exercise. *Obesity, 19*(4), 757–62. <https://doi.org/10.1038/oby.2010.234>
- Vartanian, L. R., & Shaprow, J. G. (2008). Effects of Weight Stigma on Exercise Motivation and Behavior. *Journal of Health Psychology, 13*(1), 131–38.

<https://doi.org/10.1177/1359105307084318>

- Vaughan, M. (2007). *Coming out growth: Conceptualizing and assessing experiences of stress-related growth associated with coming out as lesbian or gay*. (Doctoral Dissertation). The University of Akron, Akron, Ohio.
- Vaughan, M., & Waehler, C. (2010). Coming Out Growth: Conceptualizing and measuring stress-related growth associated with coming out to others as a sexual minority. *Journal of Adult Development, 17*, 94–109.
- Velter, A. (2007). *Rapport Enquête Presse Gay 2004*. Saint-Maurice : ANRS, INVS.
- Verhaeghe, M., & Bracke, P. (2011). Stigma and Trust Among Mental Health Service Users. *Archives of Psychiatric Nursing, 25*(4), 294–302. <https://doi.org/10.1016/J.APNU.2011.02.001>
- Vescio, T. K., Sechrist, G. B., & Paolucci, M. P. (2003). Perspective taking and prejudice reduction: the mediational role of empathy arousal and situational attributions. *European Journal of Social Psychology, 33*(4), 455–472. <https://doi.org/10.1002/ejsp.163>
- Vieta, E. (2005). Improving treatment adherence in bipolar disorder through psychoeducation. *The Journal of Clinical Psychiatry, 66*, 24–9.
- Vieta, E., Azorin, J. M., Bauer, M., Frangou, S., Perugi, G., Martinez, G., & Schreiner, A. (2012). Psychiatrists' perceptions of potential reasons for non and partial adherence to medication: Results of a survey in bipolar disorder from eight European countries. *Journal of Affective Disorders, 143*(1–3), 125–130. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2012.05.041>
- Villani, M., Flahault, C., Montel, S., Sultan, S., & Bungener, C. (2013). Proximité des représentations de la maladie chez le malade et ses proches : revue de littérature et illustration clinique. *Bulletin de Psychologie, 528*(6), 477–487. <https://doi.org/10.3917/bupsy.528.0477>
- Wahl, O. F. (1999). Mental health consumers' experience of stigma. *Schizophrenia Bulletin, 25*(3), 467–78.
- Walker, I., & Read, J. (2002). The differential effectiveness of psychosocial and biogenetic causal explanations in reducing negative attitudes toward “mental illness”. *Psychiatry, 65*(4), 313–25.
- Walker, J. S., Coleman, D., Lee, J., Squire, P. N., & Friesen, B. J. (2008). Children's Stigmatization of Childhood Depression and ADHD: Magnitude and Demographic Variation in a National Sample. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 47*(8), 912–20. <https://doi.org/10.1097/CHI.0b013e318179961a>
- Wang, J., Dey, M., Soldati, L., Weiss, M. G., Gmel, G., & Mohler-Kuo, M. (2014). Psychiatric disorders, suicidality, and personality among young men by sexual orientation. *European Psychiatry, 29*(8), 514–522. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2014.05.001>
- Wearing, A. J., & Hart, P. M. (1996). Work and non-work coping strategies : their relation to personality, appraisal and life domain. *Stress Medecine, 12*, 93–103.
- Weiner, B., Perry, R., & Magnusson, J. (1988). An attributional analysis of reactions to stigmas. *Journal of personality and social psychology, 55*(5), 738.
- Werner, P., Aviv, A., & Barak, Y. (2008). Self-stigma, self-esteem and age in persons with schizophrenia. *International Psychogeriatrics, 20*(1), 174–87. <https://doi.org/10.1017/S1041610207005340>
- Wheeler, M., Stuss, D., & Tulving, E. (1997). Toward a theory of episodic memory: the frontal lobes and auto-noetic consciousness. *Psychological Bulletin, 121*(3), 331–54.
- Williams, J. M., & Broadbent, K. (1986). Autobiographical memory in suicide attempters. *Journal of Abnormal Psychology, 95*(2), 144–9.
- Williams, J. M. G., Barnhofer, T., Crane, C., Herman, D., Raes, F., Watkins, E., & Dalgleish, T. (2007). Autobiographical memory specificity and emotional disorder. *Psychological Bulletin, 133*(1), 122–48. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.133.1.122>
- Williams, K. R., & Hawkins, R. (1986). Perceptual Research on General Deterrence: A Critical Review. *Law & Society Review, 20*(4), 545. <https://doi.org/10.2307/3053466>
- Williams, K., & Steer, H. (2011). Illness Perceptions: Are Beliefs About Mental Health Problems Associated with Self-Perceptions of Engagement in People with Psychosis? *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 39*(2), 151–163. <https://doi.org/10.1017/S1352465810000627>
- Willoughby, B. L. B., Malik, N. M., & Lindahl, K. M. (2006). Parental Reactions to Their Sons' Sexual Orientation Disclosures: The Roles of Family Cohesion, Adaptability, and Parenting Style. *Psychology of Men & Masculinity, 7*(1), 14–26.

- Wilson, K., Stelzer, J., & Bergman, J. (1995). Problem solving, stress, and coping in adolescent suicide attempts. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 25(2), 241–52.
- Winnick, T. A., & Bodkin, M. (2008). Anticipated Stigma and Stigma Management Among Those to be Labeled “Ex-con.” *Deviant Behavior*, 29(4), 295–333. <https://doi.org/10.1080/01639620701588081>
- Wirth, M. D., Blake, C. E., Hébert, J. R., Sui, X., & Blair, S. N. (2014). Chronic weight dissatisfaction predicts type 2 diabetes risk: aerobic center longitudinal study. *Health Psychology*, 33(8), 912–9. <https://doi.org/10.1037/hea0000058>
- Wott, C. B., & Carels, R. A. (2010). Overt Weight Stigma, Psychological Distress and Weight Loss Treatment Outcomes. *Journal of Health Psychology*, 15(4), 608–614. <https://doi.org/10.1177/1359105309355339>
- Xia, W., Shen, L., & Zhang, J. (2015). Comorbid anxiety and depression in school-aged children with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) and self-reported symptoms of ADHD, anxiety, and depression among parents of school-aged children with and without ADHD. *Shanghai Archives of Psychiatry*, 27(6), 356–67. <https://doi.org/10.11919/j.issn.1002-0829.215115>
- Young, J. (1999). *The Exclusive Society: Social Exclusion, Crime and Difference in Late Modernity*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2003). *Schema therapy : a practitioner’s guide*. New York/ London : Guilford Press.
- Zea, M. C., Reisen, C. A., & Poppen, P. J. (1999). Psychological well-being among Latino lesbians and gay men. *Cultural Diversity & Ethnic Minority Psychology*, 5(4), 371–379. <https://doi.org/10.1037/1099-9809.5.4.371>
- Zhang, J., Wiczorek, W., Conwell, Y., & Tu, X. (2011). Psychological strains and youth suicide in rural China. *Social Science & Medicine*, 72(12), 2003–10.
- Zubin, J., & Spring, B. (1977). Vulnerability: A new view of schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, 86(2), 103–126. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.86.2.103>

ANNEXES

Encadrements de travaux de recherche d'étudiants en Master 2

Encadrements de M2 en 2017-2018 [7]

1. Aribaud, Pascale. Titre : Impacts et liens entre culpabilité, stigmatisation et stratégies de coping dans le deuil compliqué persistant chez les conjointes de détenus
2. Blanchard, Adèle. Titre : Implications des schémas précoces inadaptés et de la motivation dans le risqué de décrochage scolaire
3. Bonhomme, Noémie. Titre : L'impact de l'empathie dans l'apparition du burnout et ses incidences sur les stratégies de coping et de régulation émotionnelle du personnel soignant
4. Claudel, Anaïs. Titre : Alimentation émotionnelle, stigmatisation et anxiété chez les sujets obèses
5. Garrel, Mathilde. Titre : Les effets de l'auto stigmatisation sur la conscience auto-noétique auprès d'individus vivant une expérience d'incarcération
6. Montagne, Morgane. Titre : Liens entre représentations de la maladie, stratégies de coping, flexibilité et risque suicidaire chez des personnes atteintes de cancer
7. Pelordet, Maurane. Titre : La thérapie MBCT: implication de l'acceptation de l'expérience émotionnelle et de l'insight dans les rechutes dépressives avec idéations et/ou comportements suicidaires

Encadrements de M2 en 2016-2017 [9]

1. Baglieri, Marine. Titre : Internalisation de la stigmatisation chez les parents d'enfants souffrant du trouble du déficit de l'attention avec hyperactivité
2. Blanc, Camille. Titre : Les stratégies de coping, la régulation émotionnelle et le soutien social perçu des familles ayant un proche souffrant d'un trouble psychiatrique
3. Casanova, Alexia. Titre : Effets de l'anxiété en lien avec la douleur et sensibilité à l'anxiété face aux stratégies de coping de patients douloureux chroniques et de la population générale
4. Cerda, Lisa. Titre : Schémas cognitifs et intolérance à l'incertitude
5. Devoisin-Lagarde, Charlotte. Titre : La perception des troubles psychiatriques
6. Leprevost, Sarah. Titre : Etude sur le harcèlement de rue: agoraphobie, phobie sociale et affirmation de soi chez les femmes
7. Moutamalle, Indira. Titre : l'influence du stress sur la prise alimentaire chez les étudiants de première année universitaire
8. Puechlong, Cécile. Titre : Stratégies de régulation émotionnelle et traits de personnalité en lien avec le syndrome de stress post-traumatique après une inondation.
9. Trigalez, Gwendoline. Titre : Le syndrome du grand méchant monde: journaux télévisés et anxiété

Encadrements de M2 entre 2015-2017 [13]

1. Averous, Priscillia. Titre : Insight, représentations de la maladie et psychoéducation dans les troubles bipolaires et la schizophrénie
2. Boutoux, Alexandra. Titre : impact d'un programme de psychoéducation sur la représentation de la maladie et l'estime de soi des patients schizophrènes
3. Canin, Pauline. Titre : L'estime de soi en lien avec la honte et la culpabilité chez les femmes victimes de violences sexuelles
4. Chort, Lou. Titre : Les effets de la psychoéducation sur l'observance thérapeutique, la croyance en l'efficacité du traitement et le sentiment de contrôle perçu chez des patients atteints du trouble bipolaire.
5. De Cazenove-Audebeau, Anne-Laure. Titre : Perception de la maladie, observance et psychoéducation dans la schizophrénie
6. Foritano, Laura. Titre : Psychoéducation et représentations du trouble bipolaire chez le patient
7. Gabriel, Margaux. Titre : Biais de l'âge subjectif.
8. Goetz, Delphine. Titre : Stigmatisation des personnes avec une déficience intellectuelle : impact de l'agressivité
9. Guerra, Elodie. Titre : Impact des émotions positives sur le raisonnement logique
10. Hajaoui, Leïla. Titre : Relations entre stigmatisation perçue, estime de soi et représentations de la maladie dans le trouble bipolaire
11. Leboullenger, Audrey. Titre : Évaluation des représentations et de l'observance médicamenteuse de patients bipolaires suite à un programme de psychoéducation
12. Margalef, Célia. Titre : Attention, estime de soi et anxiété chez les enfants TDAH avant et après participation à un groupe de remédiation cognitive
13. Oltra, Anna. Titre : Étude des liens entre conscience du trouble, stigmatisation et estime de soi dans la schizophrénie

Encadrements de travaux de recherche d'étudiants en Master 1

Encadrements de M1 (2017-2018) [7]

1. Juhel, Marion. Titre : Etude de l'effet de l'impulsivité dans le comportement d'alimentation émotionnelle en réponse au stress chez une population étudiante
2. Ladsous, Audrey. Titre : Stress Post Traumatique, flexibilité psychologique et conscience autoérotique
3. Largo Torres, Francisco. Titre : Facteurs protecteur d'ESPT chez soignant travaillant dans un service d'urgence.
4. Plumas, Constantin. Titre : Rôle de l'homophobie intériorisée et des stratégies de coping dans les signes anxio-dépressifs des personnes LGB
5. Raoult, Laetitia. Titre : Impact du stress sur les comportements d'alimentation émotionnelle selon les stratégies de régulation émotionnelle utilisées chez les étudiants en première année à l'université
6. Saad, Haya. Titre : Mental health in Lebanon: studying the effect of stigma on seeking therapy using the common sense model of illness perception
7. Soualem Gill, Ashley. Titre : Stress Post Traumatique, Alexithymie, et inhibition

Encadrements de M1 (2016-2017) [7]

1. Aribaud, Pascale. Titre : Représentation de la schizophrénie, épuisement professionnel : comparaison entre les IDE en formation et les IDE exerçant en psychiatrie
2. Bernat, Karla. Titre : L'incidence de la stigmatisation intériorisée dans la motivation au changement du malade: Étude spécifique de la dépression
3. Blanchard, Adèle. Titre : Les différences de genre existant dans la stigmatisation et dans l'empathie vis à vis du trouble de l'usage de l'alcool
4. Bonhomme, Noémie. Titre : Évaluation de l'humeur, de l'anxiété et de l'agressivité dans la pathologie cancéreuse
5. Dumas, Olivier. Titre : Effet d'une tâche visuo-spatiale sur le nombre d'intrusions dans le cadre du paradigme du trauma analogue
6. Montagne, Morgane. Titre : Liens entre stress et idées suicidaires chez les étudiants de l'université de Nîmes
7. Pelordet, Maurane. Titre : L'attachement et le soutien social perçus dans l'apparition d'une symptomatologie de troubles du comportement alimentaire chez des adolescents placés en institution sociale (MECS)

Encadrements de M1 (2015-2016) [9]

1. Blanc, Camille. Titre : L'impact de la représentation émotionnelle du proche sur l'insight, l'estime de soi et la stigmatisation perçue du patient bipolaire.
2. Bourg, Chloé. Titre : Effet de la mise en place d'un programme psychoéducatif sur la perception de la maladie et sur l'observance au traitement chez des patients bipolaires
3. Bouzon, Justine. Titre : Mise en place d'un programme de psychoéducation chez des patients schizophrènes
4. Casanova, Alexia. Titre : Effet de la mise en place d'un programme psychoéducatif sur la perception de la maladie et sur l'observance au traitement chez des patients bipolaires.
5. Cerda, Lisa. Titre : Fonctions exécutives, perspective temporelle et prise de décision chez la personne âgée déprimée suicidante et non suicidante
6. Devoisin, Lagarde Charlotte : Fonctions exécutives, perspective temporelle et prise de décision chez la personne âgée déprimée suicidante et non suicidante
7. Leprevost, Sarah. Titre : Étude des représentations des proches de patients schizophrènes et les éventuelles modifications de celles-ci suite à leur participation à un groupe de psychoéducation.
8. Reynier De Rosso, Raphaël. Titre : Observance, stigmatisation et psychoéducation dans la schizophrénie
9. Trigalez, Gwendoline. Titre : Probabilité d'un état de stress post-traumatique (ESPT) et ses comorbidités (dépression et anxiété) après les attentats de Paris du 13 novembre 2015 chez une population Parisienne, Banlieusarde et Provinciale

Encadrements de travaux de recherche d'étudiants en Licence 3

Encadrements de L3 (2017-2018) [26]

1. Abramyan, Margarita. Titre : Stigmatisation, représentations de la schizophrénie et empathie
2. Ayach, Sara. Titre : Stigmatisation, insight et estime de soi chez les patients souffrants de schizophrénie
3. Boisserin, Auriane. Titre : La relation entre l'estime de soi, le soutien social perçu et l'autonomie chez les personnes âgées.
4. Bonnefille, Mélanie. Titre : Consommation de drogue(s), estime de soi, régulation émotionnelle et genre dans l'explication de conduites violentes chez les jeunes adultes.
5. Castanet, Anaïs. Titre : Efficacité d'un programme de pleine conscience
6. Champanhet, Jessie. Titre : Corrélation entre le Stress Post-Traumatique, l'estime de soi et les dépendances aux substances chez des personnes ayant subi un accident de la route
7. Clément, Ema. Titre : La discrimination, l'estime de soi, les symptômes dépressifs et les risques suicidaires chez les personnes homosexuelles
8. Cluzel, Lisa. Titre : Consommation d'alcool, estime de soi et régulation émotionnelle dans l'explication de conduites violentes chez les jeunes adultes
9. Constantin, Julie. Titre : Qualité de vie, stress parental, anxiété et dépression mis en relation entre des parents d'enfant avec une déficience intellectuelle et avec des parents d'enfant sans déficience intellectuelle.
10. Dussaud, Alexandre. Titre : Dépression et comportements addictifs dans les populations lesbiennes, gays et bisexuelles
11. Foulon, Estelle. Titre : Étude de la spécificité des biais de reconnaissance des expressions faciales émotionnelles dans les troubles anxiodépressifs
12. Foulquier, Julie. Titre : Qualité de vie, stress parental, anxiété et dépression mis en relation entre des parents d'enfant avec une déficience intellectuelle et avec des parents d'enfant sans déficience intellectuelle.
13. Garouche, Estelle. Titre : Attachement, anxiété sociale et utilisation excessive des réseaux sociaux.
14. Gonzalez, Lea. Titre : La méconnaissance de l'origine d'une affection comme facteur majorant l'apparition d'un syndrome dépressif
15. Gouilly, Marilou. Titre : Dépression et comportements addictifs dans les populations lesbiennes, gays et bisexuelles
16. Hamant, Noa. Titre : Les conséquences psychologiques de la stigmatisation intériorisée sur les personnes âgées
17. Leito, Florian. Titre : Effets de la prise en charge d'un enfant en CAMPS sur la qualité de vie du parent
18. Maio, Stéphanie. Titre : Bigorexie : de l'addiction au sport à la recherche de sensations et à l'estime de soi
19. Pangot, Adrienne. Titre : Relation entre Alexithymie, impulsivité et agressivité chez une population toxicomane
20. Péronnet, Aline. Titre : Facteurs de risque du sentiment de solitude chez l'adolescent
21. Ramanich, Aurélie. Titre : Schémas précoces inadaptés et addiction à internet.
22. Reboul, Mélanie. Titre : Anxiété et perception de contrôle dans l'attaque de panique et la maladie de Bouveret
23. Rey, Julia. Titre : L'anxiété chez les enfants et les adolescents à haut potentiel

intellectuel.

24. Rey, Océane. L'impact du style d'attachement et des troubles du comportement alimentaire sur la flexibilité mentale et le contrôle de soi.
25. Sanchez, Océane. Titre : L'activité sportive vecteur d'une meilleure intégration psychosociale et facteur d'atténuation de l'anxiété chez les adolescents handicapés moteurs
26. Vivares, Lisa. Titre : Corrélation entre le stress post-traumatique, l'estime de soi et la régulation des émotions chez les personnes ayant été victime d'un accident de la route

Encadrements de L3 (2016-2017) [22]

1. Alkan, Binnur. Titre : Soutien social, anxiété et dépression
2. Bourdois, Jeanne. Titre : Identité de genre, identité sexuée et soutien social chez l'individu schizophrène
3. Cane, Marine. Titre : Les effets de la zoothérapie sur les personnes âgées souffrant de dépression et en baisse d'estime de soi
4. Caste, Sylvie. Titre : Anxiété et soutien social. Étude auprès d'aidants de patients atteints de maladies graves
5. Cuccaro, Lolita. Titre : Les croyances de français de culture maghrébine sur la schizophrénie.
6. D'ambrosio, Océane. Titre : L'influence de l'anxiété et de la dépression sur l'estime de soi chez les déficients intellectuels.
7. De Luca, Géraldine. Titre : L'addiction au sport, une stratégie dysfonctionnelle
8. Dufour, Tracy. Titre : Les effets de la musicothérapie sur la dépression des personnes âgées
9. Dugas, Alison. Titre : Le pessimisme et désespoir des proches de personnes atteintes de maladie mentale en fonction de leur soutien social perçu
10. Gaudechoux, Emeline. Titre : La méditation de pleine conscience
11. Grazioli, Emilie. Titre : L'intelligence émotionnelle contre le Burn-Out chez les travailleurs sociaux.
12. Henry, Mélanie. Titre : Les schémas cognitifs impliqués dans un trouble de la
13. Henry, Florette. Titre : L'agressivité chez les adolescents personnalité dépendante
14. Jakovenko, Anouk. Titre : La perception de la schizophrénie et traits de personnalité.
15. Neggache, Naomi. Titre : Étude sur l'anxiété et l'estime de soi auprès d'élèves relevant d'établissements scolaires à pédagogies différentes
16. Pages, Oriane. Titre : Les conséquences psychologiques de la rupture sociale chez les SDF : De la mise en place des stratégies de coping à la dépression
17. Platon, Marie. Titre : Étude sur l'estime de soi des patients hémodialysés
18. Samitier, Estelle. Titre : Le harcèlement scolaire en lien avec l'anxiété.
19. Sileber, Raissa. Titre : Le stress et la fatigue de compassion chez les bénévoles
20. Soualem, Ashley. Titre : Attachement et Traits de personnalité représentatifs d'une population de mineur délinquant
21. Thomassin, Léa. Titre : La perception de l'autisme par la population générale chez les enfants et chez les adultes
22. Viaud, Mathilda. Titre : Les troubles de l'attachement en lien avec les compétences verbales chez les jeunes enfants

Encadrements de L3 (2014-2015) [9]

1. Bouzon, Justine. Titre : La représentation de la schizophrénie
2. Brouchier, Justine. Titre : Étude des relations entre homophobie intériorisée et dépression au sein d'une population homosexuelle.
3. Casanova, Alexia. Titre : Étude des relations entre homophobie intériorisée et dépression au sein d'une population homosexuelle
4. Etienne, Amélie. Titre : Titre : L'identification faciale des six émotions de base chez le patient schizophrène
5. Janondy, Léa. Titre : L'impact de la remédiation cognitive sur l'évaluation subjective des plaintes cognitives chez des patients souffrant de schizophrénie
6. Jerroudi, Wafaa. Titre : Étude des représentations de la schizophrénie dans la population générale Française : comparaison entre la population autochtone et la population d'origine maghrébine
7. Leprévost, Sarah. Titre : Étude des représentations de la schizophrénie et du trouble bipolaire dans une population générale
8. Martin Chave, Juliette. Titre : Retrait autistique et prise en charge clinique
9. Siebert, Tessy. Titre : Vision de la population générale et de la population professionnelle de santé française, vis à vis de la schizophrénie