

SANTÉ PUBLIQUE

Mesurer la stigmatisation perçue chez les personnes souffrant de troubles psychiques : traduction française, validation et adaptation de la Stigma Scale

French translation, validation and adaptation of the Stigma Scale

S. Morandi^{a,*}, S. Gibellini Manetti^a, G. Zimmermann^b, J. Favrod^{a,c},
A. Chanachev^d, M. Monnat^a, C. Bonsack^a

^a Service de psychiatrie communautaire, département de psychiatrie, centre hospitalier universitaire vaudois, université de Lausanne, Lausanne, Suisse

^b LabDCI, université de Lausanne, institut de psychologie, Lausanne, Suisse

^c École la Source, Haute École Spécialisée de Suisse Occidentale, Lausanne, Suisse

^d Service de psychiatrie générale, département de psychiatrie, université de Lausanne, centre hospitalier universitaire vaudois, Lausanne, Suisse

Reçu le 21 septembre 2012 ; accepté le 30 janvier 2013

Disponible sur Internet le 30 juin 2013

MOTS CLÉS

Stigmatisation ;
Troubles psychiques ;
Psychométrie ;
Validation française ;
Échelle

Résumé L'objectif de l'étude présentée est d'adapter et de valider une version française de la Stigma Scale (King et al., 2007 [8]) auprès d'une population de personnes souffrant de troubles psychiques. Dans une première phase, la stabilité temporelle (fidélité test-retest), la cohérence interne et la validité convergente de l'instrument original à 28 items traduit en français ont été évaluées auprès d'un échantillon de 183 patients. Les résultats d'analyses factorielles confirmatoires ne nous ont pas permis de confirmer la structure originale de l'instrument. Nous avons donc proposé, sur la base des résultats d'une analyse factorielle exploratoire, une version courte de l'échelle de stigmatisation (neuf items) qui conserve la structure en trois facteurs du modèle original. Dans une deuxième phase, nous avons examiné les qualités psychométriques et validé cette version abrégée de l'échelle de stigmatisation auprès d'un second échantillon de 234 patients. Les indices d'ajustements de notre analyse factorielle confirmatoire confirment la structure en trois facteurs de la version abrégée de la Stigma Scale. Les résultats suggèrent que la version française abrégée de l'échelle de stigmatisation constitue un instrument utile, fiable et valide dans l'autoévaluation de la stigmatisation perçue par des personnes souffrant de troubles psychiques.

© L'Encéphale, Paris, 2013.

* Auteur correspondant. Service de psychiatrie communautaire, unité de psychiatrie mobile consultation de Chauderon, avenue d'Échallens 9, 1004 Lausanne, Suisse.

Adresse e-mail : stephane.morandi@chuv.ch (S. Morandi).

KEYWORDS

Stigma;
Mental disorders;
Psychometrics;
French validation;
Scale

Summary

Aim. – People suffering from mental illness are exposed to stigma. However, only few tools are available to assess stigmatization as perceived from the patient's perspective. The aim of this study is to adapt and validate a French version of the Stigma Scale (King et al., 2007 [8]). This self-report questionnaire has a three-factor structure: discrimination, disclosure and positive aspects of mental illness. Discrimination subscale refers to perceived negative reactions of others. Disclosure subscale refers mainly to managing disclosure to avoid discrimination and finally positive aspects subscale taps into how patients are becoming more accepting, more understanding toward their illness.

Method. – In the first step, internal consistency, convergent validity and test-retest reliability of the French adaptation of the 28-item scale were assessed in a sample of 183 patients. Results of confirmatory factor analyses (CFA) did not confirm the hypothesized structure. In the light of the failed attempts to validate the original version, an alternative 9-item short-form version of the Stigma Scale, maintaining the integrity of the original model, was developed based on results of exploratory factor analyses in the first sample and cross-validated in a new sample of 234 patients.

Results. – Results of CFA did not confirm that the data fitted well to the three-factor model of the 28-item Stigma Scale ($\chi^2/df = 2.02$, GFI = 0.77, AGFI = 0.73, RMSEA = 0.07, CFI = 0.77 and NNFI = 0.75). Cronbach's α was excellent for discrimination (0.84) and disclosure (0.83) subscales but poor for potential positive aspects (0.46). External validity was satisfactory. Overall Stigma Scale total score was negatively correlated with the score on Rosenberg's Self-Esteem Scale ($r = -0.49$), and each subscale was significantly correlated with a visual analogue scale that referred to the specific aspect of stigma ($0.43 \leq |r| \leq 0.60$). Intraclass correlation coefficients between 0.68 and 0.89 indicated good test-retest reliability. The results of the CFA demonstrated that the items chosen for the short version of the Stigma Scale have the expected fit properties ($\chi^2/df = 1.02$, GFI = 0.98, AGFI = 0.98, RMSEA = 0.01, CFI = 1.0 and NNFI = 1.0). Considering the small number (three) of items in each subscale of the short version of the Stigma Scale, α coefficients for discrimination (0.57), disclosure (0.80) and potential positive aspects subscales (0.62) are considered as good.

Conclusion. – Our results suggest that the 9-item French short version of the Stigma Scale is a useful, reliable and valid self-report questionnaire to assess perceived stigmatization in people suffering from mental illness. The time of completion is really short and questions are well understood and accepted by the patients.

© L'Encéphale, Paris, 2013.

Introduction

En 1963, Goffman [1] définissait la stigmatisation comme les réactions négatives d'un groupe ou d'une société envers un de ses membres qui présente une caractéristique le différenciant du reste des individus. La majorité des personnes souffrant d'un trouble psychique perçoivent une stigmatisation liée à leur état [2]. Une littérature abondante s'est intéressée à la stigmatisation de la maladie mentale selon le point de vue de la population générale [3]. En revanche, peu d'auteurs se sont penchés sur la stigmatisation telle qu'elle est vécue et perçue par le patient.

Les instruments permettant d'évaluer la stigmatisation perçue sont rares. À notre connaissance, il n'existe que peu d'échelles validées qui permettent de mesurer la stigmatisation perçue par le patient. Parmi elles, nous pouvons citer l'Internalized Stigma of Mental Illness (ISMI) développée par Ritsher et al. [4], une échelle de discrimination perçue proposée par Link et al. [5], et la Discrimination and Stigma Scale (DISC) élaborée dans le cadre du réseau International Study of Discrimination and Stigma Outcomes (INDIGO) par Thornicroft et al. [6,7]. En 2007, King et al. [8] ont développé la Stigma Scale, une échelle composée

de 28 items construits sur la base d'entretiens avec des usagers de services psychiatriques réalisés au cours d'une étude qualitative préliminaire [9]. Nous avons choisi de traduire et de valider cette échelle, car il s'agit d'un outil psychométrique d'autoévaluation dont le temps de passation est bref. Elle est donc aisément utilisable en clinique et en recherche. En outre, elle offre un certain équilibre entre les aspects positifs et négatifs liés à la stigmatisation perçue.

Objectifs de l'étude

Cette étude a été réalisée en deux phases. L'objectif de la première phase a été de traduire en français la Stigma Scale originale à 28 items et d'examiner ses qualités psychométriques dans la perspective de pouvoir mesurer la stigmatisation perçue chez des personnes souffrant de troubles psychiques et parlant le français. L'objectif de la seconde phase a été d'adapter cet outil et de proposer une version abrégée à neuf items possédant une structure psychométrique renforcée.

Méthode

Participants et procédure

Les participants à l'étude ont été recrutés au sein de plusieurs services du département de psychiatrie du centre hospitalier universitaire vaudois à Lausanne. Après avoir reçu une information sur la recherche, approuvée par le comité d'éthique de la faculté de médecine et biologie, les patients ont donné leur consentement éclairé par écrit. La confidentialité des données a été garantie. Un questionnaire recueillant les données sociodémographiques et cliniques ainsi que les échelles décrites plus loin ont été remplis par les participants. Afin d'obtenir la plus grande variété possible de sujets en termes de durée et de sévérité des troubles psychiatriques, de parcours de soins et d'évolution, toutes les personnes avec un diagnostic de trouble psychique et/ou d'abus/dépendance à une substance étaient éligibles. Les seuls critères d'exclusion concernaient la capacité à répondre de manière pertinente aux questionnaires (difficulté de compréhension du français ou sévérité extrême des troubles au moment de l'enquête).

Dans une première phase, nous avons testé la cohérence interne, la validité interne et externe et la fidélité test-retest de l'échelle originale à 28 items. Dans une seconde phase, afin de renforcer la structure psychométrique de l'échelle, nous avons procédé à la création d'une échelle en neuf items en choisissant les trois items présentant les meilleures saturations pour chaque sous-échelle lors de l'analyse exploratoire de la première phase. Nous avons ensuite évalué la cohérence et la validité interne de l'échelle.

Les caractéristiques démographiques des participants pour chacune des deux phases sont décrites dans le [Tableau 1](#).

Mesures

Dans la première phase, nous avons utilisé les instruments suivants : l'échelle de stigmatisation en 28 items, l'échelle d'estime de soi de Rosenberg [10], des échelles visuelles analogiques ayant trait aux différents aspects de la stigmatisation perçue, des questionnaires sociodémographiques.

Pour la seconde phase, seule l'échelle de stigmatisation en neuf items et les questionnaires sociodémographiques ont été utilisés.

Échelle de stigmatisation ou Stigma Scale [8]

L'échelle de stigmatisation a été développée pour mesurer la stigmatisation perçue par les personnes souffrant de troubles psychiatriques. Elle comporte 28 énoncés. Pour chaque item, le format de réponses est une échelle d'accord en quatre points de type Likert allant de 0 « tout à fait d'accord » à 4 « pas du tout d'accord ». La validation originale met en évidence une structure en trois facteurs. La première sous-échelle (13 items) concerne la « discrimination » (*discrimination*) et se réfère principalement aux réactions négatives auxquelles les patients ont pu être confrontés en raison de leur trouble mental. La

Tableau 1 Caractéristiques sociodémographiques des participants.

Caractéristiques sociodémographiques	Phase 1 (n = 183)	Phase 2 (n = 234)
Âge (ET)	42,43 (12,43)	40,02 (11,86)
Sexe (%)		
Homme	93 (50,8)	133 (56,8)
Femme	90 (49,2)	97 (41,5)
Sans information		4 (1,7)
Emploi (%)		
Salarié	42 (23,0)	35 (15,0)
Emploi protégé	41 (22,4)	40 (17,1)
Sans emploi	70 (38,3)	111 (47,4)
Étudiant	5 (2,7)	5 (2,1)
Au foyer	14 (7,7)	13 (5,6)
Retraité	4 (2,2)	2 (0,9)
Autre	5 (2,7)	23 (9,8)
Sans information	2 (1,0)	5 (2,1)
Conditions de vie (%)	90 (49,2)	
Seul	89 (48,6)	124 (53,0)
Avec la famille ou des proches	4 (2,2)	98 (41,9)
Sans information		12 (5,1)
Durée de la maladie (%)		
Moins d'1 an	31 (16,9)	29 (12,4)
Entre 1 et 5 ans	44 (24,0)	40 (17,1)
Entre 5 et 10 ans	31 (16,9)	37 (15,8)
Plus de 10 ans	73 (39,9)	107 (45,7)
Sans information	4 (2,2)	21 (9,0)

seconde sous-échelle (dix items) évalue la « divulgation » (*disclosure*), qui concerne la réticence des personnes à évoquer ouvertement leurs difficultés psychiques en raison de leurs craintes d'être discriminées. Enfin, la troisième sous-échelle (*positive aspects*), composée de cinq items explore les aspects potentiellement positifs de la maladie sur la vie du patient.

Le questionnaire a été traduit en français par deux professionnels de la santé (un médecin et une psychologue) de manière indépendante, les versions ont été comparées et ajustées pour correspondre au mieux au sens et à l'esprit de l'échelle originale. La version ainsi obtenue a été ensuite « rétrotraduite » en anglais à l'aveugle de la version source par un troisième professionnel de la santé de langue maternelle anglaise, puis comparée à l'originale. Afin de vérifier la compréhension de chaque énoncé, nous avons aussi soumis le questionnaire à l'avis d'experts et d'usagers. Enfin, nous avons soumis la version française ainsi obtenue à l'auteur de l'échelle originale qui a autorisé notre traduction.

Échelle d'estime de soi de Rosenberg

L'échelle d'estime de soi de Rosenberg se compose de dix items avec des réponses cotées sur une échelle de Likert en

cinq points allant de « j'approuve fortement » à « je désapprouve fortement ». La cohérence interne pour la version française de l'échelle d'estime de soi est excellente avec des α de Cronbach supérieurs à 0,80 [11].

Échelles visuelles analogiques (EVA)

En plus de données sociodémographiques, nous avons demandé aux participants de remplir trois échelles visuelles analogiques cotées de 0 « pas du tout » à 100 « tout à fait » : « Je me sens globalement victime de discrimination en raison de mes problèmes psychiques » pour l'aspect discrimination, « En général, je me sens libre de parler de manière ouverte de mes problèmes psychiques » pour celui de la divulgation et enfin « Mes problèmes psychiques ont eu certaines conséquences positives » pour celui des aspects potentiellement positifs.

Analyses statistiques

Nous avons étudié la cohérence interne de l'échelle au moyen du coefficient α de Cronbach. Une analyse factorielle avec rotation varimax a été réalisée afin d'étudier la structure de l'échelle. Pour l'analyse factorielle confirmatoire, les indices d'ajustements suivants ont été utilisés : le χ^2 normé (χ^2/df), les indices globaux d'adéquations (Global Fit Index [GFI] ; Adjusted Goodness of Fit Index [AGFI] ; Non-normed Fit Index [NNFI]), les résidus standardisés (Root Mean Square Error of Approximation [RMSEA]), l'indice comparatif d'adéquation (Comparative Fit Index, CFI).

Des valeurs supérieures à 0,9 pour les GFI [12,13], le CFI et les NNFI, des valeurs supérieures à 0,8 pour l'AGFI, des scores entre 2,0 et 1,0 pour le χ^2 normé [14] et des valeurs inférieures ou égales à 0,08 pour le RMSEA [15,16] sont considérées comme des indices d'ajustement satisfaisants du modèle testé. En raison de l'absence d'autres échelles de stigmatisation validées en français au moment de l'étude, la validité externe a été étudiée en analysant les coefficients de corrélation de Pearson entre des questions générales portant sur les différents aspects de la stigmatisation (discrimination, divulgation et aspects potentiellement positifs) cotée sur une échelle visuelle analogique (EVA) et les sous-échelles correspondantes de l'échelle de stigmatisation. Nous avons également examiné les coefficients de corrélation entre le score global à l'échelle de stigmatisation et l'estime de soi mesurée à l'aide de l'échelle de Rosenberg. La fidélité test-retest des réponses dans l'intervalle de deux semaines a été réalisée à l'aide de coefficients de corrélations intraclasse (ICC). Les données ont été analysées à l'aide des logiciels SPSS 14.0, AMOS 4.0 et de R version 2.11.1 [17].

Résultats

Phase 1 : fiabilité et validité de la version française à 28 items

Dans la première phase de l'étude, nous avons recruté 183 patients. Le score total moyen à l'échelle est de 49,3

(ET 16,5) dans notre échantillon contre 62,6 (ET 15,4) dans les travaux de King et al. [8] ($n=193$). Les scores moyens des trois sous-échelles sont les suivants : pour la discrimination 22,5 (ET 9,9), pour la divulgation 18,9 (ET 8,3), pour les aspects potentiellement positifs 7,9 (ET 3,2).

Pour la version anglaise, les scores pour les trois sous-échelles étaient respectivement de 29,1 (ET 9,5), 24,7 (ET 8,0) et 8,8 (ET 2,8).

Cohérence interne

La cohérence interne de l'échelle, évaluée par le coefficient α de Cronbach, est considérée comme satisfaisante pour l'échelle totale avec $\alpha=0,86$ ($\alpha=0,84$ pour la sous-échelle discrimination, $\alpha=0,83$ pour la sous-échelle divulgation et $\alpha=0,46$ pour la sous-échelle aspects potentiellement positifs). À l'exception de la dernière sous-échelle, l'homogénéité de la version française est proche de celle obtenue par King et al. ($\alpha=0,87$ pour l'échelle globale, $\alpha=0,87$ pour la sous-échelle discrimination, $\alpha=0,85$ pour la sous-échelle divulgation et $\alpha=0,64$ pour la sous-échelle aspects potentiellement positifs).

Validité interne

L'analyse factorielle exploratoire avec rotation varimax sur les 28 items permet de retenir trois facteurs qui expliquent le 41,6 % de la variance totale : le premier facteur nommé divulgation expliquant 23,4 % de la variance, le deuxième, discrimination, 11,7 % et le troisième, aspects potentiellement positifs, 6,5 %. Les données descriptives et les résultats de l'analyse factorielle sont reportés dans le [Tableau 2](#) où les saturations inférieures à 0,30 ne sont pas indiquées tandis que les saturations supérieures à 0,50 sont en gras. La structure factorielle de la version originale a pu être en grande partie retrouvée ; toutefois, un certain nombre d'items ne saturent pas dans la dimension attendue (ex. items 4 et 7) ou saturent dans plusieurs dimensions (ex. items 11, 17, 24, et 26).

En outre, la plupart des indices d'ajustement de l'analyse factorielle confirmatoire (AFC) ont des valeurs qui ne correspondent pas aux seuils recommandés : $\chi^2/df=2,02$, GFI=0,77, AGFI=0,73, RMSEA=0,07, CFI=0,77 et NNFI=0,75. Nos données pour l'échelle à 28 items ne s'ajustent donc pas de manière satisfaisante au modèle testé.

Validité externe

Comme décrit dans le [Tableau 3](#), les coefficients de corrélation sont satisfaisants. Le score global à l'échelle de stigmatisation est négativement corrélé au score à l'échelle d'estime de soi ($r=-0,49$) et les valeurs retrouvées aux échelles visuo-analogiques sont corrélées de manière significative, et dans le sens attendu, aux scores des sous-échelles correspondantes. Les valeurs absolues de r sont comprises entre 0,43 et 0,60.

Fidélité test-retest

La fidélité test-retest de l'échelle globale et de chacune de ces trois sous-échelles a été étudiée sur une sous-population de 63 participants. Les coefficients de corrélation intraclasse pour le test-retest varient entre 0,68 et 0,89. La sous-échelle aspects potentiellement positifs présente la

Tableau 2 Résultats de l'analyse factorielle exploratoire avec rotation varimax et données descriptives de l'échelle en 28 items (n = 183).

	Items		Dc	D	P	Moyenne (ET)
1	J'ai été victime de discrimination dans ma formation en raison de mes problèmes de santé psychique	D		0,66		1,63 (1,36)
2	Parfois, j'ai l'impression qu'on me traite comme un(e) gamin(e) en raison de mes problèmes de santé psychique	D		0,55		1,83 (1,34)
3	D'avoir eu un problème de santé psychique m'a rendu plus compréhensif ^a	P			0,69	1,12 (1,12)
4	Je ne m'en veux pas d'avoir eu des problèmes de santé psychique	Dc			0,39	1,51 (1,31)
5	Je crains de dire aux gens que je bénéficie d'un traitement psychologique ^a	Dc	0,77			2,02 (1,36)
6	Certaines personnes ayant des problèmes de santé psychique sont dangereuses	P				2,48 (1,08)
7	Les gens ont été compréhensifs vis-à-vis de mes problèmes de santé psychique	P		0,49		1,33 (1,06)
8	J'ai été victime de discrimination par la police en raison de mes problèmes de santé psychique	D		0,56		0,91 (1,19)
9	J'ai été victime de discrimination par des employeurs en raison de mes problèmes de santé psychique	D		0,65		1,58 (1,39)
10	Mes problèmes de santé psychique m'ont rendu plus tolérant(e) vis-à-vis des autres gens ^a	P			0,57	1,18 (1,04)
11	Je me sens très souvent seul(e) en raison de mes problèmes de santé psychique	D	0,40	0,34	0,33	2,25 (1,36)
12	J'ai peur de la réaction des gens s'ils découvrent mes problèmes de santé psychique ^a	Dc	0,83			1,94 (1,33)
13	J'aurais eu de meilleures possibilités dans la vie si je n'avais pas eu de problèmes de santé psychique	D	0,33	0,41		2,77 (1,23)
14	Cela ne me dérange pas que des personnes dans mon voisinage sachent que j'ai eu des problèmes de santé psychique	Dc	0,41		0,43	1,68 (1,28)
15	Je dirais que j'ai eu des problèmes de santé psychique si je me présentais pour un travail	Dc	0,43			2,10 (1,41)
16	Je crains de dire aux gens que je prends des médicaments pour des problèmes de santé psychique	Dc	0,70			1,78 (1,35)
17	Les réactions des gens à mes problèmes de santé psychique me conduisent à me renfermer sur moi-même	D	0,40	0,47	0,33	1,83 (1,36)
18	Je suis fâché(e) de la manière dont les gens ont réagi à mes problèmes de santé psychique ^a	D		0,68		1,68 (1,25)
19	Les gens ne m'ont jamais causé d'ennuis en raison de mes problèmes de santé psychique	D		0,58		1,66 (1,27)
20	J'ai été victime de discrimination par des professionnels de santé en raison de mes problèmes de santé psychique	D		0,65		1,15 (1,21)
21	Des gens m'ont évité en raison de mes problèmes de santé psychique ^a	D		0,66		1,95 (1,35)
22	Des gens m'ont insulté en raison de mes problèmes de santé psychique ^a	D		0,70		1,27 (1,27)
23	Avoir eu des problèmes de santé psychique m'a rendu(e) plus solide ^a	P			0,76	1,79 (1,31)
24	Je ne me sens pas embarrassé(e) en raison de mes problèmes de santé psychique	Dc	0,30		0,35	1,73 (1,23)
25	J'évite de parler aux gens de mes problèmes de santé psychique	Dc	0,70			2,39 (1,22)
26	Avoir eu des problèmes de santé psychique me donne le sentiment que la vie est injuste	D	0,34		0,35	1,97 (1,29)
27	Je ressens le besoin de cacher mes problèmes de santé psychique à mes amis	Dc	0,70			1,60 (1,29)
28	Je trouve difficile de dire aux gens que j'ai des problèmes de santé psychique ^a	Dc	0,82			2,19 (1,37)

Dc : *disclosure* (divulgaration) ; D : *discrimination* (discrimination) ; P : *positive aspects* (aspects positifs). Les saturations < 0,30 ne sont pas reportées et celles ≥ 0,40 sont en caractère gras.

^a Indique les items qui ont été choisis pour la forme abrégée de l'échelle.

Tableau 3 Corrélations entre scores de stigmatisation et score à l'échelle d'estime de soi ($n = 182$) et entre score de stigmatisation et échelles visuo-analogiques (EVA) ($n = 124$).

	Échelle de stigmatisation			
	Score global	Discrimination	Divulgateion	Aspects potentiellement positifs
<i>Estime de soi</i>	−0,49**	−0,31**	−0,48**	−0,35**
<i>EVA</i>				
Discrimination	—	0,57**	0,34**	0,13
Parler de manière ouverte ^a	—	−0,31**	−0,60**	−0,20*
Conséquences positives ^a	—	−0,12	−0,34**	−0,43**

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$.^a Corrélations négatives avec les scores aux sous-échelles de stigmatisation en raison de la formulation de l'item sur l'EVA.

meilleure fidélité avec une valeur de 0,89. La sous-échelle discrimination obtient un indice de 0,83 et celle de divulgation 0,68. Ces valeurs nous permettent de conclure à une bonne fidélité test-retest de la version française de l'échelle de stigmatisation.

Phase 2 : fiabilité et validité de la version française abrégée à neuf items

Construction de l'échelle à neuf items

Afin de renforcer la structure psychométrique de l'échelle de stigmatisation, nous avons procédé à la création d'une forme courte de l'échelle de stigmatisation. À partir des résultats de l'analyse factorielle exploratoire de la phase 1 (Tableau 2), nous avons choisi les trois items avec les meilleures saturations pour chacune des sous-échelles. Ces items sont identiques à ceux ayant les meilleures saturations dans l'échelle originale. Nous obtenons ainsi une échelle de

neuf items, avec trois sous-échelles de trois items. La phase 2 de l'étude nous a permis de valider cette échelle avec un nouvel échantillon de 234 sujets.

Les scores obtenus à la version courte de l'échelle de stigmatisation sont similaires à ceux de la phase 1 si l'on tient uniquement compte des neuf items retenus. En effet, les scores totaux moyens sont respectivement de 15,1 (ET 6,2) pour la phase 1 et de 16,3 (ET 5,6) pour la phase 2. En ce qui concerne les trois sous-échelles, les scores moyens sont respectivement pour la phase 1 et 2 de 4,9 (ET 3,1) et 5,4 (ET 3,0) pour la discrimination, de 6,1 (ET 3,6) et 6,7 (ET 3,5) pour la divulgation, et de 4,1 (ET 2,6) et 4,2 (ET 2,7) pour les aspects positifs. Le score maximal de l'échelle à neuf items est de 36 et celui de chacune des sous-échelles de 12.

Cohérence interne

Le coefficient α de Cronbach obtenu pour l'échelle globale est de 0,57 et les valeurs pour les sous-échelles varient de

Tableau 4 Statistiques descriptives et analyse factorielle exploratoire avec rotation varimax de l'échelle finale en neuf items ($n = 234$).

	Items		Dc	D	P	Moyenne (ET)
3	D'avoir eu un problème de santé psychique m'a rendu plus compréhensif	P			0,80	1,19 (1,10)
5	Je crains de dire aux gens que je bénéficie d'un traitement psychologique	Dc	0,84			2,23 (1,43)
10	Mes problèmes de santé psychique m'ont rendu plus tolérant(e) vis-à-vis des autres gens	P			0,80	1,26 (1,18)
12	J'ai peur de la réaction des gens s'ils découvrent mes problèmes de santé psychique	Dc	0,80			2,16 (1,34)
18	Je suis fâché(e) de la manière dont les gens ont réagi à mes problèmes de santé psychique	D		0,66		1,81 (1,29)
21	Des gens m'ont évité en raison de mes problèmes de santé psychique	D		0,79		2,17 (1,37)
22	Des gens m'ont insulté en raison de mes problèmes de santé psychique	D		0,73		1,43 (1,37)
23	Avoir eu des problèmes de santé psychique m'a rendu(e) plus solide	P			0,66	1,77 (1,36)
28	Je trouve difficile de dire aux gens que j'ai des problèmes de santé psychique	Dc	0,86			2,25 (1,35)

Dc : *disclosure* (divulgateion); D : *discrimination* (discrimination); P : *positive aspects* (aspects potentiellement positifs). Les saturations $< 0,30$ ne sont pas reportées et celles $\geq 0,40$ sont en caractère gras.

0,80 pour la divulgation à 0,57 pour la discrimination avec 0,62 pour les aspects potentiellement positifs. En considérant que les α de Cronbach dépendent du nombre d'items de l'échelle [18], nos résultats restent satisfaisants malgré un nombre d'items largement réduit.

Validité interne

L'analyse factorielle exploratoire met en évidence trois facteurs qui expliquent le 62,6% de la variance totale: le premier facteur nommé divulgation explique le 29,8% de la variance, le deuxième, aspects potentiellement positifs, 18,4% et le troisième, discrimination, 14,4%. Le [Tableau 4](#) présente les facteurs obtenus par rotation varimax et les données descriptives.

Les indices d'ajustement de l'analyse factorielle confirmatoire donnent cette fois des résultats satisfaisants: $\chi^2/df = 1,02$, GFI = 0,98, AGFI = 0,98, RMSEA = 0,01, CFI = 1,0 et NNFI = 1,0. Les indicateurs de l'AFC sont donc supérieurs aux seuils requis, ce qui signifie que nos données s'ajustent très bien au modèle testé.

Discussion et conclusion

Le mouvement de désinstitutionalisation des années 1960 a grandement remodelé l'offre de soins psychiatriques dans les pays occidentaux [19]. Après l'exclusion liée à sa condition asilaire, l'individu souffrant de troubles psychiques se retrouve dorénavant confronté au regard de la société dans laquelle il évolue, regard qui reste souvent empreint de préjugés, de fausses croyances et d'attitudes discriminantes [20]. La perception par la personne malade de ces divers éléments peut avoir des répercussions négatives, mais parfois également positives, sur l'estime de soi et les capacités de rétablissement et d'engagement dans les soins [21]. Dans cette perspective, nous avons examiné les qualités psychométriques de la version française de la Stigma Scale, une échelle d'autoévaluation par les patients de la stigmatisation perçue, dans une première phase, dans sa version originale à 28 items, puis, dans une deuxième phase, dans une version abrégée à neuf items qui conserve la structure de l'échelle originale et renforce les qualités psychométriques de l'instrument. Le questionnaire peut être complété en quelques minutes. Certains auteurs soulignent la différence entre stigmatisation perçue et auto-stigmatisation. Pour Corrigan et al. [22], avoir conscience d'être stigmatisé (stigmatisation perçue) ne signifie pas forcément accepter cet état de fait (auto-stigmatisation). Selon Link et al. [23], les réactions émotionnelles associées à la stigmatisation perçue varient fortement d'un individu à l'autre. Une des limites de l'échelle de stigmatisation consiste à ne mesurer que la stigmatisation perçue et non le degré d'accord de la personne avec cette dernière ou les réactions émotionnelles associées. L'inclusion dans l'échelle d'une dimension aspects positifs peut paraître également discutable dans un contexte de mesure de la stigmatisation, qui suppose a priori stéréotypes négatifs, préjudice et discrimination. Toutefois, nous rejoignons les auteurs pour justifier cette dimension par son aspect « anti-stigmatisant » et porteur d'espoir pour les personnes qui remplissent l'échelle. Enfin, une autre limitation de cette étude est également due à l'absence, au moment de l'étude, d'outils

validés en français sur lesquels s'appuyer pour confirmer la validité externe de notre travail.

En conclusion, on soulignera que bien que la stigmatisation liée à la maladie mentale soit une source d'intérêt scientifique comme politique, la place donnée à la parole de la personne malade reste marginale. Une mesure valide de la stigmatisation perçue peut contribuer à faire entendre cette parole et à étudier les liens entre stigmatisation et collaboration au traitement ou capacité à se rétablir.

Déclaration d'intérêts

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

Remerciements

Philippe Golay, Sophia Gebel, Jennifer Glaus, Mumtazi Boole, Maëlle Wahli, aux patients et cliniciens, Gregory Mantzouranis et enfin Michael King.

Références

- [1] Goffman E. *Stigma: notes on the management of spoiled identity*. Englewood Cliffs: Prentice-Hall Penguin Books; 1963.
- [2] Corrigan P, Thompson V, Lambert D. Perceptions of discrimination among persons with serious mental illness. *Psychiatr Serv* 2003;54:1105–10.
- [3] Wim H, Brakel V. Measuring health-related stigma — A literature review. *Psychol Health Med* 2006;11(3): 307–34.
- [4] Ritsher J, Otilingam P, Grajales M. Internalized stigma of mental illness: psychometric properties of a new measure. *Psychiatr Res* 2003;121:31–49.
- [5] Link B, Struening E, Neese-Todd S, et al. The consequences of stigma for the self-esteem of people with mental illnesses. *Psychiatr Serv* 2001;52:1621–6.
- [6] Thornicroft G, Brohan E, Rose D, et al. Global pattern or experienced and anticipated discrimination against people with schizophrenia: a cross-sectional survey. *Lancet* 2009;373:408–15.
- [7] Daumerie N, Vasseur Baclet S, Giordana JY, et al. La discrimination vécue par les personnes ayant reçu un diagnostic de troubles schizophréniques. *Premiers résultats français de l'étude INDIGO*. *Encéphale* 2012;38:224–31.
- [8] King M, Dinos S, Shaw J, et al. The Stigma Scale: development of a standardised measure of the stigma of mental illness. *Br J Psychiatry* 2007;190:248–54.
- [9] Dinos S, Stevens S, Serfaty M, et al. Stigma: the feelings and experiences of 46 people with mental illness. *Br J Psychiatry* 2004;184:176–81.
- [10] Rosenberg M. *Society and adolescent self-image*. Princeton: Princeton University Press; 1965.
- [11] Vallières EF, Vallerand RJ. Traduction et validation canadienne-française de l'échelle d'estime de soi de Rosenberg. *Int J Psychol* 1990;25:305–16.
- [12] Bentler PM, Bonnett DG. Significance tests and goodness of fit in the analysis of covariance structures. *Psychol Bull* 1980;88:588–606.
- [13] Cole DA. Utility of confirmatory factor analysis in test validation research. *J Consult Clin Psychol* 1987;55:584–94.
- [14] Arbuckle JL, Wothke W. *Amos 4.0 User's Guide*. Chicago: Small-Waters Corporation; 1999.

- [15] Fan X, Thompson B, Wang L. Effects of sample size, estimation method, and model specification on structural equation modeling fit indexes. *Struct Equation Model* 1999;6: 56–83.
- [16] Hu L, Bentler PM. Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: conventional criteria versus new alternatives. *Struct Equation Model* 1999;6:1–55.
- [17] R development Core Team. R: A language and environment for statistical computing. Vienna, Austria: The R Fondation for Statistical Computing; 2010.
- [18] Iacobucci D, Duhachek A. Advancing alpha: measuring reliability with confidence. *J Consum Psychol* 2003;13: 478–87.
- [19] Zusman J, Friedman RM, Lubotsky Levin B. Moving treatment into the community: implications for psychiatry. *Psychiatr Q* 1988;59(2):140–9.
- [20] Roelandt JL, Caria A, Defromont L, et al. Représentations sociales du « fou », du « malade mental » et du « dépressif » en population générale en France. *Encéphale* 2010;3(Suppl. 1):7–13.
- [21] Perlick D. Special section on stigma as a barrier to recovery: introduction. *Psychiatr Serv* 2001;52:1613–4.
- [22] Corrigan P, Watson A. The paradox of self-stigma and mental illness. *Clin Psychol Sci Pract* 2002;9:35–53.
- [23] Link B, Yang L, Phelan J, et al. Measuring mental illness stigma. *Schizophr Bull* 2004;30(3):511–4.