Chapitre 5

Promotion de la santé mentale

Siméone, A.[1], Derguy, C.[2], Lamboy, B.[3-4], Follenfant, A.[5], Bosone, L.[1], Préau, M.[1]

[1] Laboratoire GRePS EA4163, Université Lyon 2 – Bron

[2] Laboratoire « Psychopathologie et processus de santé » EA4057, Université Paris-Descartes – Boulogne-Billancourt

[3] Laboratoire interuniversitaire de psychologie EA4145, Université de Savoie – Chambéry

[4] Santé Publique France – Paris

[5] Laboratoire de psychologie EA4139, Université de Bordeaux – Bordeaux

Introduction

Le bien-être mental est une des composantes essentielles de la santé, telle que définit par l'Organisation mondiale de la santé dans le préambule de sa charte constitutive (OMS, 1946). Une bonne santé mentale, perçue comme une capacité dynamique permettant aux individus de se réaliser et de contribuer de manière productive à la vie de leur communauté, est conçue comme un droit fondamental (OMS, 2013). À l'heure actuelle, reconnus comme jouant un rôle essentiel dans la réalisation de l'objectif de la santé pour tous, la santé mentale et le bien-être figurent toujours en tant que points essentiels des discussions et des interventions concernant la santé globale (ministère chargé de la Santé, 2012 ; OMS, 2013).

Malheureusement, tant au niveau international que français, les troubles de la santé mentale et la souffrance psychique sont encore assez communs. Ainsi, selon un rapport de l'OMS (2001), plus de 25 % des individus dans le monde présentent un ou plusieurs troubles mentaux ou du comportement au cours de leur vie. En 2015, l'OMS évalue à 400 millions le nombre de personnes souffrant de dépression dans le monde, à 60 millions le nombre d'individus touchés par des troubles affectifs bipolaires, à 21 millions le nombre de personnes porteuses de schizophrénie ou d'une autre psychose, et à 35 millions le nombre d'individus souffrant de démence (OMS, 2015). En France, appréhendée au travers d'enquêtes en population générale, la prévalence

des maladies mentales est estimée à 14 % (Allonier, Dournon & Rochereau, 2010). Plus précisément, les résultats de l'enquête « Baromètre santé 2010 » réalisée par l'INPES (Institut national de prévention et d'éducation pour la santé) soulignent que 7,5 % de la population générale française reporte un épisode dépressif caractérisé au cours des douze mois précédant l'enquête (Chan Chee, Gourier-Fréry, Guignard & Beck, 2011). L'étude internationale ESEMeD (*European Study of the Epidemiology of Mental Disorders*), menée entre 2001 et 2003, signale que 21,4 % de la population interrogée déclarait avoir vécu un épisode dépressif au cours de leur vie, 22,4 % au moins un trouble anxieux, et 1,6 % une dépendance à l'alcool (Lepine *et al.*, 2005). Les prévalences de ces troubles psychiatriques peuvent être encore plus élevées pour des populations spécifiques, telles que les sans-domiciles fixes ou les détenus (Laporte & Chauvin, 2010 ; Falissard, Loze & Gasquet, 2006).

Les effets induits par les troubles de la santé mentale sur la santé physique et le fonctionnement social des personnes touchées sont loin d'être négligeables. Ainsi, ces dernières sont globalement en moins bonne santé que la population générale, de nombreuses études ayant montré une plus forte prévalence des pathologies somatiques parmi cette population. Par exemple, Leucht et Fountoulakis (2006) observent une surreprésentation du diabète, des artériopathies, de l'hypertension artérielle, de l'insuffisance respiratoire grave et de l'infection par le VIH chez les patients atteints de troubles mentaux. Dans le même ordre d'idées, la prise de médicaments psychotropes peut entraîner des effets secondaires importants (par exemple, des troubles métaboliques ou des troubles des fonctions sexuelles et affectives). Enfin, les individus porteurs de troubles de la santé mentale souffriraient d'un retard à la prise en charge et d'une faible qualité de suivi de leur état de santé. Par exemple, dans les pays industrialisés occidentaux, seulement 29 à 52 % des personnes développant un état dépressif sévère recherche une aide au cours de la première année de leur maladie, et parmi ceux-ci la majorité ne trouve une aide effective qu'après un délai de plusieurs années (Wang *et al.*, 2007).

Dans ce contexte, la promotion de la santé mentale est devenue un enjeu majeur de santé publique, permettant de prévenir l'apparition des troubles de la santé mentale ou de faciliter l'accès aux soins et l'intégration sociale des individus porteurs de ces pathologies. L'*Atlas de la santé mentale 2014* (OMS, 2015) identifie des efforts continus en ce sens chez les États membres de l'OMS : 41 % d'entre eux auraient ainsi au moins deux programmes en cours de promotion et de prévention en santé mentale. Les objectifs et populations visées par ces programmes sont d'une grande pluralité : améliorer les connaissances en santé mentale ou lutter contre la discrimination, promouvoir les droits et des conditions de vie et de travail saines, développer les compétences de la vie quotidienne chez les enfants, protéger contre la maltraitance. Ainsi, s'il apparaît essentiel de répondre aux besoins des personnes atteintes de troubles mentaux, il semble tout aussi important de protéger et de promouvoir le bien-être mental de tous les individus.

Ce chapitre réunit des comptes-rendus de communications réalisées dans le cadre du symposium « Promotion de la santé mentale », qui a eu lieu lors du 9e congrès de l'Association francophone de psychologie de la santé. Ce symposium se voulait un

reflet partiel des axes d'interventions cités ci-dessus : la promotion de la santé mentale chez les enfants, le fardeau et la stigmatisation subis par les parents d'enfants ayant un trouble du spectre de l'autisme, ou les expressions du stigma manifestées par le grand public ou des professionnels de la santé.

1 Prévention et promotion de la santé mentale chez les enfants et les jeunes : l'importance des interventions de développement des compétences psychosociales fondées sur les données probantes

1.1 Prévention et promotion de la santé mentale : un domaine d'intervention encore méconnu

Le champ de la santé dont celui de la santé mentale regroupe cinq grands domaines d'intervention selon l'OMS (1999) : la promotion de la santé (mentale), la prévention des troubles (psychiques), le dépistage, le soin, la réadaptation. Même si la prévention est devenue une priorité nationale de santé publique (Cordier, 2013) et qu'elle représente souvent une des missions à part entière des psychologues, dans les faits, la prévention tient toujours une place marginale. Le dernier rapport sur la santé de la Commission européenne souligne que la prévention ne représente que 1,9 % des dépenses de santé en France et 3 % en moyenne dans l'Union européenne (OECD, 2016). Les formations initiales universitaires (L/M/D) consacrées à la prévention sont encore peu nombreuses [1] de même que les professionnels ayant bénéficié d'une réelle formation sur les concepts et méthodes de ce domaine d'intervention spécifique.

Il est ainsi important de rappeler que le champ de la prévention ne doit pas être confondu avec celui du repérage des troubles ni avec celui des interventions thérapeutiques précoces ou de l'éducation thérapeutique. Pour mettre en exergue cette distinction et limiter certaines confusions, il est maintenant recommandé de réserver les termes de prévention pour faire référence au champ de la prévention primaire dont les interventions visent à éviter l'apparition d'une pathologie. Trois formes de prévention primaire sont à distinguer (WHO, 2004). La prévention universelle porte sur la population générale ou un sous-groupe de la population ne présentant pas de facteur de risque associé au trouble visé. La prévention sélective et la prévention indiquée ciblent un sous-groupe de la population à risque de développer la pathologie. La prévention sélective s'adresse à une population qui présente un risque du fait de facteurs environnementaux, sociaux ou familiaux (*e.g.* une intervention de prévention des troubles dépressifs auprès d'enfants ayant des parents souffrant d'un trouble psychique). La prévention indiquée cible des personnes ayant des risques individuels et manifestant quelques signes avant-coureurs sans toutefois présenter un trouble avéré (*e.g.* une intervention de prévention des troubles des conduites destinées à des enfants ayant des problèmes d'agressivité et d'impulsivité).

Au niveau de la santé mentale, l'OMS propose aussi de différencier la promotion de la santé mentale qui « vise à agir sur les déterminants de la santé mentale afin d'accroître la santé mentale positive » (WHO, 2004) et la prévention des troubles

1. http ://inpes.santepubliquefrance.fr/FormationsEpS/liste.asp.

psychiques qui « vise à réduire l'incidence, la prévalence et la récurrence des troubles mentaux » (Mrazek & Haggerty, 1994 cités par WHO, 2004). Ainsi, la promotion de la santé mentale est orientée vers une approche positive de la santé mentale. Elle est plus large que le champ de la prévention des troubles psychiques qu'elle englobe. Dans les faits, la démarche et les interventions de prévention des troubles psychiques et de promotion de la santé mentale ont tendance à se confondre. Le principe de la prévention comme celui de la promotion de la santé est d'intervenir en amont du trouble dans une logique d'anticipation. Il s'agit de modifier certains déterminants « clés » du problème de santé mentale afin d'éviter l'apparition de la pathologie. En prévention des troubles psychiques comme en promotion de la santé mentale, il s'agit le plus souvent de renforcer les facteurs de protection. Une intervention de prévention aura tendance à se focaliser sur un trouble psychique en particulier (*e.g.* troubles anxieux, troubles des apprentissages, trouble des conduites...) alors qu'une intervention de promotion de la santé mentale portera sur la santé mentale positive ou le bien-être en général. Dans tous les cas, les interventions de prévention et de promotion de la santé mentale nécessitent une démarche d'analyse, de conception et de planification. Elles impliquent une bonne connaissance des publics à risque, des déterminants du trouble psychique (ou de la santé mentale positive) ainsi que des stratégies permettant d'agir sur ces déterminants. Pour être pleinement efficace, ce domaine d'intervention nécessite ainsi une forte articulation entre la recherche et la pratique et un transfert et des connaissances scientifiques importants. Il est ainsi question de prévention ou de promotion de la santé fondée sur les données probantes (*Evidence-Based Prevention*, ou *Evidence-Based Health Promotion*). L'OMS (2005) distingue trois grandes stratégies d'intervention dans le domaine de la prévention et de la promotion de la santé mentale : les interventions « génériques » de promotion de la santé, les actions de communication et les interventions de proximité.

La santé mentale représente une des composantes de la santé globale. Il existe donc plusieurs déterminants communs à la santé mentale, physique et sociale. Les interventions « génériques » de promotion de la santé visent à agir sur ces déterminants communs de la santé, notamment la précarité, la nutrition et l'activité physique, la consommation de substances psychoactives, les relations sociales (WHO, 2005). Il existe de nombreuses interventions ayant démontré des effets sur ces déterminants « clés » de la santé et de la santé mentale.

On peut distinguer deux grands types d'actions de communication en santé mentale en fonction des objectifs poursuivis. Les actions de « déstigmatisation » visent à lutter contre la stigmatisation des personnes souffrant de troubles psychiques (Lamboy & Saïas, 2013). Les actions de « littératie » qui cherchent à accroître les capacités de littératie en santé mentale, c'est-à-dire les compétences et la motivation à accéder, comprendre et utiliser les informations (sur la santé mentale positive, sur les troubles psychiques, sur les dispositifs de soins...) en vue de prendre des décisions concernant leur santé mentale (Vanden Broucke, 2014). Les effets de ces interventions qui visent à agir à grande échelle sur les connaissances, les représentations et les comportements sont particulièrement difficiles à démontrer. Des campagnes pluriannuelles et de grande envergure ont permis de mettre en avant quelques résultats intéressants (Kohls *et al.*, 2017 ; Dumesnil & Verger, 2009).

Les actions de proximité en prévention et promotion de la santé mentale permettent d'agir sur les comportements, les compétences et les processus psychiques favorables à la santé mentale. Il s'agit, le plus souvent, d'interventions psycho-éducatives en petit groupe. Il existe de nombreux programmes de proximité validés (à l'international) permettant de prévenir efficacement les troubles psychiques et de favoriser la santé mentale positive, notamment dans le milieu professionnel, auprès des personnes âgées et auprès des enfants, des jeunes et des parents.

Une synthèse de synthèses de littérature sur les interventions efficaces en prévention et promotion de la santé mentale réalisée en 2011 a permis d'identifier de nombreux programmes validés et une quinzaine de stratégies d'intervention ayant fait leur preuve pour favoriser le bien-être et prévenir les troubles psychiques chez les enfants et les jeunes. (Lamboy, Clément, Saïas & Guillemont, 2011). Quasiment toutes ces interventions cherchent à développer les compétences psychosociales (CPS), *via* des programmes unimodaux (des ateliers CPS pour les enfants ou les parents uniquement) ou multimodaux (des ateliers CPS pour les enfants, les parents, la communauté éducative et d'autres actions sur l'environnement, la communauté...).

1.2 L'importance des interventions CPS : les compétences psychosociales et les programmes de développement des CPS

Dans son premier travail fondateur sur les compétences psychosociales et l'éducation pour la santé, réalisé en 1993, l'OMS fait référence à une compétence psychosociale générale définie comme « la capacité d'une personne à répondre avec efficacité aux exigences et aux épreuves de la vie quotidienne » (OMS, 1986). C'est la capacité d'une personne à maintenir un état de bien-être subjectif qui lui permet d'adopter un comportement approprié et positif dans ses interactions avec les autres. La compétence psychosociale joue un rôle important dans la promotion de la santé dans son acception large renvoyant au « bien-être physique, psychique et social » (WHO, 1997). L'épanouissement de cette capacité globale de nature psychosociale (« *psychosocial competence* ») s'appuie sur le développement d'une diversité de compétences individuelles indispensables à la vie (« *life skills* », OMS, 1997). Ces diverses compétences, également nommées habiletés ou aptitudes psychosociales, sont nécessaires au développement de la compétence psychosociale de la personne. Dans ce premier document de l'OMS, elles sont présentées, sous forme de 5 binômes : (a) savoir résoudre des problèmes / savoir prendre des décisions ; (b) avoir une pensée créative / avoir une pensée critique ; (c) savoir communiquer efficacement / être habile dans les relations interpersonnelles ; (d) avoir conscience de soi / avoir de l'empathie ; (e) savoir réguler ses émotions / savoir gérer son stress. Dans ses documents suivants, l'OMS affine le périmètre et la définition de ces compétences psychosociales et propose de regrouper les nombreuses CPS identifiées en trois grandes catégories (OMS, 2003, 2009) : les compétences sociales, les compétences émotionnelles et les compétences cognitives.

Les programmes CPS validées sont des ateliers de nature psycho-éducative en groupe qui permettent aux participants d'explorer et d'accroître leurs propres compétences sociales, cognitives et émotionnelles. Ces ateliers sont généralement hebdomadaires, d'une durée d'une ou deux heures et proposés pendant plusieurs semaines (une dizaine au minimum). Ils sont bien structurés et proposent d'approfondir une ou deux CPS

par séance, à travers des échanges, un partage d'expériences, des mises en situation, des jeux de rôles et des exercices pratiques à réaliser au quotidien. Des supports souvent sous forme de livrets psychoéducatifs peuvent être donnés aux participants afin de faciliter la compréhension et le développement de ces CPS. Les programmes CPS s'adressent aux enfants, mais aussi aux parents (uniquement ou en plus des enfants) ainsi qu'aux autres « éducateurs » de l'enfant (*e.g.* enseignants). Ces cycles d'ateliers CPS sont dénommés *programs* en langue anglaise. Depuis plusieurs années, ils sont connus sous les termes de *Social Emotional Program* (SEP) ou *Social Emotional Learning* (SEL). L'organisme américain CASEL [2] se consacre ainsi, depuis plus de 20 ans, à la promotion des SEP auprès des enfants, des familles et des communautés, *via* le transfert de connaissances, le développement de la recherche et un plaidoyer auprès des politiques.

Un grand nombre de programmes CPS ont montré des résultats positifs dans le champ de la prévention et de la promotion de la santé mentale (Lamboy, Clément, Saïas & Guillemont, 2011), mais aussi dans d'autres domaines tels que la santé sexuelle (Kersaudy-Rahib, Lydié, Clément & Lamboy, 2013) et la prévention des addictions (Du Roscoät, Clément & Lamboy, 2013 ; Guillemont, Clément & Lamboy, 2013 ; Wilquin, Clément & Lamboy, 2013). En adéquation avec les données de littérature sur les déterminants de ces problèmes de santé, les programmes CPS agissent sur un certain nombre de facteurs intermédiaires : diminution du niveau d'anxiété et de dépression des parents, diminution des pratiques parentales problématiques (*e.g.* discipline coercitive, relations conflictuelles), augmentation du niveau d'estime de soi des parents et du sentiment d'efficacité parentale, amélioration des relations parent-enfant et des résultats scolaires (Barlow, Smailagic & JonesBarry, 2010 ; Sanders & Wooley, 2005 ; Kaminski & Valle, 2008).

1.3 Les interventions CPS fondées sur les données probantes

Les termes d'intervention fondée sur les données probantes peuvent renvoyer à deux réalités distinctes. Cette double définition de l'« *Evidence-Based...* » est souvent source de confusion dans le champ de la prévention. En premier lieu, la notion de prévention fondée sur les données probantes (*Evidence-Based Prevention*) fait référence au paradigme d'intervention apparu en médecine dans les années 1990 sous le nom d'« *Evidence-Based Medicine* » (EBM). Cette démarche vise à mettre à disposition du plus grand nombre, les interventions les plus efficaces possible en intégrant les meilleures données / preuves scientifiques à l'expertise (clinique) professionnelle et aux choix des patients. Ainsi, la pratique fondée sur les données probantes est souvent représentée schématique par trois cercles qui s'entrecoupent (schéma annexe 3). L'approche *Evidence-Based* se situe à l'intersection de ces trois cercles, nécessitant ainsi la prise en compte et l'intégration de ces trois sources de connaissances et d'expériences : (a) l'expérience de la personne et ses choix, (b) l'expérience et l'expertise du professionnel, (c) les connaissances scientifiques. Ainsi, contrairement à la lecture restrictive qui en est souvent faite, les meilleures connaissances scientifiques disponibles ne représentent qu'une des trois dimensions nécessaires à une pratique fondée sur les données probantes.

2. Collaborative for Academic, Social, and Emotional Learning : http ://www.casel.org/about.

Cette notion est ainsi à distinguer de celle, plus restreinte, d'« *evidence-based program* ». Dans ce cas de figure, le terme d'« *evidence* » est utilisé dans son sens littéral de « preuve » empirique ou scientifique. Ainsi, les « *evidenced-based programs* » font référence aux interventions dont l'efficacité a été prouvée scientifiquement. Les termes d'« *evidence-based program* » sont ainsi généralement traduits pas ceux d'intervention / programme validé ou efficace. Ainsi, au niveau des pratiques professionnelles, il est possible de distinguer trois approches pour développer les CPS : les programmes CPS validés (*evidence based program*), les interventions fondées (paradigme de l'*Evidence-based Prevention*, ou de l'*Evidence [Mental] Health Promotion*) et les interventions non fondées scientifiquement.

Dans un premier cas (*Social Emotional evidence based Program* [SEP] tel que le *Strengthening Families Program* [SFP]), les professionnels ont recours à un programme CPS validé « clé en main ». Ils doivent alors se conformer strictement au contenu et au format du programme CPS validé et respecter ses conditions d'utilisation. Ils devront ainsi se former à l'intervention, accéder et traduire, si nécessaire, les supports, et enfin, implanter le programme selon les modalités définies par le concepteur.

Dans un second cas (*Evidence Based Prevention*, ou *Evidence Based [Mental] Health Promotion* tels que les outils *CPS-Enfant Mindful* et *CPS-Parent Mindful*), les professionnels construisent une nouvelle intervention en s'appuyant sur les trois sources de connaissances mentionnées dans le paradigme des données probantes, c'est-à-dire les connaissances scientifiques, l'expertise des professionnels et l'expérience des personnes ciblées. Les professionnels auront aussi besoin d'accéder aux programmes CPS validés et éventuellement de se former à ces interventions. Ils devront ensuite construire de nouveaux supports d'intervention à partir de ces programmes validés, des connaissances scientifiques sur les interventions CPS, des outils et pratiques locales existantes et des besoins et préférences du public. S'agissant d'une nouvelle intervention, il sera important de la tester à petite échelle (auprès de la population et des professionnels) avant de l'implanter à grande échelle. Une évaluation de résultat serait aussi particulièrement utile afin de documenter l'efficacité de cette nouvelle intervention CPS fondée sur les données probantes.

2 Avoir un enfant autiste, et alors ? Stigmatisation et ajustement des aidants dans les troubles du spectre de l'autisme

Les proches de personnes présentant un handicap peuvent, au même titre que les personnes elles-mêmes, faire l'objet de stigmatisation (Ali, Hassiotis, Strydom & King, 2012). Dans ce cas on parle de stigmatisation par association ou de courtoisie (*ibid*). Cette dernière peut avoir de nombreuses conséquences délétères pour la personne par exemple une augmentation du stress, un sentiment de fardeau élevé et plus généralement le développement d'émotions négatives vis-à-vis de soi-même (Mak & Cheung, 2008).

De plus, il arrive que les personnes qui font l'objet de stigmatisation adhèrent et même reprennent à leur compte les stéréotypes à leur égard : on parle alors de stigmatisa-

tion internalisée. Corrigan, Watson et Barr (2006) considèrent que la stigmatisation internalisée conduit à la diminution de l'estime de soi *via* trois étapes successives : (a) connaître le stéréotype ; (b) être en accord avec le stéréotype ; (c) valider le stéréotype pour soi-même (*self-concurrence*).

Mak et Kwok (2010) notent que les parents d'enfants avec un TSA font l'objet de stigmatisation du fait des « bizarreries comportementales » souvent présentées par leur enfant. Toutefois, cette stigmatisation affiliative a été très peu étudiée dans cette population spécifique alors qu'une meilleure compréhension de ce phénomène présente de nombreux enjeux notamment d'un point de vue clinique. En effet il est aujourd'hui bien établi que les parents d'enfant TSA constituent une population particulièrement à risque de développer des troubles somatiques et psychologiques en lien avec les difficultés auxquelles ils doivent faire face (Dardas & Ahmad, 2014 ; Hastings *et al.*, 2005 ; McStay, Trembath & Dissanayake, 2014). De plus, ils rapportent en moyenne un faible sentiment de satisfaction et d'auto-efficacité parentale, ainsi qu'un faible investissement éducatif (Falk, Norris & Quinn, 2014 ; Giallo, Wood, Jellett & Porter, 2013). Ces altérations sont importantes à considérer, car elles sont associées de manière significative au stress et aux symptômes dépressifs chez les deux parents et à la fatigue physique chez les mères (*ibid*).

Compte tenu du lien connu entre stigmatisation internalisée, estime de soi et auto-efficacité perçue (Corrigan, Watson & Barr, 2006 ; Watson, Corrigan, Larson & Sells, 2007) étudier la stigmatisation internalisée comme un potentiel facteur de risque de l'ajustement parental dans le cas des TSA semble constituer une piste de recherche intéressante pouvant favoriser la réflexion sur le contenu des dispositifs d'accompagnement proposés.

Par conséquent, l'objectif de cette étude est d'évaluer l'existence d'un lien entre stigmatisation internalisée, estime de soi et sentiment d'auto-efficacité parentale chez des pères et des mères d'enfant ayant un TSA. Au regard de la littérature nous faisons l'hypothèse d'une association négative entre les scores de stigmatisation internalisée et d'estime de soi (H1) et d'une association négative entre les scores de stigmatisation internalisée et d'auto efficacité parentale (H2).

2.1 Méthode et participants

L'échantillon est composé de 48 parents (38 mères et 10 pères) d'enfant présentant un trouble du spectre de l'autisme (TSA). Le diagnostic de TSA correspond aux critères du DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) et a été confirmé par un médecin psychiatre. Les enfants sont âgés de 13,35 ans (ET = 7,85) et ont reçu un diagnostic en moyenne à l'âge de 6 ans et demi. Alors que 83,3 % des parents travaillaient à temps plein avant le diagnostic, seulement 29,2 % occupent un emploi à 100 % lors de leur participation à l'étude.

Les parents ont été invités à participer à l'étude *via* un questionnaire en ligne proposé sur la plateforme LimeSurvey (LimeSurvey Project Team & Schmitz, 2012) et diffusé par le biais d'associations de parents de la région Nouvelle-Aquitaine. Pour accéder aux questionnaires, ils ont dû valider un formulaire de consentement de manière électronique. Toutes les données recueillies étaient anonymes. Des données sociodé-

mographiques ainsi que les réponses des parents aux trois questionnaires suivants ont été recueillies. L'échelle d'« Estime de Soi » de Rosenberg (Rosenberg, 1965) est composée de 10 *items*, plus le score total est élevé, plus l'estime de soi est bonne (score maximum : 40). Cet outil bénéficie de bonnes qualités psychométriques au sein de notre échantillon avec un alpha de Cronbach à 0.75.

Le *Questionnaire d'auto-évaluation des compétences éducatives parentales* (QAECEP, Terrisse & Trudelle, 1988) est composé de 17 *items* et évalue le sentiment de compétence du parent en deux grandes catégories à savoir : le sentiment d'efficacité et le sentiment de satisfaction. Le score global (sentiment de compétence) s'échelonne de 16 à 96, de 7 à 42 pour l'échelle d'auto-efficacité et de 9 à 54 pour l'échelle de satisfaction. Des scores élevés témoignent d'une auto-évaluation positive. Les alphas de Cronbach sont satisfaisants avec 0,76 pour le score global, et respectivement de 0,76 et à 0,79 pour les facteurs efficacité et satisfaction (Terrisse & Trudelle, 1988).

L'Internalized Stigma of Mental Illness (ISMI, Boyd, Otilingam, & Deforge, 2014) a été adaptée pour cette étude afin d'évaluer la stigmatisation internalisée par des parents d'enfants avec un TSA. Dans la version initiale cet outil est composé de 29 *items* répartis en cinq dimensions : l'aliénation, l'approbation des stéréotypes, l'expérience de discrimination, le retrait social et, la résistance à la stigmatisation. L'échelle adaptée aux parents d'enfant avec un TSA est composée de 40 *items* avec un alpha de Cronbach satisfaisant égal à 0,73. Le score global s'échelonne de 0 à 4, plus le score est élevé plus le niveau de stigmatisation internalisée est important.

L'ensemble des analyses a été réalisé *via* le logiciel SPSS version 20 (IBM Corp., 2011). La normalité des distributions a été vérifiée pour l'ensemble des variables. Des corrélations de Pearson ont été effectuées pour évaluer les potentielles associations entre les différents scores, excepté pour la sous-échelle « Expérience de discrimination » (KS=1.4, p=*.032*) où un test non paramétrique a été appliqué (ρ de Spearman).

2.2 Résultats

Les résultats obtenus au sein de notre échantillon indiquent un score moyen de 27,77 (ET=5,12). Un score total compris entre 25 et 31 correspond à une estime de soi faible selon les normes de l'échelle (Rosenberg, 1965). Le score total obtenu à l'échelle de compétence éducative parentale est égal à 67,44 (ET=8,25). Le score moyen d'auto-efficacité est de 27,50 (ET=5,47) ce qui correspond à un sentiment d'auto-efficacité parentale moyen selon les normes de l'échelle (Terrisse & Trudelle, 1988). Le score moyen de satisfaction s'élève quant à lui à 39,94 (ET=5,32) ce qui correspond à un sentiment de satisfaction parentale élevé selon les normes de l'échelle (Terrisse & Trudelle, 1988). Le score de stigmatisation internalisée est quant à lui égal à 2,26 (ET=0,24). D'un point de vue descriptif les *items* les plus échoués (score >3) sont ceux relatifs aux domaines suivants : vie non épanouissante, absence de contribution à la société, incompréhension des autres, honte et sentiment d'infériorité.

Il existe une corrélation négative significative entre le score total d'estime de soi et le score total de stigmatisation internalisée (r=-.359 ; p=*0.012)*, H1 est donc vérifiée. À l'inverse il n'y a pas d'association significative entre le score total de stigmatisation internalisée et le score de compétence éducative parentale. Cette absence d'effet se re-

trouve entre le score total de stigmatisation internalisée et les scores d'auto-efficacité et de satisfaction parentales. H2 est donc non vérifiée. Toutefois si l'on s'intéresse aux sous-échelles de l'ISMI il existe une corrélation négative et significative entre le score d'expériences de discrimination et les scores obtenus à l'échelle QAECEP (Compétence éducative : ρ=-.566 ; p<.001 ; Satisfaction : ρ=-.438 ; p=.002 ; Auto-efficacité : ρ=-.429 ; p=.002). De plus, on retrouve une association positive et significative entre le score à la sous-échelle de l'ISMI « résistance à la stigmatisation » et le score obtenu à l'échelle d'auto-efficacité parentale (r=.325 ; p=.024).

2.3 Conclusion

L'objectif de cette étude était d'investiguer les liens entre la stigmatisation internalisée, l'estime de soi et le sentiment d'auto-efficacité parentale chez des pères et des mères d'enfant ayant un trouble du spectre de l'autisme. Tout d'abord, nos résultats mettent en évidence, en accord avec la littérature, une estime de soi altérée et un sentiment d'auto-efficacité modéré chez les parents d'enfant avec un TSA (Falk, Norris & Quinn, 2014 ; Giallo,Wood, Jellett & Porter, 2013). De même, nous retrouvons un lien entre le niveau de stigmatisation internalisée et l'estime de soi, comme déjà souligné par Corrigan, Watson et Barr (2006) chez des personnes atteintes de maladies mentales. Bien que non directement touchés par le handicap, plus les parents d'enfants avec un TSA s'auto-stigmatisent plus leur estime de soi est diminuée. Ce lien n'est pas retrouvé dans notre étude avec le sentiment de compétence et d'auto-efficacité comme mis en évidence précédemment dans d'autres populations (Corrigan, Watson & Barr, 2006 ; Watson, Corrigan, Larson & Sells, 2007).

Chez les parents d'enfants avec un TSA il semblerait que les expériences de discrimination jouent un rôle important dans la mesure où plus elles sont importantes plus le sentiment d'auto-efficacité est altéré de manière significative. Les expériences de discrimination renvoient à une perte de statut au sein de la société et plus globalement au fait de se sentir exclus par les autres peu importe le domaine concerné. Ces expériences de discrimination ont déjà été mises en évidence chez les parents d'enfants avec un TSA dans le domaine conjugal et affectif (Hartley *et al.*, 2010), dans le domaine professionnel (Dunn, Burbine, Bowers & Tantleff-Dunn, 2001) ainsi que dans les sphères familiale et sociale (Bobet & Boucher, 2005). Mais les données de la présente étude vont plus loin en montrant un lien entre ces expériences de discrimination et l'auto-stigmatisation affiliative des parents d'enfants avec TSA.

Dans notre étude, ce sont les parents qui présentent une meilleure résistance à la stigmatisation qui se sentent les plus efficaces auprès de leur enfant. Cet élément est particulièrement important à prendre en compte dans le contenu des dispositifs d'accompagnement proposés aux parents d'enfants avec un TSA. La thématique de la stigmatisation et du regard des autres est au cœur d'une séance du programme d'éducation thérapeutique ETAP (« Éducation thérapeutique autisme et parentalité ») (Derguy, 2014). Les compétences d'adaptation psychosociales visées par ce programme, et spécifiquement celles en lien avec la stigmatisation, sont par exemple de permettre au parent d'exprimer ses représentations concernant le trouble de son enfant et plus généralement des TSA, de verbaliser ses émotions liées au regard des autres sur soi et sur son enfant, d'identifier des ressources pour faire face au regard

des autres ou encore de communiquer sur le trouble de son enfant avec son entourage (famille, amis, collègues). Ce programme global a déjà montré son efficacité au cours d'une étude pilote sur la qualité de vie et la symptomatologie dépressive de parents d'enfant ayant un TSA (Derguy, Poumeyreau, Pingault & M'Bailara, sous presse). Toutefois ce dispositif est pour le moment uniquement destiné à des parents d'enfant récemment confrontés au diagnostic. De futures études permettant de prolonger cette initiative auprès de parents d'adolescent et/ou d'adulte sont encore nécessaires.

3 Étude qualitative des dimensions du stigma lié aux troubles de la santé mentale

L'un des principaux obstacles au diagnostic précoce, à l'accès aux soins et à la réhabilitation des individus affectés par des troubles psychiques semble être la stigmatisation et l'exclusion sociale qui les touchent. De fait, les troubles mentaux et leurs porteurs sont souvent associés à des caractéristiques ou des phénomènes tels que la dangerosité, la violence ou l'incompétence (Roelandt, Caria, Defromont, Vaundeborre & Daumerie, 2010). Ces représentations se traduisent par des comportements d'exclusion, qui in fine posent des freins à l'accès aux soins (Ten Have *et al.*, 2010), mais aussi plus largement à l'autonomie à travers l'accès à l'emploi (Cohidon, 2007) ou au logement (Garcia-Gonzalez de Ara & Bonsack, 2015). La stigmatisation et la discrimination n'ont pas besoin d'être vécues concrètement pour avoir des effets négatifs : il suffit qu'elles soient anticipées pour entraîner un besoin de cacher son état de santé, un sentiment d'être rejeté ou un retrait social (Daumerie, Vasseur-Bacle, Giordana, Roelandt & Bourdais-Mannone, 2012). Il apparaît donc clairement que les individus porteurs de troubles de la santé mentale sont la cible de discriminations qui impactent leurs chances de réhabilitation et d'insertion sociale (Corrigan *et al.*, 2002).

Dans ce contexte, la lutte contre la stigmatisation des troubles mentaux est devenue un enjeu majeur de santé publique. Par exemple, en France, le Plan Psychiatrie et Santé Mentale (PPSM) 2011-2015 fixe des objectifs clairs en matière de déstigmatisation : (a) améliorer la culture générale sur la santé mentale et les soins en psychiatrie, (b) lutter contre les préjugés véhiculés sur et par la psychiatrie, et (c) lutter contre les discriminations et l'exclusion des personnes atteintes de troubles psychiques (ministère chargé de la Santé, 2012).

De fait, le stigma lié à la santé mentale se caractérise par plusieurs dimensions : (1) la connaissance et les croyances concernant la santé mentale (*mental health literacy*, dimension cognitive), (2) les attitudes (dimension affective), et (3) les réactions et les comportements adoptés face à une personne en souffrance psychique (dimension comportementale).

La dimension cognitive présente plusieurs composantes : (1) la connaissance des modes de prévention d'une maladie mentale, (2) la capacité de reconnaître quand une maladie mentale est en train de se développer, (3) la connaissance des traitements possibles, (4) la capacité d'aider ou de soutenir les personnes qui se trouvent dans une situation de souffrance psychique (Jorm *et al.*, 1997). Au niveau attitudinal, trois éléments principaux caractérisent la perception que les individus ont des personnes porteuses de maladie mentale : (1) croire que les personnes malades dépendent des

autres (Angermeyer & Matschinger, 2003a ; Matschinger & Angermeyer, 2003), ce qui amène à ressentir de la pitié, et (2) croire qu'elles sont dangereuses (Angermeyer & Matschinger, 1996 ; Link, Phelan, Bresnahan, Stueve & Pescosolido, 1999 ; Matschinger & Angermeyer, 2003), ou (3) imprévisibles (Angermeyer & Matschinger, 1996 ; Matschinger & Angermeyer, 2003), ce qui amène à ressentir de la peur. Au niveau comportemental, les différentes réactions face à la maladie mentale peuvent être catégorisées en réactions pro-sociales (*e.g.* les comportements d'aide et soutien) ou en réactions de distance, physique ou psychologique (Angermeyer & Matschinger, 2003b, 2004). Un lien très fort semble exister entre ces trois dimensions du stigma : le type de réaction activée semble ainsi être directement déterminé par la dimension attitudinale du stigma, qui est quant à elle fortement influencée par le niveau de connaissance et les représentations qu'ont les individus des troubles psychiques. Par exemple, une personne qui n'est pas considérée comme responsable de sa maladie déclenche un sentiment de pitié et une motivation à l'aider, alors qu'une personne qui est perçue comme responsable de sa pathologie déclenche un sentiment de colère et une motivation à ne pas l'aider (Corrigan, 2000). La perception de danger déclenche un sentiment de peur et un comportement de mise à distance de l'individu porteur de troubles mentaux (Corrigan *et al.*, 2002).

L'objectif de cette étude est donc double : (1) explorer sur la base d'une démarche compréhensive la façon dont les trois dimensions cognitive, attitudinale et comportementale du stigma attaché aux troubles de la santé mentale se retrouvent et s'articulent dans les discours spontanés des acteurs potentiels de discrimination, et (2) observer et analyser ce qui pourrait différencier le discours du grand public et celui des professionnels de santé.

3.1 Méthode

Cette étude se fonde sur un recueil de données par *focus groups* (Kalampalikis, 2004). Les participants (N=33), 12 hommes et 21 femmes, entre 19 et 67 ans (M=35,71 ; ET=13,87) provenaient soit du cadre des professionnels et futurs professionnels de la santé (N=16 ; pour un total de 4 *focus groups*) soit du grand public (N=17 ; pour un total de 4 *focus groups*). Chaque *focus groups* s'organisait autour d'un extrait de film d'environ 3 minutes mettant en scène un individu atteint d'un Trouble Obsessionnel Compulsif se retrouvant en situation d'interaction sociale. Ce support visait à déclencher la discussion entre participants sur les réactions des individus envers une personne qui manifeste d'une souffrance psychique. Avec l'accord des participants, les discussions étaient enregistrées.

3.2 Résultats

Les *verbatims* recueillis ont été analysés en deux temps. Tout d'abord, une analyse du discours a été menée, à l'aide du logiciel d'analyse textuelle Iramuteq [3]. Les données obtenues ont été aussi étudiées en fonction des populations ciblées (professionnels de

3. Iramuteq est un logiciel d'analyse des données textuelles, se basant sur la méthode de classification descendante hiérarchique sur un tableau croisant les formes pleines et des segments de texte. Des classes de sens sont extraites, constituées par les mots et les phrases les plus significatifs, et représentant les idées et les thèmes dominants du corpus.

la santé vs grand public). Ensuite, une analyse des contenus a été menée, afin d'isoler et d'analyser chaque élément évoqué ayant trait aux dimensions du stigma.

L'analyse du corpus a permis de mettre en évidence quatre univers différents de discours autour de la maladie mentale. La première classe (8 % du corpus) est fortement associée au discours porté par les participants du grand public ($p<0{,}001$). Elle concerne les croyances relatives à la maladie mentale, en lien avec plusieurs stéréotypes négatifs et le degré de connaissance des individus. Cette dimension est clairement dépendante de l'expérience des individus. La connaissance serait ainsi caractéristique des professionnels de la santé, alors que la méconnaissance serait plus typique du grand public. Le pôle de la méconnaissance apparaît en particulier attaché à la peur de la maladie mentale. La dimension attitudinale du stigma prend ici clairement une valence négative, justifiée par la dangerosité et l'imprévisibilité supposées des porteurs de troubles de la santé mentale. La maladie mentale est alors associée à des comportements hors-norme qui, selon les participants du grand public, peuvent être justifiés par la maladie, alors que les professionnels de la santé affirment plutôt que la maladie ne devrait pas justifier des comportements agressifs ou déviants. La discussion porte aussi sur les croyances concernant la curabilité des troubles psychiques. Si parmi les participants du grand public, quelques évocations concernant la curabilité de la maladie mentale sont proposées, la réhabilitation est dans le discours des professionnels de la santé associée plus à la possibilité de réintégration qu'à la possibilité de guérison. La question des déterminants de la maladie est aussi abordée. Les conditions de vie stressantes et les problèmes sociaux ou sociétaux sont alors considérés comme des facteurs déterminants par les professionnels de la santé, alors que les causes de la maladie sont plus considérées par le grand public comme liées à des problèmes vécus pendant l'enfance, ou à des causes génétiques.

La deuxième classe (47,2 % du corpus) se réfère aux différentes réactions qui peuvent être mises en place envers les personnes porteuses de troubles psychiques, de la compréhension et l'acceptation au déni et au rejet, selon le contexte et la situation dans laquelle les individus se trouvent. Les différents types de comportements évoqués se situent sur un continuum entre distance et proximité, les classes de comportements variant selon différents éléments identifiés par les deux populations : (1) le degré de compétence et de connaissance, (2) le cadre professionnel ou public, et enfin (3) le contexte dans lequel se trouve l'individu, seul ou en groupe. La mise à distance est évoquée en termes tant physiques et spatiaux que psychologiques, notamment à travers le recours au rire. Une telle distance est clairement décrite comme la résultante d'une représentation négative dépendant de l'amalgame que les personnes non informées feraient entre les différentes maladies. Les comportements d'interaction et d'aide sont plutôt associés à la possibilité de cadrer les personnes porteuses de troubles, et notamment par le fait de poser des limites surtout comportementales.

La troisième classe (19,7 % du corpus) regroupe les termes utilisés pour discuter du cadre et de la posture thérapeutique. Elle est représentative surtout du discours porté par les professionnels de la santé ($p < 0{,}001$). La possibilité de poser des limites à une personne porteuse de troubles psychiques – la cadrer – est très fortement associée au travail thérapeutique. Cette capacité à cadrer une personne qui adopte des comporte-

ments manifestes d'une maladie mentale est alors associée à un seuil de tolérance qui est décrit comme étant plus élevé pour les professionnels que pour le grand public.

Enfin, la quatrième classe (25,1 % du corpus) concerne le discours relatif au contexte social (famille, école, associations) et à la manière dont ce contexte peut faciliter l'intégration et la déstigmatisation des individus porteurs de troubles psychiques. Elle est aussi liée significativement au discours des professionnels de la santé ($p<0{,}05$). Intégrer est perçu en particulier comme étant une des missions fondamentales de l'école. L'éducation étant perçue comme l'une des sources principales de transmission des stéréotypes, l'institution scolaire est considérée comme un lieu particulièrement pertinent pour l'intégration et l'accueil des personnes porteuses de troubles. L'éducation serait un vecteur efficace de sensibilisation de la population, permettrait de modifier les représentations de la santé mentale et de prévenir ainsi la stigmatisation des personnes porteuses de troubles.

3.3 Discussion

Les résultats de cette étude sont globalement en continuité avec les travaux menés jusqu'à lors : que cela concerne la connaissance, les attitudes ou le comportement, ces dimensions du stigma émergent toutes, à des degrés divers dans les discours des deux populations investiguées. Plus précisément, il apparaît que les deux dimensions de connaissances et d'attitudes sont très fortement liées à celle du comportement dans les argumentaires des participants. D'une part, les dimensions cognitive et attitudinale sont largement associées dans une relation de dépendance (Cognition → Attitude), et d'autre part la plupart du temps utilisées en tant que justifications apportées aux différents comportements (Cognition + Attitude → Comportement), ce qui n'est pas soulevé dans la plupart des recherches d'ordre quantitatif s'intéressant au stigma de la maladie mentale. Dans cet ordre d'idée, la distance sociale apparaît dans les discours des participants du grand public comme une réponse à une émotion de peur déclenchée par une perception de dangerosité et d'imprévisibilité de la personne porteuse de pathologie mentale. Ce pattern correspond à l'un des modèles réactionnels développé par Weiner (1995), puis Corrigan (Corrigan, 2000 ; Corrigan *et al.*, 2002). Les questions de ou de la curabilité des troubles psychiques sont aussi souvent discutées. Néanmoins, contrairement à ce que postule Corrigan *et al.* (2002), cette différence de perception des causes des troubles psychiques n'entraîne pas nécessairement une différence d'attitude ou de comportement. Par exemple, une plus grande perception d'irresponsabilité chez le grand public n'amène pas dans les discours à ressentir plus de pitié ou à produire plus de comportements d'aide. Des points de convergence et de divergence apparaissent entre les discours des professionnels de la santé et du grand public. En particulier, si dans les deux populations, les participants déclarent un malaise, puis une mise à distance, lorsqu'ils sont confrontés à la maladie mentale dans l'espace public, chez les professionnels de la santé, dans un contexte professionnel, un discours se développe au tour d'une mise à distance « positive » permettant un encadrement de la personne porteuse d'une pathologie mentale et potentiellement son intégration sociale. Néanmoins, qu'elle soit perçue comme réactionnelle ou contrôlée, le fruit d'une connaissance ou d'une méconnaissance, positive ou négative, la réaction est *in fine* la même dans les deux populations, quelques soient les contextes : la mise

à distance protectrice. Ce résultat converge avec ceux d'études précédemment menées auprès de professionnels de la santé (Van Boekel, Browers, Van Weeghel & Garretsen, 2013). Enfin, l'école est une organisation qui est particulièrement perçue comme pouvant permettre la déstigmatisation des porteurs de troubles psychiques. Pour terminer, les discours recueillis dans cette étude montrent l'importance du phénomène du stigma associé aux troubles de la santé mentale, dans le grand public, mais aussi chez les professionnels de la santé. Sans pour autant les considérer comme légitime, les participants soulignent à quel point il est difficile de se détacher de croyances ou de perceptions stigmatisantes.

Conclusion générale

Ce chapitre a tenté de présenter, sans pour autant revendiquer une exhaustivité, certaines pratiques de promotion de la santé mentale pouvant être développées par des psychologues de la santé. De fait, qu'il s'agisse de prévention primaire (*e.g.* en favorisant le développement de ressources de protection), secondaire (*e.g.* en levant des obstacles au dépistage ou à la prise en charge précoce), ou tertiaire (*e.g.* en aidant à l'accompagnement des porteurs de troubles psychiques), les activités potentielles dans ce secteur sont d'une grande pluralité. Se situant le plus souvent en dehors de pratiques psychothérapeutiques, ces activités se fondent sur des apports issus de différents champs sous-disciplinaires : psychologie sociale, psychologie de l'éducation et de la formation, psychologie du développement, psychologie cognitive, psychologie communautaire, etc. et bien sûr psychologie de la santé. Les populations concernées par ces pratiques sont elles aussi très diverses : des personnes non directement ou indirectement concernées par des troubles psychiques, qu'elles soient issues de populations enfantines, adolescentes, adultes ou âgées ; des individus touchés par ces troubles ; leurs proches ; les professionnels de la santé ou de l'éducation ; etc. Il apparaît donc clairement que la psychologie de la santé pourrait jouer un rôle non négligeable dans le développement futur de la promotion de la santé mentale. En particulier, elle pourrait contribuer à répondre à plusieurs besoins clairement identifier de ce secteur : la fondation des pratiques sur des bases théoriques et des données empiriques probantes, l'évaluation des interventions ; l'identification et la transférabilité des pratiques efficientes.

Références

Ali, A., Hassiotis, A., Strydom, A., & King, M. (2012). Self stigma in people with intellectual disabilities and courtesy stigma in family carers : a systematic review. *Research in Developmental Disabilities*, *33*(6), 2122-2140.

Allonier, C., Dournon, P. & Rochereau, T. (2010). *Enquête sur la santé et la protection sociale 2008*. IRDES, Rapport n° 548. Disponible à l'adresse suivante (consulté le 22/10/2017) : http ://www.irdes.fr/Publications/Rapports2010/rap1800.pdf.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed)*. Washington, DC.

Angermeyer, M. C. & Matschinger, H. (1996). The effect of violent attacks by schizophrenic persons on the attitude of the public towards the mentally ill. *Social Sciences & Medecine*, *43*, 1721-1728.

Angermeyer, M. C., Matschinger, H. (2003a). Public beliefs about schizophrenia and depression : similarities and differences. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 38*, 526-534.

Angermeyer, M. C., Beck, M., Matschinger, H. (2003b). Determinants of the public's preference for social distance from people with schizophrenia. *Canadian Journal of Psychiatry, 48*, 663-668.

Angermeyer, M. C., Matschinger, H. (2004). The stereotype of schizophrenia and its impact on the discrimination of people with schizophrenia : results from a representative survey in Germany. *Schizophrenia Bulletin, 30*, 1049-1061.

Barlow, J., Smailagic, N., Ferriter, M., Bennett, C. & Jones, H. (2010). Group-based parent-training programmes for improving emotional and behavioural adjustment in children from birth to three years old. *Cochrane Database Syst Rev*, 3 : CD003680.

Bobet, R., & Boucher, N. (2005). Qualité de vie des parents d'enfants autistes bénéficiant d'un accompagnement scolaire et à domicile spécialisé. *Approche Neuropsychologique Des Apprentissages Chez L'enfant*, *83-84*, 169-170.

Boyd, J. E., Otilingam, P. G., & Deforge, B. R. (2014). Brief version of the Internalized Stigma of Mental Illness (ISMI) scale : psychometric properties and relationship to depression, self esteem, recovery orientation, empowerment, and perceived devaluation and discrimination. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, *37*(1), 17-23. https ://doi.org/10.1037/prj0000035.

Chan Chee, C., Gourier-Fréry, C., Guignard, R., & Beck, F. (2011). État des lieux de la surveillance de la santé mentale en France. *Santé publique*, *6*, 13-30.

Cohidon, C. (2007). *Prévalence des troubles de santé mentale et conséquences sur l'activité professionnelle en France dans l'enquête « Santé mentale en population générale : images et réalités »*. Collection « Santé Travail », IN*VS*. Disponible à l'adresse suivante (consulté le 26/10/2017) : http ://www.invs.sante.fr/publications/2007/prevalence_sante_mentale/prevalence_sante_mentale.pdf.

Cordier, A. (2013). *Un projet global pour la stratégie nationale de santé. 19 recommandations du comité des sages*. Rapport Cordier, Disponible à l'adresse suivante (consulté le 05/11/2017) : http ://www.fncs.org/sites/default/files/pdf/2014/RAPPORT_CORDIER_-_JUILLET_2013.pdf.

Corrigan, P. W. (2000). Mental health stigma as societal attribution : Implications for research methods and attitude change. *Clinical Psychology : Science and Practice, 7*, 48-67.

Corrigan, P. W., Rowan, D., Green, A., Lundin, R., River, P., Uphoff-Wasowski, K., & Kubiak, M. A. (2002). Challenging two mental illness stigmas : Personal responsibility and dangerousness. *Schizophrenia bulletin, 28(2)*, 293-309.

Corrigan, P. W., Watson, A. C., & Barr, L. (2006). The Self-Stigma of Mental Illness : Implications for Self-Esteem and Self-Efficacy. *Journal of Social and Clinical Psychology*, *25*(8), 875-884.

Dardas, L. A., & Ahmad, M. M. (2014). Psychosocial Correlates of Parenting a Child With Autistic Disorder. *The Journal of Nursing Research : JNR.* https ://doi.org/10.1097/jnr.0000000000000023.

Daumerie N., Vasseur-Bacle S., Giordana J. Y., Roelandt J. L., Bourdais-Mannone C. (2012). La discrimination vécue par les personnes ayant reçu un diagnostic de troubles schizophréniques. Premiers résultats français de l'étude INDIGO. *L'Encéphale*, 38, 224-231.

Derguy, C. (2014). *L'ajustement parental dans les Troubles du Spectre de l'Autisme. Étude des facteurs de protection et de vulnérabilité et développement d'un programme d'éducation thérapeutique*. Université de Bordeaux. Récupéré du site : http ://www.theses.fr/2014BORD0374.

Derguy, C., Poumeyreau, M., Pingault, S., & M'Bailara, K. (sous presse). Un programme d'éducation thérapeutique destiné à des parents d'enfant avec un TSA : étude pilote de l'efficacité du programme ETAP (Éducation Thérapeutique Autisme et Parentalité). *L'encéphale*.

Dumesnil, H. & Verger, P. (2009). Public awareness *campaigns* about depression and *suicide* : a review. *Psychiatric services*, *60(9)*, 1203-1213.

Dunn, M. E., Burbine, T., Bowers, C.A., & Tantleff-Dunn, S. (2001). Moderators of stress in parents of children with autism. *Community Mental Health Journal*, *37*(1), 39-52.

Du Roscoät, E., Clément, J. & Lamboy, B. (2013). Interventions validées ou prometteuses en prévention de la consommation de substances illicites chez les jeunes : synthèse de la littérature. *Santé publique, 1* (suppl.), 47-56.

Falissard B., Loze J.-Y. & Gasquet I. (2006). Prevalence of mental disorders in French prisons for men. *BMC Psychiatry, 6*, 33.

Falk, N. H., Norris, K., & Quinn, M. G. (2014). The factors predicting stress, anxiety and depression in the parents of children with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, *44*(12), 3185-3203. https ://doi.org/10.1007/s10803-014-2189-4.

Garcia-Gonzalez de Ara, C. & Bonsack, C. (2015). Stigmatisation et logement. *Swiss Archives of Neurology and Psychiatry*, *166 (1)*, 17-22.

Giallo, R., Wood, C. E., Jellett, R., & Porter, R. (2013). Fatigue, wellbeing and parental self-efficacy in mothers of children with an autism spectrum disorder. *Autism : The International Journal of Research and Practice*, *17*(4), 465-480.

Guillemont, J., Clément, J. & Lamboy, B. (2013). Interventions validées ou prometteuses en prévention de la consommation d'alcool chez les jeunes : synthèse de la littérature. *Santé publique, 1 (suppl.)*, 37-45.

Hartley, S. L., Barker, E. T., Seltzer, M. M., Floyd, F., Greenberg, J., Orsmond, G., & Bolt, D. (2010). The relative risk and timing of divorce in families of children with an autism spectrum disorder. *Journal of Family Psychology*, *24*(4), 449-457.

Hastings, R. P., Kovshoff, H., Ward, N. J., Degli Espinosa, F., Brown, T., & Remington, B. (2005). Systems analysis of stress and positive perceptions in mothers and fathers of pre-school children with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, *35*(5), 635-644.

IBM Corp. (2011). *IBM SPSS Statisitics for Windows, Version 20.0.*

Jorm, A. F., Korten, A. E., Jacomb, P. A., Christensen, H., Rodgers, B., & Pollitt, P. (1997). Mental health literacy. a survey of the public's ability to recognise mental disorders and their beliefs about the effectiveness of treatment. *Medical Journal of Australia, 166(4)*, 182-186.

Kalampalikis, N. (2004). Les focus groups, lieux d'ancrages. *Bulletin de Psychologie, 57(3)*, 281-289.

Kersaudy-Rahib, D., Lydié, N., Clément, J. & Lamboy, B. (2013). Interventions validées ou prometteuses en prévention des grossesses non prévues : synthèse de la littérature. *Santé publique, 1 (suppl.)*, 25-35.

Kohls, E., Coppens, E., Hug, J., Wittevrongel, E., Van Audenhove, C., Koburger, N., Arensman, E., Székely, A., Gusmao, R. & Hegerl, U. (2017). Public attitudes toward expression and help-seeking : Impact of the OSPI-Europe depression awareness campaign in four European regions. *Journal of affective disorders*, *217*, 252-259.

Lamboy, B. (2018). Implanter des interventions fondées sur les données probantes pour développer les compétences psychosociales des enfants et des parents. *Revue Devenir*, in press.

Lamboy, B., Clément, J., Saïas, T. & Guillemont, J. (2011). Interventions validées en prévention et promotion de la santé mentale auprès des jeunes : une revue systématique. *Santé publique, 33(6)*, 113-127.

Lamboy, B. & Guillemont, J. (2014). Développer les compétences psychosociales des enfants et des parents. Pourquoi et comment ? *Revue Devenir*, *26*, 307-325.

Lamboy, B. & Saïas, T. (2013). Réduire la stigmatisation des personnes souffrant de troubles psychiques par une campagne de communication ? Une synthèse de la littérature. *Annales médico-psychologiques, 171 (2)*, 77-82.

Laporte, A. & Chauvin, P. (2010). La santé mentale et les addictions chez les personnes sans logement personnel d'Île-de-France. Premiers résultats. Inserm. Disponible à l'adresse suivante (consulté le 22/10/2017) : https ://fr.slideshare.net/sismrennes/samenta.

Lepine, J. P., Gasquet, I., Kovess, V., Arbabzadeh-Bouchez, S., Negre-Pages, L., Nachbaur, G. & Gaudin, A. F. (2005). Prévalence et comorbidité des troubles psychiatriques dans la population générale française : résultats de l'étude épidémiologique ESMEeD/MHEDEA 2000. *L'Encephale, 31(2)*, 182-94.

Leucht, S. & Fountoulakis, K. (2006). Improvement of the physical health of people with mental illness. Medical comorbidity. *Current Opinion in Psychiatry*, 19 (4), 411-412.

LimeSurvey Project Team, & Schmitz, C. (2012). *LimeSurvey : An Open Source survey tool* (LimeSurvey Project Hamburg). Germany. Retrieved from http ://www.limesurvey.org.

Link, B.G., Struening, E.L., Rahav, M., Phelan, J.C., & Nuttbrock, L. (1997). On stigma and its consequences : evidence from a longitudinal study of men with dual diagnoses of mental illness and substance abuse. *Journal of Health and Social Behavior*, *38 (2)*, 177-190.

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.

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), 2045-2051.

Matschinger, M. C. & Angermeyer, H. (2003). The stigma of mental illness : effects of labelling on public attitudes towards people with mental disorder. *Acta Psychatrica Scandinavia*, 108 (4), 304-309.

McStay, R.L., Trembath, D., & Dissanayake, C. (2014). Stress and Family Quality of Life in Parents of Children with Autism Spectrum Disorder : Parent Gender and the Double ABCX Model. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. https ://doi.org/10.1007/s10803-014-2178-7.

Ministère chargé de la Santé (2012). *Plan Psychiatrie et Santé Mentale (PPSM) 2011-2015*. Disponible à l'adresse suivante (consulté le 26/05/2016) : http ://www.cnsa.fr/documentation/plan_psychiatrie_et_sante_mentale_2011-2015.pdf.

OECD/Eu. (2016). *Health at a glance : Europe 2016 – State of health in the EU cycle*. Paris : OECD Publishing.

Organisation mondiale de la santé (OMS) (1946). *Constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé*. OMS, Genève. Disponible à l'adresse suivante (consulté le 22/10/2017) : http ://www.who.int/governance/eb/who_constitution_fr.pdf.

Organisation mondiale de la santé (OMS) (1986). *Charte d'Ottawa*. Copenhague : OMS Europe.

Organisation mondiale de la santé (OMS) (1999). *Glossaire de la promotion de la santé*. Genève : OMS.

Organisation mondiale de la santé (OMS) (2001). *Atlas des ressources consacrées à la santé mentale dans le monde*. OMS, Genève. Disponible à l'adresse suivante (consulté le 26/05/2016) : http ://www.who.int/mental_health/media/en/256.pdf ?ua=1.

Organisation mondiale de la santé (OMS) (2013). *Plan d'action pour la santé mentale 2013-2020*. OMS, Genève. Disponible à l'adresse suivante (consulté le 26/05/2016) : http ://apps.who.int/iris/bitstream/10665/89969/1/9789242506020_fre.pdf ?ua=1.

Organisation mondiale de la santé (OMS) (2015). *Atlas 2014 de la Santé Mentale / Mental Health Atlas 2014*. OMS, Genève. Disponible à l'adresse suivante (consulté le 26/05/2016) : http ://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204409/1/9789241565011_fre.pdf ?ua=1.

Roelandt, J.L., Caria, A., Defromont, L., Vaundeborre, A., & Daumerie, N. (2010). Représentations sociales du « fou », du « malade mental » et du « dépressif » en population générale en France. *L'Encéphale, 36(3)*, 7-13.

Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ : Princeton University Press.

Sanders, M. & Wooley, M. (2005). The relationship between maternal self-efficacy and parenting practices : implications for parent training. *Child Care Health Dev, 31(1)*, 65-73.

Ten Have, M., de Graaf, R., Ormel, G., Vilagut, G., Kovess, V. *et al.* (2010). Are attitudes towards mental health help-seeking associated with service use ? Results from the European Study of Epidemiology of Mental Disorders. *Social Psychiatry Epidemiology, 45*, 153-163.

Terrisse, B., & Trudelle, D. (1988). *Questionnaire d'auto-évaluation de la compétence éducative parentale (Q.A.E.C.E.P), Adaptation et traduction du Parenting sense of Competence*. Université du Québec à Montréal.

Van Boekel, L.C., Browers, E.P.M., van Weeghel, J., Garretsen, H.F.L. (2013). Stigma among health professionals towards patients with substance use disorders and its consequences for healthcare delivery : Systematic review. *Drug and Alcohol Dependence, 131*, 23-35.

VandenBroucke, S. (2014). Health literacy : a critical concept for public health. *Archives of Public Health*, 72 (1), 10.

Wang, J., Adair, C., Fick, G., Lai, D., Evans, B., Perry, B.W., Addington, D. (2007). Depression literacy in Alberta : Findings from a general population sample. *Canadian Journal of Psychiatry / La revue canadienne de psychiatrie, 52*, 442-449.

Watson, A. C., Corrigan, P., Larson, J. E., & Sells, M. (2007). Self-Stigma in People With Mental Illness. *Schizophrenia Bulletin*, *33*(6), 1312-1318.

Weiner, B. (1995). *Judgements of Responsibility : A Foundation for a Theory of Social Conduct.* New York, NY : Guilford Press.

Wilquin, J-L, Clément, J. & Lamboy, B. (2013). Interventions validées ou prometteuses en prévention du tabagisme chez les jeunes : synthèse de la littérature. *Santé publique, 1 (suppl.)*, 65-74.

World Health Organisation (WHO) (1997). *Life skills education in school*. Genève : WHO.

WHO (2003). *Skills for health : Skills-based health education including life skills : An important component of a child-friendly/health-promoting school*. Genève : WHO.

WHO (2004). *Prevention of mental disorders. Effective interventions and policy options. Summary Report.* Genève : WHO.

WHO (2004). *Violence prevention the evidence. Preventing violence by developing life skills in children and adolescents.* Genève : WHO.

WHO (2005). *Promoting mental health : concepts, emerging evidence, practice.* Genève : WHO.