

Université Paris Cité

Ecole doctorale 261 : Cognition, Comportements et Conduites humaines

Laboratoire de Psychopathologie et Processus de Santé (UR 4057)

Stigmatisation intériorisée, processus et implications : étude auprès de consommateurs et consommatrices d'alcool

Par Léna MILAN

Sous la direction de la Professeure Isabelle VARESCON

THESE DE DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE

Présentée et soutenue publiquement le 15 décembre 2022

Devant un jury composé de :

Pr. Lucia ROMO, Université Paris Nanterre La Défense, Rapporteur

Pr. Delphine GRYNBERG, Université de Lille, Rapporteur

Pr. Pierre Luigi GRAZIANI, Université de Nîmes, Examineur

Pr. Pierre MAURAGE, Université Catholique de Louvain La Neuve, Examineur

Pr. Isabelle VARESCON, Université Paris Cité, Directrice de thèse

Stigmatisation intériorisée, processus et implications : étude auprès de consommateurs et consommatrices d'alcool

Résumé

Contexte

L'usage d'alcool est très répandu en France, souvent banalisé et normalisé. Le trouble de l'usage d'alcool est, quant à lui, bien plus stigmatisé. Or, les stigmates existant à l'encontre des usagers sont parfois ancrés, intériorisés par ces derniers et finissent par prendre une part importante de leur identité. D'après une conceptualisation processuelle de ce phénomène, les personnes seraient d'abord conscientes des stigmates, puis en accord avec ceux-ci. Par la suite, elles s'appliqueraient les stéréotypes à elles-mêmes, dont découlent nombreuses conséquences délétères. Ce modèle de compréhension est majoritairement centré sur l'intégration cognitive et les conséquences comportementales (*e.g.*, consommations successives, isolement, difficultés d'accès aux soins) mais l'aspect émotionnel n'y est pas étudié. Par ailleurs, on sait que, la honte et la culpabilité, deux émotions réflexives, semblent intervenir dans l'usage d'alcool de manière opposée. La littérature a mis en avant un rôle protecteur de la culpabilité, mais un rôle délétère de la honte dans la consommation d'alcool. Il paraît alors essentiel d'étudier l'intrication de telles émotions dans les processus d'intériorisation des stigmates chez les usagers d'alcool. Aussi, l'objectif général du présent travail de thèse est d'évaluer l'implication de la honte et de la culpabilité dans le processus d'intériorisation des stigmates liés à l'usage d'alcool.

Méthode

Pour répondre à cet objectif, une étude quantitative, validée par le comité d'éthique de la recherche de l'Université Paris Cité, a été mise en place. Composé de 8 auto-questionnaires, ce protocole a été complété par 114 participants recrutés à partir de critères d'inclusion définis, dans un service d'addictologie. Les outils d'évaluation concernaient la consommation d'alcool, la consommation d'autres substances psychoactives, la honte et la culpabilité, la stigmatisation intériorisée, la stigmatisation perçue, la symptomatologie dépressive et anxieuse, l'estime de soi ainsi que des questions d'informations relatives à la santé et à la consommation et des informations sociodémographiques. Différentes analyses statistiques ont été effectuées afin d'évaluer les qualités psychométriques de deux échelles traduites pour les besoins du présent travail, d'étudier et de valider le modèle progressif d'intériorisation des stigmates et d'évaluer les relations entre la honte, la culpabilité, la stigmatisation intériorisée et la consommation d'alcool.

Résultats

Les résultats obtenus ont permis de montrer une intériorisation progressive et linéaire des stigmates par les personnes présentant un trouble de l'usage d'alcool, conformément aux études princeps. Par ailleurs, l'évaluation du rôle de la honte et de la culpabilité confirme l'implication négative de la honte tant dans la consommation d'alcool que dans l'intériorisation des stigmates. Une analyse approfondie en profil latent a, quant à elle, permis une exploration plus en détail de l'implication et l'intrication de ces deux émotions réflexives. Par ailleurs, l'étude des qualités psychométriques de deux échelles traduites pour les besoins de cette étude questionne les limites de ces outils et nous amène à discuter les orientations possibles dans de futures travaux.

Conclusion

Les résultats obtenus permettent d'initier la validation d'outils psychométriques évaluant spécifiquement la stigmatisation intériorisée et les émotions réflexives de honte et de culpabilité dans l'usage d'alcool. Par ailleurs, ceux-ci montrent la présence de la honte dans l'intériorisation des stigmates, envisageant ainsi un levier thérapeutique important pour agir tant sur le plan cognitif, comportemental, mais également émotionnel. Ces travaux doivent être envisagés avec la nécessité d'approfondir les recherches dans un but d'amélioration de la compréhension, mais aussi et surtout, dans le but de développer des approches thérapeutiques fondées sur les preuves.

Mots clés : culpabilité; émotions réflexives; honte; trouble de l'usage d'alcool; stigmatisation intériorisée

Process and implication of self-stigma among alcohol users in France

Abstract

Context

Alcohol use is widespread in France, often trivialized and normalized, while alcohol use disorder is much more stigmatized. The stigma that exists against users is sometimes anchored, internalized by them and ends up taking an important part of their identity. According to a processual conceptualization of this phenomenon, people are first aware of the stigma, then, they agree with it, and then they apply the stereotypes to themselves, which has many deleterious consequences. On the other hand, this model remains mainly focused on cognitive integration and behavioral consequences (*e.g.*, successive consumption, isolation, inability to attend health care centers) and the emotional aspect is not studied. At the same time, shame and guilt, two reflexive emotions, seem to intervene in alcohol use in an antinomic way. The literature has highlighted a protective role for guilt, but a deleterious role for shame in alcohol consumption. It therefore seems essential to question the interplay of such emotions in the processes of internalization of stigma in alcohol users. Thus, the general objective of the present thesis is to evaluate the involvement of shame and guilt in the process of internalization of stigma related to alcohol use.

Method

A quantitative study, validated by an ethics committee, was set up to address this question. Composed of 8 self-administered questionnaires, a research protocol was filled out by 114 participants recruited from the addictology department of the René Muret Hospital in Sevrans. This protocol included questionnaires on alcohol consumption, consumption of other psychoactive substances, shame and guilt, self-stigma, perceived stigma, depressive and anxious symptomatology, self-esteem, as well as questionnaires on health and consumption information and sociodemographic information. Various statistical analyses were performed to evaluate the psychometric qualities of two scales translated for the purpose of the present work, to study and validate the progressive model of stigma internalization, and to evaluate the relationships between shame, guilt, and internalized stigma.

Results

Results showed a progressive and linear internalization of stigma by people with alcohol use disorders, in accordance with the main studies. Moreover, evaluation of shame and guilt involvement allowed us to confirm the negative implication of shame in alcohol consumption as well as in the internalization of stigma and the absence of a link with guilt. An in-depth analysis in latent profile allowed a more detailed exploration of the implication and the intricacy of these two reflexive

emotions. In addition, the study of the psychometric qualities of two scales translated for the needs of this study allowed us to observe the limits of these tools and to discuss possible orientations in future work.

Conclusion

The results obtained allow us to initiate the validation of psychometric tools specifically evaluating self-stigma and the reflexive emotions of shame and guilt in alcohol use. Moreover, these tools allow us to observe the presence of shame in the internalization of stigmas, leaving the way open to an important therapeutic lever to act on the cognitive, behavioral and emotional levels. This work must be considered in the need for further research in order to improve understanding but also and above all, in order to develop evidence-based therapeutic approaches.

Keywords: alcohol use disorder; guilt; reflexive emotion; self-stigma; shame

Remerciements

Le présent travail de thèse, mené au cours des trois dernières années n'aurait pas été possible sans la participation de nombreuses personnes que je souhaite sincèrement remercier.

Aux participants de cette étude,

Un immense merci, à vous qui avez accepté de m'accorder du temps pendant votre temps de soin, qui avez accepté de vous ouvrir et de vous dévoiler en répondant à des questions personnelles, merci à vous qui permettez de faire avancer les connaissances et améliorer la recherche. Merci également à ceux qui m'ont écouté leur présenter cette recherche, merci à ceux et celles qui ont osé dire non quand il ne souhaitait pas participer.

À Mme Isabelle Varescon,

Merci, de m'avoir accompagnée au cours de ces trois années de doctorat, mais également les deux années de recherches en master qui les ont précédées. Je vous suis sincèrement reconnaissante pour votre implication, votre temps, vos remarques constructives et nos échanges qui m'ont fait grandir et évoluer.

Aux membres du Jury ainsi qu'aux membres de mon Comité de Suivi Individuel,

Je remercie sincèrement chacun.e d'entre vous d'avoir accepté d'évaluer la qualité de ce travail de thèse. Merci pour le temps, l'expertise et les échanges que vous m'accordez. C'est un privilège et honneur pour moi de vous présenter le fruit de trois années de travail.

À celles et ceux qui ont contribué à ce travail,

Au service d'addictologie de l'hôpital René Muret, merci d'avoir accepté de m'accueillir et d'accueillir ma recherche, malgré les temps de pandémie, de restrictions sanitaires et de problématiques que le service traversait à ce sujet. Merci Grégoire, pour ton intérêt et à ta curiosité quant à cette recherche et merci aux infirmières, aides-soignantes et médecins, d'avoir pris le temps de me renseigner, de m'orienter et de m'aider dans la mise en place de ce travail, vous y avez contribué.

Merci également au Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie Boucebcj de l'Hôpital Jean Verdier, qui a accepté de me laisser présenter ma recherche et de me proposer un espace pour le recrutement.

Aux personnes bilingues qui ont gracieusement accepté de m'aider pour la traduction des outils, merci.

À Tristan Hamonniere, pour ton aide, tes réponses et conseils, et pour ces travaux de recherches menés ensemble depuis avant mon entrée doctorat !

Je suis aussi très reconnaissante à Emmanuel Devouche de m'avoir permis d'enseigner AD1 au cours de ces deux dernières années, ce fut une expérience plus qu'enrichissante ! Merci également pour ces temps d'échanges, pour ton regard sur mes analyses et pour la transmission de tes connaissances.

À mes collègues doctorant.e.s,

Pauline, Jeff et Lilian avec qui j'ai commencé cette aventure. Votre soutien et votre présence ont été d'une grande aide et je suis ravie que mes souvenirs de doctorat soient associés aux moments passés ensemble.

Mais aussi aux grandes chercheuses en addictologie, psychologues, et personnes que vous êtes Maria, Yara et Marion.

Merci à vous toutes et tous pour ces échanges, ces bons moments, ces réassurances, mais aussi pour ces relectures orthographiques ô combien nécessaires. J'espère, et j'en suis certaine, que nos relations ne s'arrêteront pas à la fin de ce chemin doctoral et que j'aurai le plaisir de vous compter dans mon entourage pendant encore de nombreuses années et décennies.

À celles et ceux qui me sont chère.e.s,

À Éléonore, pour être la personne que tu es, et faire partie de ma vie. Merci pour ton soutien indéfectible et ton amour inconditionnel, merci pour tes relectures et corrections si bienveillantes, merci pour les réflexions que tu nourris chez moi, merci d'être là, depuis le début et d'être une des plus belles personnes que la vie m'ait donné de rencontrer.

À Eloi, Paul et Quentin, merci d'être là, dans mon cœur et dans ma vie, merci de m'avoir fait devenir la personne, la psychologue et la future chercheuse que je suis. Vous m'avez nourri de vos intelligences, dans nos échanges, dans vos revendications. J'ai aimé refaire le monde avec vous, et j'aspire à vivre dans un monde rempli de vous et de ce que nous aurons cocréé.

À Arnaud, d'être là, à mes côtés depuis plus de deux ans. Merci pour ton aide et ton soutien, merci de m'éclairer sur le sens des choses quand je le perds, et merci de m'avoir supporté dans tous ces moments de travail, de doutes et d'incertitudes.

À ma famille, pour avoir toujours cru en moi-même quand j'en doutais et pour m'avoir laissé mes choix professionnels, pour ne pas avoir écouté les conseillères d'orientation quand j'étais jeune et m'avoir laissé aller au bout de mon chemin !

Aux étudiants et étudiantes des TD AD1 et APR qui ne le savent pas, mais leurs questions curieuses et pertinentes m'ont aidé à réfléchir et ont nourri mon travail. Ces missions d'enseignements m'ont permis d'acquérir de meilleures capacités de présentations orales, une gestion du stress, et j'en suis très reconnaissante aux personnes qui m'ont fait confiance en me laissant animer ces cours.

À toutes celles et tous ceux que j'oublie surement de mentionner mais qui ont compté !

Table des matières

| | |
|---|-----------|
| TABLE DES ANNEXES | 13 |
| INDEX DES TABLEAUX | 20 |
| INDEX DES FIGURES | 20 |
| LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS | 22 |
| NOTE | 22 |
| | |
| INTRODUCTION GENERALE | 22 |
| | |
| PARTIE THEORIQUE | 28 |
| <hr/> | |
| CHAPITRE I | 30 |
| L'ALCOOL EN FRANCE, DE L'USAGE AU TROUBLE DE L'USAGE ET SES CONSEQUENCES | 30 |
| 1. ALCOOL : CHIFFRES CLES ET DEFINITIONS | 31 |
| 1.1 <i>Chiffres clés</i> | 31 |
| 1.2 <i>Continuum de l'usage au trouble de l'usage : définitions</i> | 33 |
| 1.3 <i>Évolution étiologique du trouble de l'usage d'alcool</i> | 36 |
| 2. FACTEURS DE RISQUE DE DEVELOPPEMENT D'UN TUA | 38 |
| 2.1 <i>Influence des caractéristiques socio-démographiques</i> | 38 |
| 2.2 <i>Comorbidités</i> | 42 |
| 3. CONSEQUENCES DU TROUBLE DE L'USAGE D'ALCOOL | 45 |
| 3.1 <i>Conséquences sur les différentes sphères de la vie</i> | 45 |
| 3.2 <i>Accès aux soins</i> | 48 |
| 4. REPRESENTATIONS DES CONSOMMATEURS ET CONSOMMATRICES D'ALCOOL | 51 |
| SYNTHESE DU CHAPITRE 1 | 53 |
| | |
| CHAPITRE II | 54 |
| DE LA STIGMATISATION A LA STIGMATISATION INTERIORISEE | 54 |
| 1. TYPOLOGIE DES STIGMATISATIONS | 55 |
| 1.1 <i>Définitions générales</i> | 55 |
| 1.2 <i>Stigmatisation sociale ou publique</i> | 60 |
| 1.3 <i>Stigmatisation institutionnelle</i> | 61 |
| 1.4 <i>Stigmatisation perçue</i> | 62 |
| 1.5 <i>Stigmatisation intériorisée</i> | 62 |
| | 13 |

| | | |
|-----|---|-----------|
| 2. | PRINCIPAUX MODELES THEORIQUES D'INTERIORISATION DES STIGMATES | 63 |
| 2.1 | <i>Modèle de Ritscher et al., (2003)</i> | 63 |
| 2.2 | <i>Modèle de Corrigan et al., (2006)</i> | 64 |
| 2.3 | <i>Modèle de Luoma et al., (2008)</i> | 66 |
| 2.4 | <i>Intérêts et limites de ces modèles</i> | 67 |
| 3. | LA STIGMATISATION INTERIORISEE DANS LE TROUBLE DE L'USAGE D'ALCOOL | 69 |
| 3.1 | <i>Implication de la stigmatisation intériorisée dans le trouble de l'usage d'alcool</i> | 69 |
| 3.2 | <i>Facteurs de risques au développement d'un trouble de l'usage d'alcool</i> | 72 |
| 3.3 | <i>Stratégies d'adaptation en lien avec la stigmatisation intériorisée</i> | 74 |
| 3.4 | <i>Sentiment d'appartenance groupale</i> | 75 |
| 3.5 | <i>Conséquences</i> | 77 |
| | SYNTHESE DU CHAPITRE 2 | 87 |
| | CHAPITRE III | 88 |
| | LES EMOTIONS REFLEXIVES DE HONTE ET DE CULPABILITE | 88 |
| 1. | LES EMOTIONS EN PSYCHOLOGIE | 89 |
| 1.1 | <i>Evolution de la compréhension du phénomène émotionnel</i> | 89 |
| 1.2 | <i>Définition générale des émotions</i> | 90 |
| 1.3 | <i>Les émotions de bases ou primaires</i> | 94 |
| 1.4 | <i>Les émotions réflexives ou morales</i> | 95 |
| 1.5 | <i>Honte et culpabilité : deux émotions confondues, mais différentes</i> | 96 |
| 1.6 | <i>La honte</i> | 98 |
| 1.7 | <i>La culpabilité</i> | 100 |
| 1.8 | <i>Emotion dispositionnelle (trait) vs situationnelle (état)</i> | 102 |
| 2. | INTELLIGENCE ET REGULATION EMOTIONNELLE | 103 |
| 2.1 | <i>Définitions</i> | 103 |
| 2.2 | <i>La consommation de substances psychoactives comme stratégie de régulation émotionnelle</i> | 105 |
| 3. | CULPABILITE ET CONSOMMATION D'ALCOOL | 106 |
| 3.1 | <i>Liens entre culpabilité situationnelle et consommation d'alcool</i> | 106 |
| 3.2 | <i>Culpabilité dispositionnel et usage d'alcool</i> | 111 |
| 4. | HONTE ET CONSOMMATION D'ALCOOL | 115 |
| 4.1 | <i>Honte, fréquence et quantité d'alcool consommée</i> | 116 |
| 4.2 | <i>Honte et risque accru de rechute</i> | 118 |
| 4.3 | <i>La honte comme frein dans l'accès au soin en addictologie</i> | 118 |
| 5. | ROLE DE LA HONTE ET DE LA CULPABILITE DANS L'INTERIORISATION DES STIGMATES | 120 |
| 5.1 | <i>Cycle de la honte de l'addiction</i> | 120 |
| 5.2 | <i>La honte intériorisée selon le modèle de Luoma (2008)</i> | 120 |
| | | 14 |

| | | |
|-----|---|------------|
| 5.3 | <i>Apport des études qualitatives</i> | 121 |
| | SYNTHESE DU CHAPITRE 3 | 123 |
| | PROBLEMATIQUE | 124 |
| | OBJECTIFS | 126 |
| | HYPOTHESES | 127 |
| | | |
| | PARTIE EMPIRIQUE | 130 |
| | <hr/> | |
| | METHODOLOGIE | 132 |
| 1. | POPULATION | 133 |
| 1.1 | <i>Critères d'inclusion</i> | 133 |
| 1.2 | <i>Critères de non-inclusion</i> | 133 |
| 1.3 | <i>Critère d'exclusion</i> | 134 |
| 2. | PROCEDURE | 134 |
| 2.1 | <i>Période et lieux de recrutement</i> | 134 |
| 2.2 | <i>Protocole</i> | 136 |
| 3. | CONSIDERATIONS ETHIQUES ET DEONTOLOGIQUES | 137 |
| 4. | OUTILS | 140 |
| 4.1 | <i>Questionnaire sociodémographique</i> | 140 |
| 4.2 | <i>Questionnaire des informations relatives à la santé et aux consommations</i> | 140 |
| 4.3 | <i>Stigma scale (King et al., 2007)</i> | 141 |
| 4.4 | <i>Rosenberg Self-Esteem Scale (RSE) (Rosenberg, 1965)</i> | 141 |
| 4.5 | <i>Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) (Zigmond & Snaith, 1983)</i> | 141 |
| 4.6 | <i>Drug Abuse Screening Test (DAST-10) (Villalobos-Gallegos et al., 2015)</i> | 142 |
| 4.7 | <i>Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) (Saunders et al., 1993)</i> | 142 |
| 4.8 | <i>Perceptions of Drinking Scale (PODS) (Treeby et al., 2020)</i> | 143 |
| 4.9 | <i>Self-Stigma in Alcohol Dependence Scale (SSAD) (Schomerus, Corrigan, et al., 2011)</i> | 143 |
| 5. | TRADUCTION ET ADAPTATION DES ECHELLES <i>SSAD</i> ET <i>PODS</i> EN LANGUE FRANÇAISE | 144 |
| 5.1 | <i>Premières traductions</i> | 145 |
| 5.2 | <i>Consensus et avis expert</i> | 145 |
| 5.3 | <i>Rétro-traductions</i> | 146 |
| 5.4 | <i>Consensus et avis de l'ensemble traducteurs et traductrices</i> | 146 |
| 5.5 | <i>Versions finales</i> | 147 |
| 5.6 | <i>Questionnaire de clarté – pré test</i> | 147 |
| 6. | ANALYSES STATISTIQUES | 148 |
| | | 15 |

| | |
|--|------------|
| RESULTATS | 152 |
| CHAPITRE I | 153 |
| CARACTERISTIQUES DE L'ÉCHANTILLON | 153 |
| 1. DONNEES SOCIO DEMOGRAPHIQUES ET STATISTIQUES DESCRIPTIVES | 153 |
| 1.1 <i>Données socio-démographiques principales</i> | 153 |
| 1.2 <i>Informations relatives à la santé et à la consommation</i> | 155 |
| 1.3 <i>Statistiques descriptives</i> | 162 |
| 2. COMPARAISON DES VARIABLES PAR GROUPES | 163 |
| 2.1 <i>En fonction du genre</i> | 163 |
| 2.2 <i>En fonction du service de recrutement</i> | 164 |
| 3. MATRICE DE CORRELATIONS | 166 |
| CHAPITRE II | 168 |
| ANALYSE DU MODELE PROGRESSIF D'INTERIORISATION DES STIGMATES | 168 |
| 1. ÉVALUATION PSYCHOMETRIQUE DE LA <i>SSAD</i> | 168 |
| 1.1 <i>Étude de clarté</i> | 168 |
| 1.2 <i>Sensibilité de l'échelle</i> | 169 |
| 1.3 <i>Analyse de la structure factorielle</i> | 170 |
| 1.4 <i>Validité convergente</i> | 171 |
| 1.5 <i>Cohérence interne</i> | 172 |
| 1.6 <i>Conclusion de l'analyse de l'échelle</i> | 172 |
| 2. VALIDATION DU MODELE PROGRESSIF D'INTERIORISATION DES STIGMATES | 173 |
| CHAPITRE III | 176 |
| ANALYSES DE L'IMPLICATION DE LA HONTE ET DE LA CULPABILITE DANS L'USAGE D'ALCOOL ET L'INTERIORISATION DES STIGMATES | 176 |
| 1. EVALUATION DES QUALITES PSYCHOMETRIQUES DE LA VERSION FRANÇAISE DE LA <i>PODS</i> | 176 |
| 1.1 <i>Etude de clarté</i> | 176 |
| 1.2 <i>Analyse de sensibilité</i> | 177 |
| 1.3 <i>Analyse factorielle exploratoire</i> | 182 |
| 1.4 <i>Analyse factorielle confirmatoire</i> | 186 |
| 1.5 <i>Cohérence interne</i> | 189 |
| 1.6 <i>Validité de convergence</i> | 190 |
| 1.7 <i>Conclusion des analyses psychométriques de la Perception Of Drinking Scale French Version</i> | 191 |
| 2. PREDICTIONS DES ETAPES DE STIGMATISATION INTERIORISEE | 192 |
| 3. ROLE DE LA HONTE ET DE LA CULPABILITE DANS L'INTERIORISATION DES STIGMATES | 194 |
| | 16 |

| | |
|---|------------|
| 4. EXPLORATION DES PROFILS DE CONSOMMATEURS EN FONCTION DES EMOTIONS REFLEXIVES | 198 |
| DISCUSSION GENERALE ET CONCLUSION | 202 |
| DISCUSSION | 204 |
| 1. RETOUR SUR OBJECTIFS ET HYPOTHESES | 204 |
| 2. APPORT ET REFLEXIONS METHODOLOGIQUES | 206 |
| 2.1 <i>Retour sur les particularités de l'échantillon</i> | 206 |
| 2.2 <i>Discussion des résultats concernant la stigmatisation intériorisée</i> | 211 |
| 2.3 <i>Discussion des résultats concernant l'implication de la honte et de la culpabilité</i> | 219 |
| 3. PERSPECTIVES THEORIQUES ET CLINIQUES | 228 |
| 3.1 <i>Perspectives cliniques</i> | 228 |
| 3.2 <i>Perspectives préventives</i> | 233 |
| 3.3 <i>Perspectives de recherche</i> | 235 |
| CONCLUSION | 238 |
| RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES | 242 |

Table des annexes

| | |
|---|-----|
| Annexe 1. Accord comite ethique | 316 |
| Annexe 2. Lettre information et formulaire de consentement etude de clarte | 317 |
| Annexe 3. Protocole questionnaires etude de clarte | 320 |
| Annexe 4. Affiches et documents crees pour le recrutement de l'etude de clarte | 331 |
| Annexe 5. Lettre information et formulaire de consentement | 333 |
| Annexe 6. Protocole de recherche | 336 |
| Annexe 7. Affiches et flyers de recrutement | 357 |
| Annexe 8. Inventaires des outils de mesures de la stigmatisation interiorisee | 360 |
| Annexe 9. Inventaires des mesures des emotions reflexives de honte et de culpabilite | 364 |
| Annexe 10. Tableaux resultats des analyses mediations multiples sur facteurs de stigmatisation interiorisee | 368 |
| Annexe 11. Stigmatisation interiorisee et consommation de substances psychoactives : revue systematique de la litterature (Milan & Varescon, 2021) | 371 |
| Annexe 12. Guilt in alcohol use: a systematic review (Milan, Hamonniere & Varescon, soumis en 2022) | 402 |
| Annexe 13. Self-stigma in alcohol use disorder involvement of guilt and shame in the progressive mode (Milan & Varescon, soumis) | 460 |
| Annexe 14. Self-stigma in alcohol dependence: guilt and shame's implication? a preliminary study in french population | 489 |
| Annexe 15. Stigmatisation interiorisee, honte et culpabilite dans l'alcoololo-dependance : analyse des profils a l'aide d'une approche centree sur la personne | 490 |
| Annexe 16. Portfolio | 491 |

Index des tableaux

| | |
|---|-----|
| Tableau n°1. Critères diagnostiques du trouble de l'usage d'alcool dans le DSM-5 | 34 |
| Tableau n°2. Caractéristiques socio-démographiques de l'échantillon | 153 |
| Tableau n°3. Statistiques descriptives des variables cliniques | 163 |
| Tableau n°4. Comparaison des variables cliniques en fonction du genre | 164 |
| Tableau n°5. Comparaison des variables cliniques en fonction du service de suivis | 165 |
| Tableau n°6. Matrice de corrélations de l'ensemble des variables | 167 |
| Tableau n°7. Statistiques descriptives des facteurs de stigmatisation intériorisée | 169 |
| Tableau n°8. Matrice de corrélation évaluant la validité convergente de la SSAD | 172 |
| Tableau n°9. Comparaison ANOVA des facteurs de la SSAD | 174 |
| Tableau n°10. Test post hoc de comparaison des facteurs de la SSAD | 174 |
| Tableau n°11. Données descriptives des items du facteur honte | 177 |
| Tableau n°12. Données descriptives des items du facteur culpabilité | 178 |
| Tableau n°13. Données descriptives des items du facteur culpabilité | 179 |
| Tableau n°14. Données descriptives des items du facteur indifférence | 181 |
| Tableau n°15. Contribution des facteurs de la PODS | 183 |
| Tableau n°16. Saturation des items sur chacun des facteurs de la PODS (>.40) | 184 |
| Tableau n°17. Saturation des items sur chacun des facteurs de la PODS | 185 |
| Tableau n°18. Répartition des items en facteurs selon la version traduite analysée et la version originale | 186 |
| Tableau n°19. Analyse factorielle confirmatoire de la structure factorielle de la PODS | 188 |
| Tableau n°20. Analyse de la cohérence interne de l'échelle PODS | 189 |
| Tableau n°21. Matrice de corrélation évaluant la validité de convergence de la PODS | 190 |
| Tableau n°22. Analyse de régression hiérarchique des variables cliniques sur les facteurs de stigmatisation intériorisée | 193 |
| Tableau n°23. Caractéristiques des profils issus de l'analyse en profils latents | 199 |
| Tableau n°24. Différences inter-profils sur les variables d'intérêts | 201 |

Index des figures

| | |
|---|-----|
| Figure n°1. Evolution nosographique du TUA | 35 |
| Figure n°2. L'expérience affective: présentation des concepts en fonction de leurs durées | 93 |
| Figure n°3. Processus d'inclusion des structures de recrutement | 135 |
| Figure n°4. Répartition des scores à l'AUDIT | 156 |
| Figure n°5. Pathologies secondaires à la consommation | 157 |
| Figure n°6. Répartition score à la DAST-10 | 158 |
| Figure n°7. Autres substances psychoactives consommées (en %) | 159 |
| Figure n°8. Motif de stigmatisation déclarés (excepté consommation) | 161 |
| Figure n°9. Histogramme de densité des facteurs de la <i>SSAD</i> | 170 |
| Figure n° 10. Moyenne obtenus aux facteurs de stigmatisation intériorisée | 173 |
| Figure n°12. Histogramme de répartition des scores au facteur honte de la <i>PODS</i> | 178 |
| Figure n°13. Histogramme de répartition des scores au facteur culpabilité de la <i>PODS</i> | 179 |
| Figure n°14. Histogramme de répartition des scores au facteur blâme de la <i>PODS</i> | 180 |
| Figure n°15. Histogramme de répartition des scores au facteur indifférence de la <i>PODS</i> | 181 |
| Figure n° 16. Graphique des valeurs propres déterminant solution factorielle de la <i>PODS</i> | 182 |
| Figure n°17. Modèles de médiations multiples évaluant le rôle de la honte et de la culpabilité sur la relation entre l'usage d'alcool et l'intériorisation des stigmates | 197 |
| Figure n°18. Représentation graphique des moyennes (scores Z) sur les variables en fonction des profils | 199 |

Liste des sigles et abréviations

AAH : Allocation Adulte Handicapé

AIC : Akaike Information Criterion

ANOVA : Analysis of variance

APA : American Psychiatric Association

AUDIT : Alcohol Use Disorders Identification Test

BIC : Bayesian Information Criterion

BLRT : Bootstrap Likelihood Ratio Test

CAARUD : Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des Risques pour Usagers de Drogues

CJC : Consultation Jeune Consommateurs

CER : Comité d'Éthique de la Recherche

CFI : Comparative Fit Index

COPAAH : Collège Professionnel des Acteurs de l'Addictologie Hospitalière

COVID-19 : COronaVIRus Disease 2019

CSAPA : Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie

DAST : Drug Abuse Screening Test

DDL : Degrés De Liberté

DSM : Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux

RSE : Rosenberg Self Esteem Scale

EMA : Ecological Momentary Assessment

ET: Ecart-Type

HADS : Hospital Anxiety and Depression Scale

HAIS : Hanil Alcohol Insight Scale

HAS : Haute Autorité de Santé

HDJ : Hôpital de Jour

INSERM : Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

ISMI : Internalized Stigma of Mental Illness Inventory

KMO : Kaiser–Meyer–Olkin

MCO : Moindre Carrés Ordinaires

MILDECA : Mission interministérielle de lutte contre les drogues et & les conduites addictives

NESARC : National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions

NIDA : National Institute on Drug Abuse

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PODS : Perception of Drinking Scale

RMSEA : The Root Mean Square Error of Approximation

SAMENTA : SANTé MENTale et Addictions chez les sans domicile franciliens

SI : Stigmatisation Intériorisée

SS : Stigma Scale

SSAD : Self-Stigma of Alcohol Dependence Scale

SSGS : State Shame and Guilt Scale

TCC : Thérapie Cognitive et Comportementale

TOSCA : Test Of Self-Conscious Affect

TUA : Trouble de l'Usage d'Alcool

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

WHO : World Health Organization

Note

Le présent manuscrit a été rédigé selon les règles conventionnelles de l'écriture française. Ainsi, sauf dans les cas où le genre est mentionné de façon explicite, le masculin est utilisé sans aucune discrimination - sans aucune volonté de le considérer comme primant sur le féminin ou le niant - mais dans le seul but de respecter les règles orthographiques françaises et d'alléger le texte.

INTRODUCTION GENERALE

Parmi les 42,8 millions de consommateurs d'alcool actuels (Airagnes et al., 2021), 40% des 18-75 ans consomment régulièrement de l'alcool et 23,6% dépassent les repères de consommation fixés préventivement (Santé Publique France, 2020). En outre, les données de la cohorte Constance montrent que chez les 18-35 ans, 5,8 % des hommes et 1,6 % des femmes ont une consommation à risque de développer un Trouble de l'Usage d'Alcool (TUA) (Airagnes et al., 2018). Les données de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), quant à elles, rapportent un taux de 7% de TUA pour la France, ce qui représente environ 3,5 millions de personnes (World Health Organization, 2019).

Bien que culturellement répandue, acceptée, voire banalisée en France, la consommation d'alcool lorsqu'elle devient pathologique est alors mal perçue par la population générale. Les consommateurs et consommatrices d'alcool, qualifiés d'« alcoolos », d'« ivrognes », de « pochtrons » ou d'autres appellations dégradantes, sont déshumanisés et réduits à leur statut d'usager. Outre ces appellations, les personnes présentant un TUA se voient attribuer de nombreuses caractéristiques en raison de cette pathologie, considérée comme une maladie de la volonté (Kilian et al., 2021). Entre autres, les usagers sont perçus comme « voleurs », « menteurs », « irrespectueux », « sales », « fainéants », « indignes » et « responsables de leur état » (Schomerus et al., 2011). Ces qualificatifs représentent la base du processus de stigmatisation. En effet, les stigmates, du latin *stigmata* signifient « marque au fer rouge, marque d'infamie » (CNRTL, s. d.).

INTRODUCTION GENERALE

La stigmatisation, qui peut être décrite comme l'ensemble des stéréotypes, préjugés et discriminations, est omniprésente dans le monde de la santé mentale et notamment dans les troubles addictifs (Can & Tanriverdi, 2015). Fortement moralisée dans de nombreuses sociétés et cultures (Room et al., 2001; Smith et al., 2010) la consommation d'alcool subit une stigmatisation qui serait malheureusement acceptée, tolérée ou jugée normale (Adlaf et al., 2009). Or, jusqu'à présent, une grande partie des recherches sur la stigmatisation s'est concentrée sur d'autres maladies mentales ou infectieuses (notamment le virus de l'immunodéficience humaine (VIH)). La stigmatisation de l'usage de substances psychoactives, dont l'alcool, a quant à elle fait l'objet d'un moindre intérêt scientifique (Schomerus, Lucht, et al., 2011; Schomerus et al., 2013, 2014) alors même qu'elle fait partie des pathologies les plus stigmatisées (Corrigan et al., 2000; Crisp et al., 2000; Schomerus, Lucht, et al., 2011). En effet, selon une enquête de l'OMS, parmi 18 problèmes de santé, la consommation de substances illicites se classe au premier ou au deuxième rang des conditions les plus stigmatisées dans 12 des 14 pays étudiés et la consommation d'alcool se situe entre le deuxième et le septième sur 13 pays (Room et al., 2001).

On distingue différentes formes de stigmatisations : publique, perçue, institutionnelle et intériorisée. Appelée également stigmatisation internalisée ou auto-stigmatisation, elle peut être décrite comme un processus par lequel les individus affectés endossent les stéréotypes, anticipent le rejet social et considèrent les stéréotypes comme pertinents perdant ainsi leurs identités et leurs individualités (Corrigan, Watson, & Miller, 2006; Mashiach-Eizenberg et al., 2013). Cette

INTRODUCTION GENERALE

intériorisation des stigmates engendrerait une souffrance pour la personne (Corrigan & Rao, 2012) et diverses conséquences délétères (*e.g.*, une baisse de l'estime de soi, du sentiment d'efficacité personnelle, une altération du fonctionnement général et une qualité de vie réduite) (Mashiach-Eizenberg et al., 2013; Muñoz et al., 2011; Ritsher & Phelan, 2004).

Afin de mieux comprendre ce phénomène, différents auteurs ont tenté de conceptualiser et de modéliser l'intériorisation des stigmates (Corrigan, Watson, & Miller, 2006; Ritsher et al., 2003; Wood et al., 2017). Cependant, les modèles proposés dans le champ du TUA sont davantage orientés sur le plan sociocognitif, laissant de côté l'aspect émotionnel. Il en est ainsi pour le modèle le plus utilisé dans la littérature (Milan & Varescon, 2021), le modèle progressif d'intériorisation des stigmates de Corrigan et al., (2006). Ce dernier stipule une intériorisation progressive des stigmates, en quatre étapes. Les usagers sont, dans un premier temps, conscients des stéréotypes existant à leur égard, dans un second temps, ils sont en accord avec ces stéréotypes, enfin, ils se les attribuent personnellement, puis, apparaissent diverses conséquences délétères pour la personne (Gavriel-Fried & Rabayov, 2017; Schomerus, Lucht, et al., 2011).

Or, de nombreuses études notamment qualitatives, ont mis en avant une implication de la honte dans la stigmatisation intériorisée (Hill & Leeming, 2014; Howard, 2015; Matthews et al., 2017; Mburu et al., 2018; McCann et al., 2018; Spencer, 2017).

La honte appartient à la catégorie des émotions dites réflexives, tout comme la culpabilité (Tangney, 1999). Ces deux émotions, d'évaluation négative de soi,

INTRODUCTION GENERALE

interviennent suite à une transgression morale. Souvent utilisées de manière interchangeable dans la littérature, elles diffèrent pourtant bien en fonction de l'objet visé. La honte touche l'identité entière de l'individu, « j'ai honte d'être alcoolodépendant », tandis que la culpabilité est orientée vers une action commise « je culpabilise d'avoir fini la bouteille ».

Bien qu'elles soient fréquemment présentes en amont ou en aval d'une consommation d'alcool, les rôles de la honte et de la culpabilité restent confus. En effet, une part de la littérature suggère que la culpabilité présente un rôle protecteur envers le développement d'un TUA, tandis que la honte présente un risque facilitant ou aggravant, mais ces résultats ne font pas consensus (Dodge & Clarke, 2018; Grynberg et al., 2017; Stuewig et al., 2015; Tangney, Wagner, & Gramzow, 1992).

Le présent manuscrit de thèse vise à améliorer la compréhension du phénomène d'intériorisation des stigmates, et notamment l'intrication potentielle de la honte et de la culpabilité au sein de ce processus et de la consommation d'alcool. Le but est ainsi d'observer dans quelle mesure ces émotions réflexives peuvent impacter les stades successifs d'intériorisation des stigmates, et ce, afin de mieux les prévenir et les accompagner.

La thèse se présente en trois parties distinctes. La première partie, théorique, divisée en trois chapitres, vise à exposer l'ensemble des connaissances actuelles. Un premier chapitre porte sur l'usage d'alcool, en France, et sur la compréhension actuelle du TUA. Le second sur l'explication du phénomène d'intériorisation des stigmates et ses implications. Enfin, un dernier chapitre porte sur les émotions

INTRODUCTION GENERALE

réflexives de honte et de culpabilité dans le trouble de l'usage d'alcool. À la suite de cette partie théorique seront présentés les objectifs et hypothèses du présent travail de thèse. La seconde partie de ce manuscrit, empirique, comporte la méthodologie suivie des résultats. Enfin, la dernière partie comprend une discussion générale visant à mettre en lumière les résultats principaux, les limites du présent travail ainsi que les perspectives tant cliniques que de recherches scientifiques. Celle-ci sera suivie d'une conclusion, des références bibliographiques et des annexes

PARTIE THEORIQUE

CHAPITRE I

L'alcool en France, de l'usage au trouble de l'usage et ses conséquences

« Pour noyer la rancœur et bercer l'indolence
De tous ces vieux maudits qui meurent en silence,
Dieu, touché de remords, avait fait le sommeil ;
L'Homme ajouta le Vin, fils sacré du Soleil ! »

Charles Baudelaire, 1857. Le vin de Chiffonniers, *Les fleurs du Mal*.

1. Alcool : chiffres clés et définitions

1.1 Chiffres clés

Dans la mesure du possible, l'ensemble des données rapportées dans ce chapitre font référence à des études effectuées en France, afin d'avoir une idée ciblée des prévalences, implications et conséquences de la consommation d'alcool auprès des consommateurs et consommatrices résidant en France.

En effet, l'alcool est la première substance psychoactive consommée en France (Menecier, 2020). Malgré une baisse continue des consommations depuis 1992 (Richard et al., 2019), notre pays reste au 6e rang des pays les plus consommateurs de l'Union Européenne en 2016 (World Health Organization, 2019). Ainsi, en France, environ 23 % de la population auraient une consommation engendrant un risque ponctuel (selon le score à l'*Alcohol Use Disorders Identification Test* (AUDIT), permettant de dépister un mésusage d'alcool), et 7%, une consommation à risque de Trouble de l'Usage d'Alcool (TUA) (Airagnes et al., 2021; American Psychiatric Association, 2013).

La consommation d'alcool est ancrée dans la culture française, présente dans les coutumes quotidiennes (*e.g.*, vin à table, verre après le travail, verre pour fêter toute occasion, spiritueux offert en cadeau) et vectrice de socialisation. Cette normalisation, voire banalisation d'une consommation fréquente d'alcool n'est pas sans conséquences. En effet, 25% des Français dépassent les seuils de consommation fixés préventivement (Andler et al., 2021; Olié, 2022). Ces repères

L'alcool en France, de l'usage au trouble de l'usage et ses conséquences

recommandent de ne pas consommer plus de 10 verres d'alcool par semaine, plus de 2 verres par jour et s'abstenir au moins 2 jours par semaine (INSERM, 2021).

Aussi, bien qu'une consommation puisse être récréative, elle engendre parfois des risques, dont celui de développer un TUA. Une revue de littérature portant sur la prévalence de diagnostics systématisés de TUA en population générale, dans l'ensemble des pays européens, retrouve une épidémiologie moyenne de 6,1% pour les hommes et 1,1% pour les femmes (Rehm et al., 2005), et ces résultats sont congruents avec ceux d'études plus récentes (World Health Organization, 2019). Au niveau mondial, une prévalence de 13.9% de TUA en population générale est retrouvée (Grant et al., 2016).

La consommation d'alcool n'est pas d'emblée pathologique, mais peut se comprendre sous un continuum allant de l'abstinence, à l'usage récréatif, puis à l'usage à risque, suivit d'un usage nocif et enfin au trouble de l'usage. Nous allons définir l'ensemble de cette terminologie, selon le DSM-5 (Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux 5^{ème} version ; American Psychiatric Association, 2013), dans la partie suivante.

1.2 Continuum de l'usage au trouble de l'usage : définitions

En nous basant sur un continuum allant de l'abstinence au trouble de l'usage, nous pouvons relever différents termes.

Tout d'abord, l'abstinence se définit simplement par le fait de ne pas consommer. La notion d'usage récréatif, ou usage simple ou sans risque correspond à une consommation occasionnelle estimée sans conséquences pour la personne (Lejoyeux, 2017). L'abstinence et l'usage sans risque sont les stades de (non) consommation d'alcool les plus représentés en France (Malet & Llorca, 2007; Richard et al., 2019), il s'agit, *in fine*, d'un usage inférieur ou égal aux recommandations de l'Organisation mondiale de la santé (OMS).

L'usage à risque correspond aux consommations qui ne sont pas immédiatement ou rapidement dommageables pour l'individu. Bien qu'une consommation d'alcool puisse être envisagée comme étant de fait à risque, cette terminologie suggère un risque majoré par un contexte (grossesse, conduite d'un véhicule en état d'intoxication, pathologie psychiatrique associée...) (Obradovic, 2013). Objectivement, l'usage d'une substance est considéré à risque lorsqu'il dépasse les seuils de recommandations établis, laissant place à un mésusage.

L'usage nocif, synonyme d'abus, figurait dans les versions passées du DSM (APA, 1994) où il signifiait une consommation répétée entraînant des dommages sur les sphères biologique, physique, psychique, sociale et relationnelle (Batel, 2011), sans pour autant qu'il y ait de dépendance. Il se définissait alors comme un mode d'utilisation inadéquat conduisant à une altération du fonctionnement ou à une

L'alcool en France, de l'usage au trouble de l'usage et ses conséquences

souffrance cliniquement significative, caractérisée par la présence d'au moins une manifestation des critères DSM (Malet & Llorca, 2007).

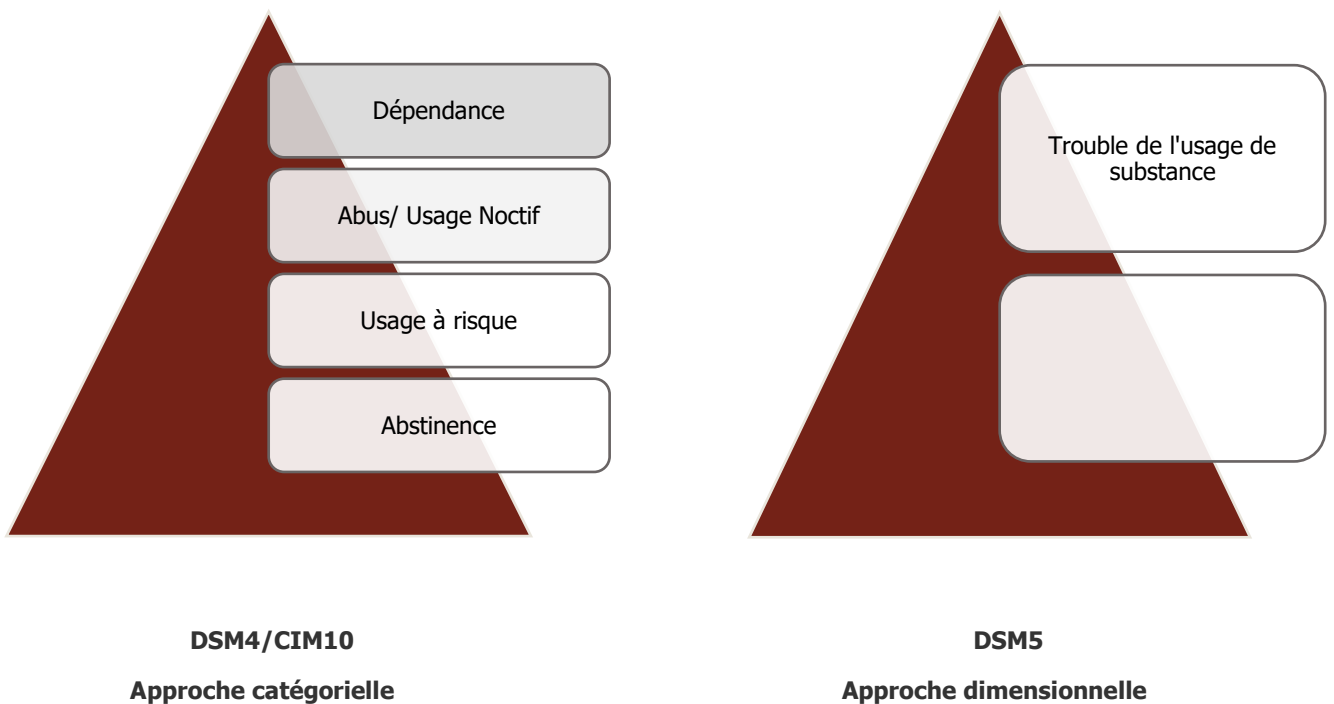
Enfin, le trouble de l'usage d'alcool, décrit dans le DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) comprend 11 critères diagnostiques devant être présents sur une durée de 12 mois, et associés à une inadaptation et une détresse clinique significative. Il s'agit d'une consommation qui, malgré des conséquences interpersonnelles et physiques négatives, est omniprésente dans la vie de l'individu (APA, 2013).

Tableau n°1. Critères diagnostiques du trouble de l'usage d'alcool dans le DSM-5 (issu de Rolland, 2014)

| | Critères | Description |
|----|---|---|
| 1 | Tolérance | – Besoin de quantités nettement majorées de la substance pour obtenir une intoxication ou l'effet désiré – Effet nettement diminué en cas d'usage continu de la même quantité de substance |
| 2 | Signes de sevrage | – Syndrome de sevrage caractéristique en cas d'arrêt de l'alcool – Consommation d'alcool dans le but de soulager ou d'éviter les symptômes de sevrage |
| 3 | Incapacité à respecter les limites de prise (dose et temps) | Substance souvent prise en quantité supérieure ou sur un laps de temps plus long que ce que la personne avait envisagé |
| 4 | Difficultés d'arrêt ou de diminution | Désir persistant ou efforts infructueux pour réduire ou contrôler l'utilisation de la substance |
| 5 | Aspect envahissant de la consommation | Temps considérable consacré à se procurer la substance, à la consommer ou se remettre de ses effets |
| 6 | Impact social des consommations | D'importantes activités sociales, occupationnelles ou de loisirs sont abandonnées ou réduites en raison de l'utilisation de la substance |
| 7 | Incapacité à arrêter ou réduire en dépit de conséquences médicales | Poursuite de l'utilisation de la substance malgré la connaissance de l'existence d'un problème physique ou psychologique persistant ou récurrent déterminé ou exacerbé par la substance |
| 8 | Incapacité à arrêter ou de réduire en dépit de conséquences sociales | D'importantes activités sociales, professionnelles ou de loisirs sont abandonnées ou réduites en raison de l'utilisation de la substance |
| 9 | Consommation régulière entraînant une incapacité à assumer ses obligations professionnelles | Poursuite de l'utilisation de la substance malgré la connaissance de l'existence d'un problème physique ou psychologique persistant ou récurrent déterminé ou exacerbé par la substance |
| 10 | Consommation régulière entraînant des comportements de mise en danger | Mises en danger dues à l'alcool telles que conduite d'un véhicule |
| 11 | Craving | Envies compulsives et récurrentes de prise d'alcool |

Depuis 2013, la nouvelle classification internationale définissant le TUA contraste avec les modèles antérieurs, fondés sur une approche catégorielle ne reflétant pas correctement la sévérité et le pronostic du TUA. Dans la version actuelle, les paramètres de consommation prédisent le pronostic, et la sévérité est jugée quant aux répercussions sur les différentes sphères de vie. L'analyse est tantôt quantitative de part les critères de consommation évalués, tantôt qualitative de part l'analyse individualisé des répercussions immédiates du TUA.

Figure n°1 Evolution nosographique du TUA (Hasin, 2012)



1.3 Évolution étiologique du trouble de l'usage d'alcool

Alors que l'alcool accompagne l'histoire de l'Humanité depuis ses origines (Blass, 2015), la conceptualisation du TUA a grandement évolué au cours des siècles et des décennies. En 1784, alors que le trouble d'usage d'alcool n'est pas encore considéré comme une pathologie, on parle d'ivrognerie pour décrire ces conduites d'alcoolisation et leurs conséquences (Rush & Gira, 2011). C'est à Magnus Huss que nous devons, en 1849 la notion d'alcoolisme, caractérisant « les manifestations pathologiques de l'intoxication alcoolique », qui se substitue au terme d'ivrognerie alors en vigueur (Sournia, 1987).

Outre la reconnaissance tardive de l'alcoolisme comme maladie dans la société, la stigmatisation débute, à l'origine, avec les médecins hygiénistes qui stigmatisent le comportement alcoolique, et mettent en avant l'impact social de celui-ci (Lecoutre & Garnot, 2011; Toubiana, 2015). Au fur et à mesure de l'histoire, l'addiction va se conceptualiser comme une maladie, mais les causes de celles-ci font émerger de nombreuses hypothèses. Par exemple, pour Pinel, l'alcoolisme est une cause de l'idiotisme. C'est grâce aux avancées médicales et à l'étude des symptômes neurobiologiques et lésionnels que l'addiction à l'alcool, et les pathologies qui en découlent vont entrer définitivement dans le champ médical avec une évaluation et un diagnostic objectif (Edwards & Gross, 1976; Huss, 1849; Lancereaux, 1899).

En revanche, bien que considérée comme malade à un certain stade, la consommation d'alcool est renvoyée du côté de la responsabilité individuelle et passe dans le versant moral de ce qui est acceptable ou non. Au début du XXe

siècle, des mouvements de tempérance traversent l'Europe occidentale et entraînent une baisse significative de la consommation d'alcool motivée par les conséquences de celle-ci. Ces mouvements culminent avec la Prohibition aux États-Unis entre les deux guerres mondiales (1920-1933) et dans certains pays d'Europe du Nord.

Parallèlement à cela, alors qu'au cours de l'histoire l'alcool est tour à tour renvoyé à la morale et à la justice en France, l'alcool - et plus spécifiquement le vin - est vanté pour ses mérites, paré de vertus, considéré comme la boisson de référence (devant l'eau) (Rosso, 2012). Allègrement consommé tant par les adultes que par les enfants, il faut attendre 1956 pour qu'une première mesure de réduction arrive dans les cantines scolaires, et 1981 pour que la distribution de vin soit définitivement interdite dans ce milieu face à la montée en visibilité des conséquences liées à l'usage d'alcool. Parmi les conséquences les plus présentes, la dépendance engendrée par la consommation fait l'objet de nombreuses théories. D'un point de vue étiologique sont alors évoqués les aspects héréditaires, médicaux, psychiatriques ou bien religieux (pour une revue détaillée voir (Dupont & Naassila, 2016). Cependant, au fil des décennies, des approches, tantôt exclusivement responsabilistes, tantôt exclusivement médicales, tantôt exclusivement hédonistes sont remises en question par différents psychiatres et psychologues (*e.g.*, Olievenstein, 1977; Peele, 1987; Szasz, 1971).

En effet, le trouble de l'usage d'alcool découlant de la consommation ne saurait être défini par sa seule dimension individuelle, et nécessite d'adopter une approche intégrative « biopsychosociale » pour en comprendre les processus et en avoir une

L'alcool en France, de l'usage au trouble de l'usage et ses conséquences

représentation globale pertinente. Ainsi, les comportements addictifs ne peuvent se concevoir sous le seul angle du produit, mais doivent aussi être considérés sous celui de la personnalité dans son contexte socio-environnemental. Le modèle de référence qui sous-tend le concept des comportements addictifs et leur facteur de gravité est un modèle biologique, psychologique et social (Engel, 1978). Le TUA peut alors être considéré comme : « (...) le résultat d'une stratégie adaptative, d'une personne donnée, dans un contexte donné. (...) Un comportement qui participe à un équilibre d'un mode de vie et qui joue parfois un rôle de solution pour apaiser un vécu de stress. » (Couteron, 2019, p. 71).

2. Facteurs de risque de développement d'un TUA

2.1 Influence des caractéristiques socio-démographiques

Au-delà des prévalences généralistes énoncées en amont, nous observons une répartition différente de la consommation d'alcool selon certains critères individuels. Le risque de développer un trouble de l'usage d'alcool est multi-déterminé : genre, âge d'exposition, maturité cérébrale, facteurs héréditaires et génétiques, traits de personnalité et structuration psychique sont autant de déterminants individuels possibles (Reynaud et al., 2016).

2.1.1 Genre

Dans un premier temps, la consommation d'alcool déclarée est plus fréquente chez les hommes : 15,2% d'entre eux en consomment quotidiennement, contre 5,1% des femmes. Les consommations occasionnelles (moins d'une fois par semaine) concernent 55,7% des femmes et 36,8% des hommes. En termes de quantités bues, l'écart est également marqué : les hommes déclarent boire en moyenne 2,8 verres un jour ordinaire où ils consomment de l'alcool, contre 1,8 verre pour les femmes (Richard et al., 2019).

Si les écarts entre hommes et femmes restent très importants, on constate un relatif rapprochement tant entre 2000 et 2005 qu'entre 2005 et 2010, notamment dans les catégories sociales les plus favorisées. En effet, les comportements de consommation d'alcool des femmes se rapprochent de ceux des hommes à mesure que la catégorie d'emploi s'élève (Beck et al., 2006). Par ailleurs, ces observations ne sont pas propres à la France. Au niveau européen, une étude a montré que plus l'égalité des genres (en termes de parité politique, économique et sociale) est respectée dans un pays, moins les différences de genre sur l'alcoolisation s'avèrent importantes (Bloomfield et al., 2005).

2.1.2 Niveau socio-professionnel

De récentes études d'envergure ont permis de rappeler que toute personne, quelle que soit sa catégorie socioprofessionnelle, est ou peut être concernée, comme en attestent les résultats de la cohorte Constance (Airagnes et al., 2018). Parmi la

L'alcool en France, de l'usage au trouble de l'usage et ses conséquences

population active, 19,8% d'hommes et 8% de femmes ont un usage à risque d'alcool, les prévalences les plus importantes sont retrouvées pour : les hommes employés (22,9%), les hommes ouvriers (22%) et les femmes cadres (10,7%). On observe ici aussi une distinction en fonction du genre, chez les hommes, les prévalences d'usage à risque sont plus élevées pour les employés de bureau, commerciaux, agents de services suivis des ouvriers et artisans, des professions intermédiaires et enfin des cadres, pour qui la prévalence est plus faible. Chez les femmes, les prévalences d'usage à risque sont plus élevées chez les cadres, suivies des professions intermédiaires, ouvriers et artisans, et légèrement moindres chez les employées de bureaux, commerciales, agents de services (Airagnes et al., 2018).

Par ailleurs, l'âge le plus à risque au sein de cette population professionnellement active semble être les 18-35 ans avec 30,7% d'hommes et 12,9% de femmes ayant un usage à risque (Airagnes et al., 2018).

Enfin, on retrouve environ 2,5 fois plus de trouble de l'usage d'alcool chez les personnes professionnellement inactives comparées aux actives. De même, les individus qui travaillent plus de 48 heures par semaine, soit au-dessus du seuil de la directive européenne sur le temps de travail, ont un risque accru de 12 % de s'engager dans une consommation à risque d'alcool par rapport à ceux travaillant 35 à 40 heures par semaine (Virtanen et al., 2016).

2.1.3 Niveau socio-économique

Bien que l'usage et le mésusage d'alcool touchent toutes les classes sociales, il semblerait y avoir un risque accru pour les personnes les plus défavorisées. En effet, moindres sont les revenus professionnels, plus important est le risque de développer un TUA ou des conséquences délétères à la consommation d'alcool. Il en est de même pour l'inactivité professionnelle, ou encore le fait de vivre seul comparativement à en ménage (Com-Ruelle et al., 2008).

Par ailleurs, un lien entre précarité et consommation d'alcool voire TUA est largement établi dans la littérature, sans pour autant déterminer un lien de cause à effet unidirectionnel. Une enquête menée auprès d'un échantillon représentatif de personnes sans domicile en 2001 a montré que la consommation et les problèmes afférents sont très variables en fréquence et en intensité suivant le degré de précarité, même au sein de cette population très précarisée (Brousse et al., 2006).

Dans l'enquête SAMENTA (Santé Mentale et Addictions chez les sans domicile franciliens) réalisée en 2008, 21% (27 % chez les hommes, 9 % chez les femmes) des personnes sans logement personnel en Ile-de-France présentent un TUA et 7 % présentent une consommation à risque (Laporte et al., 2009). Ces résultats sont à considérer à la hausse, la littérature internationale estimant que la prévalence de TUA auprès de populations en grande précarité est de 37,9% (pour une méta-analyse voir Fazel et al., (2008)).

2.2 Comorbidités

Le trouble de l'usage d'alcool intervient rarement seul, en effet, les comorbidités psychiatriques sont plus fréquemment la règle que l'exception. Nous définissons la comorbidité comme la cooccurrence de plus d'une atteinte pathologique chez une même personne. Aussi, il s'agit de « la présence en même temps chez une même personne de plusieurs maladies chroniques qui nécessitent, chacune, des soins sur le long terme » (Haute Autorité de Santé, 2015).

Il semblerait que, d'une part, le TUA soit fréquemment associé aux troubles de l'humeur tels que les troubles dépressifs : 80% de patients en début de soin en alcoologie présentent une symptomatologie dépressive, dont 20 à 30% présentent un épisode dépressif caractérisé selon les études en France (Dervaux & Laqueille, 2018; Lejoyeux, 2009), avec des prévalences semblables à l'international (*e.g.*, Brière et al., 2014; Grant et al., 2016; McHugh & Weiss, 2019). Les troubles bipolaires sont également fréquemment présents, puisqu'un à deux tiers des personnes diagnostiquées présentent un TUA (Benyamina, 2013), voire plus à l'échelle internationale (40 à 70%) (Grunze et al., 2021).

D'autre part, 20% à 23,5% des personnes présentant un TUA souffrent d'un trouble anxieux (Benyamina et al., 2013; Dervaux & Laqueille, 2018), prévalences qui sont également bien plus hautes à l'international : jusqu'à 50% (Anker & Kushner, 2019). Cependant, des variations selon le genre semblent exister dans les prévalences d'une comorbidité anxieuse ou dépressive associée à un TUA, avec une

L'alcool en France, de l'usage au trouble de l'usage et ses conséquences

surreprésentation féminine (67% pour les femmes vs 26% pour les hommes) (Anker & Kushner, 2019; Kushner et al., 2005; Lépine et al., 2005).

De plus, 40% des personnes ayant un TUA seraient également atteintes de trouble de la personnalité (Dervaux & Laqueille, 2018). Dans l'enquête *National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC)* évaluant les diagnostics auprès d'une grande cohorte, 42 % des participants répondants aux critères diagnostiques d'un trouble de la personnalité présentaient également des critères de dépendance à l'alcool (Trull et al., 2010), avec une surreprésentation pour les troubles de personnalité borderline et antisociale, respectivement de 59% et 68% (Trull et al., 2016, 2018).

Les troubles psychotiques ou schizophréniformes, sont également présents de façon comorbide, avec pour un tiers des patients selon les données en France, la présence d'un TUA (Benyamina et al., 2013). Cette prévalence apparaît plus élevée dans d'autres pays, évaluée à 24,3% dans une méta-analyse internationale (Hunt et al., 2018).

Enfin, et bien que cette liste ne soit pas exhaustive, le trouble du stress post-traumatique présente également de fortes propensions de comorbidités (Debell et al., 2014) avec deux à trois fois plus de patients touchés parmi les personnes ayant un TUA comparativement à la population générale (Dervaux & Laqueille, 2018), et près de 42% aux Etats-Unis dans un échantillon de consommateurs recrutés en population générale (Pietrzak et al., 2011).

Par ailleurs, on retrouve de nombreuses comorbidités addictives, en effet 80 à 90% des personnes ayant un TUA consomment également du tabac selon Louis (2014), et, entre 9% et 21%, du cannabis (Dervaux et al., 2013; Guillem et al., 2015; Menecier, 2018, 2020; Reynaud et al., 2016). De plus, trois quarts des personnes consommant de la cocaïne auraient une consommation à risque d'alcool (Lacoste et al., 2010; Simmat-Durand et al., 2017). Il en est de même pour l'usage d'opiacés conjointement à l'usage d'alcool (Lacoste et al., 2018; Rivierre, 2003; Simmat-Durand et al., 2017).

On différencie cependant trois types d'associations de substances psychoactives : la poly consommation (équivalant à une consommation de plusieurs substances psychoactives, avec un produit dit principal), la codépendance (référant souvent à l'association alcool et produit illicites), puis, la ou les dépendances dites successives (par exemple, quand un TUA intervient à la suite d'un trouble de l'usage d'une autre substance psychoactive) (Simmat-Durand et al., 2017). La terminologie se référant à cette problématique comorbide n'a cessé d'augmenter au fil des années, « Double Diagnostic », « Cooccurrence », « Trouble Duel », « Pathologie Duelle », s'attachant à mieux définir et mieux conceptualiser ce phénomène très fréquemment observé dans la pratique clinique (Casas, 2014).

Enfin, le trouble de l'usage d'alcool peut également apparaître en parallèle de pathologies somatiques, pouvant alors servir de solution d'automédication ou bien en prémisses de celles-ci. En effet, les effets délétères de l'alcool sur l'organisme peuvent engendrer de nombreuses affections somatiques comme nous le verrons dans la partie suivante.

3. Conséquences du trouble de l'usage d'alcool

3.1 Conséquences sur les différentes sphères de la vie

Afin de correspondre aux critères diagnostiques du trouble de l'usage d'alcool (American Psychiatric Association, 2013), la consommation doit engendrer des répercussions sur les différentes sphères de la vie.

3.1.1 Sphère interpersonnelle

Le TUA présente de nombreuses conséquences interpersonnelles, notamment sur les sphères de vie proximales. Les relations familiales sont fréquemment touchées, les sphères amicales tendent à se resserrer autour de la consommation, et l'isolement social s'installe au fur et à mesure (Hazif-Thomas & Thomas, 2008; Klingemann, 2001; Seneviratne & Daepfen, 2009; Sudhinaraset et al., 2016).

Par ailleurs, on rapporte des prévalences de violence plus fréquentes : une grande partie des agressions (injures, coups, agressions sexuelles) sont commises sous influence de l'alcool (Proescholdt et al., 2012), que ce soit du fait de la désinhibition ou d'une certaine perte de contrôle, dont il a été montré que celles-ci peuvent survenir même suite à l'absorption d'un placebo présenté comme une boisson alcoolisée (Bègue & Subra, 2008; Subra et al., 2010). Les dommages sociaux associés à la consommation d'alcool ont fait l'objet de nombreuses études, dont il ressort qu'une consommation abusive d'alcool augmente la gravité de certains délits, notamment les agressions physiques et sexuelles, les incivilités, les risques

L'alcool en France, de l'usage au trouble de l'usage et ses conséquences

d'actes violents et de violences conjugales et domestiques (INSERM, 2003; Klingemann, 2001; Pérez-Diaz & Huré, 2006, 2011). Par ailleurs, la consommation d'alcool, diminuant les facultés de discernement et de défense, peut également amener les personnes à se retrouver dans des situations risquées voir à être victime d'agressions.

3.1.2 Sphères professionnelle et socio-économique

La recherche ou le maintien d'un emploi semble plus difficile pour les personnes avec un trouble de l'usage d'alcool, tant de par les conséquences directes de la maladie que des représentations liées à celle-ci. En effet les personnes présentant un trouble de l'usage d'alcool ou une suspicion de celui-ci ont moins de chance de se faire embaucher en comparaison à d'autre candidats n'ayant pas ces difficultés de consommations. Et ce pour différentes raisons avérées ou supposées : parmi les causes fréquemment énoncées, on retrouve l'absentéisme, la perte de productivité, les accidents de travail, les arrêts maladies, le chômage (Fleischmann et al., 2011; INSERM, 2003; Klingemann, 2001; Morois et al., 2017).

3.1.3 Santé

Les dommages pour la santé liés à la consommation d'alcool dépendent des nombreux facteurs (*e.g.*, quantités consommées, modalités d'usage, facteurs environnementaux et individuels). Ces risques peuvent apparaître tant dans le cadre

L'alcool en France, de l'usage au trouble de l'usage et ses conséquences

d'une consommation ponctuelle (*i.e., binge drinking*) ou d'une consommation chronique, c'est-à-dire en général quotidienne. Outre la dépendance, qui peut s'installer chez une partie des consommateurs d'alcool comme une manifestation de la toxicité de l'alcool sur le système nerveux central, la consommation d'alcool est un facteur de risque pour nombreuses affections somatiques (Berr et al., 2001; Carvalho et al., 2019; Connor et al., 2016; Rehm & Shield, 2021; Schwarzsinger et al., 2018; Thompson et al., 2020) :

- Troubles gastro-entérologiques (*e.g.,* hépatites, cirrhoses, pancréatites, gastrites)
- Cancers (*e.g.,* ORL, voies digestives)
- Troubles cardiovasculaires
- Neuropathies périphériques
- Affections cutanées
- Troubles cognitifs et/ou mnésiques
- Encéphalopathies...

L'apparition de lésions et de maladies peut résulter directement de l'alcoolisation, mais aussi des sevrages et de leurs répétitions. En effet, le TUA est une maladie complexe, marquée par un important taux de rechute (Aubin et al., 2015). On considère que 40 à 80% des patients rechuteront dans l'année avec les outils thérapeutiques actuellement disponibles (National Institute on Drug Abuse (NIDA), 2012).

Qui plus est, les troubles cognitifs liés à l'alcool sont présents chez jusqu'à 80% des patients en alcoologie pour des troubles légers et 10% pour des troubles sévères

L'alcool en France, de l'usage au trouble de l'usage et ses conséquences

(COPA AH, 2014). Enfin, l'alcool peut également être à l'origine de difficultés plus bénignes (*e.g.*, fatigue, tension artérielle trop élevée, troubles du sommeil, problèmes de mémoire ou de concentration).

3.1.4 Mortalité

Enfin, la conséquence la plus fatale de l'usage ou mésusage d'alcool est le décès. En effet, l'alcool est la seconde cause de mortalité évitable après la consommation de tabac en France (Bonaldi & Hill, 2019). Les dernières données publiées rapportent un nombre de 49 000 décès par an, tous âges confondus, liés à l'alcool, dont environ un tiers par cancer, un quart par maladie cardiovasculaire, 17 % par accident ou suicide, 16 % par maladie digestive et 11 % pour d'autres causes (Guérin et al., 2013).

Malheureusement, les consommations d'alcool peuvent entraîner le décès de diverses façons, et non exclusivement dans le cadre de pathologies d'usage. Par exemple, un taux d'alcoolémie supérieur au seuil de 0,5g/l est présent dans 29% des accidents mortels de la route soit 819 décès en 2016 (conducteurs alcoolisés et victimes) (Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (MILDECA), 2018).

3.2 Accès aux soins

Les conduites d'alcoolisation représentent un motif très important de consultations médicales hospitalières, et ce, à différents niveaux. L'ensemble des séjours à l'hôpital (y compris hôpitaux psychiatriques et centres de soins de suite et de

L'alcool en France, de l'usage au trouble de l'usage et ses conséquences

réadaptation en alcoologie) pour un diagnostic principal ou associé de troubles mentaux et du comportement liés à l'alcool s'élève à 900 000 en 2011, et correspond à 400 000 patients différents (Paille & Reynaud, 2015). Par ailleurs, au cours d'une semaine type, un médecin généraliste voit en moyenne 0,9 patient dans le cadre d'un sevrage d'alcool, soit pour l'ensemble des médecins généralistes environ 54 000 patients sur une période d'une semaine d'après la plus récente étude française que nous ayons trouvée (Guignard et al., 2009).

Malgré ces chiffres conséquents, et bien que nous disposions d'un système de soins varié et accessible en France, présentant diverses spécialisations en addictologie, la fréquentation de ces derniers reste modérée, sachant qu'il y aurait entre 1,2 et 2 millions de personnes atteintes d'un TUA sur le territoire (Beck et al., 2015; Rehm et al., 2012).

En effet, une étude conduite en population générale en France démontre que moins de la moitié des personnes ayant un TUA avait consulté un centre de santé mentale au cours de l'année. Dans l'ensemble, seul 10% des personnes ayant un TUA bénéficieraient de soins spécifiques (Constant et al., 2017). Cette basse fréquentation des centres de soin peut être expliquée par différentes raisons : les personnes ayant un TUA ne sont pas toujours conscientes de leur problème (Mules et al., 2012), la stigmatisation envers les consommateurs d'alcool demeure importante, y compris venant des professionnels de santé (*e.g.*, Schomerus, Lucht, et al., 2011), puis, les consommateurs d'alcool ne souhaitent pas nécessairement cesser leur consommation (Probst et al., 2015). Une autre étude approfondie sur le

L'alcool en France, de l'usage au trouble de l'usage et ses conséquences

sujet permet de constater que la principale raison donnée pour ne pas avoir bénéficié d'un traitement au cours de l'année écoulée chez des sujets âgés d'au moins 12 ans qui requièrent une telle prise en charge et qui en percevaient le besoin était le fait de ne pas se sentir prêt à arrêter de consommer (42 % des individus), juste devant le coût de la prise en charge (34,5 %) et la connotation sociale péjorative (18,8 %) (SAMHSA, 2012).

Qui plus est, à l'échelle française, la peur d'être jugé, stigmatisé, et de ne pas être traité comme une autre personne en raison de sa consommation apparaît comme un frein dans de nombreuses études (Costa, 2019; Creplet, 2018; Mozes et al., 2008; Pautrat et al., 2019). Ainsi, comme en atteste Limosin (2014, p. 134) « le constat alarmant d'un manque criant d'accès aux soins spécialisés pour ces patients interroge la pertinence des campagnes de sensibilisation et de la structuration de notre offre de soins. Si lutter contre la stigmatisation dont sont victimes les individus souffrant d'un usage nocif d'alcool et améliorer la formation destinée aux médecins généralistes doivent rester des objectifs prioritaires, élargir le panel des prises en charge et des objectifs thérapeutiques devraient également permettre de faire bénéficier à un nombre plus important de patients de soins adaptés. »

4. Représentations des consommateurs et consommatrices d'alcool

Victime d'une dualité, la consommation d'alcool est tantôt perçue comme normale et agréable, tantôt stigmatisée, et les usagers sont perçus comme « bons vivants » jusqu'au moment où ils basculent dans la représentation « d'alcoolos ». Les « mauvais » buveurs seraient ceux qui développent une dépendance, les bons buveurs, ceux qui maintiennent une liberté quant à leurs consommations (Gomez & Ostermann, 2015). Perçues comme un « fléau social » ayant un « coût » pour la société, les personnes ayant un trouble de l'usage d'alcool deviennent ainsi des poids, des charges pour leur entourage, et ne sont vus qu'au travers de cette consommation.

Bien qu'elle évolue, la vision actuelle est toujours ancrée vers la lutte contre les maladies plutôt que l'accompagnement, la promotion du mieux-être et de la qualité de vie. En atteste l'appellation de l'un des organismes majeurs « Mission Interministérielle de Lutte Contre les Drogues et les Conduites Addictives », ou l'appellation « fardeau sociétal » utilisée sur le site internet d'un autre (INSERM, 2021).

Au sein de la population générale et de l'opinion publique, 91% des personnes pensent qu'une personne consommant fréquemment de l'alcool peut être « un danger pour son entourage ». De surcroît, la proportion de Français qui considèrent que la consommation d'alcool peut être une maladie est en recul, passant de 36 % à 24 %. En revanche, en 2008 comme fin 2012, la moitié des Français pensent que

L'alcool en France, de l'usage au trouble de l'usage et ses conséquences

l'usage s'explique par des problèmes familiaux. Moins d'une personne sur dix (8 %) estime que les consommateurs excessifs d'alcool peuvent vivre normalement. En résumé, plus encore qu'en 2008, les Français semblent refuser d'exonérer les usagers de leur « part de responsabilité » (Tovar et al., 2013).

Parallèlement à cela, bien que neuf Français sur dix considèrent la consommation de substances psychoactives comme le principal déterminant de la santé ; les perceptions, souvent éloignées de la réalité scientifique, varient selon la nature des produits. Contrairement aux substances de type opiacées, l'alcool n'est considéré comme très addictif que par un quart des Français. De plus, seuls 11 % des Français considèrent que l'alcool peut être dangereux dès le premier verre. Après avoir doublé entre 2002 et 2008, cette proportion est restée pratiquement inchangée fin 2012. L'alcool apparaît surtout dangereux au stade de l'usage quotidien (74 % des personnes étant d'accord avec cette conception) (Tovar et al., 2013).

Enfin, bien que les représentations évoluent quelque peu depuis les récentes décennies, la consommation d'alcool chez les femmes reste un sujet plus tabou et moins acceptée que chez leurs homologues masculins (Charrel et al., 2010).

Ces représentations des usagers d'alcool sont la source de la stigmatisation qu'ils subissent, que nous allons décrire dans le chapitre suivant.

Synthèse du chapitre 1

La prévalence de l'usage d'alcool en France reste très élevée, et parmi les premières européennes. Parmi les 42,8 millions de personnes consommant de l'alcool, ils sont 3,5 millions à présenter un trouble de l'usage d'alcool, soit 7 % des adultes. Culturellement très ancré dans notre société, l'alcool est présent à toutes les occasions, et 25% des Français dépassent les seuils de prévention fixés lorsqu'ils en consomment, présentant alors un usage à risque. Cette terminologie, se présentant selon un continuum allant de l'abstinence au trouble de l'usage, n'est pas individuellement figée. Par ailleurs, les conséquences entraînées par un trouble de l'usage sont nombreuses et interpellent. Les personnes présentant un trouble de l'usage ont en effet des conséquences familiales, interpersonnelles, professionnelles, mais aussi sanitaires avec le risque de développer de nombreuses pathologies, et une mortalité bien au-dessus de la moyenne. Désormais, nous connaissons en partie les facteurs de risques au développement d'un tel trouble, qu'ils soient neurobiologiques, environnementaux ou psychologiques. L'évolution de la compréhension au fil des années a permis de passer d'une vision moralisatrice centrée sur la responsabilité de l'individu, à un modèle bio-psycho-social de compréhension du trouble de l'usage d'alcool. Bien que la conceptualisation de l'addiction à l'alcool ait évolué avec le temps, les représentations péjoratives associées à celles-ci subsistent. Aux sources de la stigmatisation, la représentation sociale se manifeste au travers d'étiquettes dégradantes et pesantes, attribuées aux personnes ayant des problèmes de consommation d'alcool.

CHAPITRE II

De la stigmatisation à la stigmatisation intériorisée

« Il est plus facile de désintégrer un atome qu'un préjugé »

- Albert Einstein, s-d.

1. Typologie des stigmatisations

1.1 Définitions générales

L'ensemble des représentations de la population générale envers les consommateurs et consommatrices d'alcool génère un phénomène de stigmatisation. La stigmatisation est constituée des croyances stéréotypées de la population sur un groupe stigmatisé (stigmatisation perçue) menant à des préjugés (par exemple, une réaction émotionnelle négative comme le dédain) et à la discrimination (par exemple, mise à l'écart dans des domaines tels que l'éducation, l'emploi, les droits et les relations) (Link & Phelan, 2001). Afin de mieux comprendre l'ensemble de ce processus intercorrélé, nous allons définir chacun de ces termes.

Tout d'abord, le stéréotype désigne « les catégories descriptives simplifiées par lesquelles nous cherchons à situer autrui ou des groupes d'individus » (Lippmann, 1922, p. 100). Les stéréotypes font référence à des croyances sociales et sociétales communes, au sujet d'un groupe (souvent minoritaire) (Hilton & Von Hippel, 1996). Il peut s'agir de la généralisation d'une caractéristique, d'une émotion ou d'un comportement, à l'entière d'un groupe social ou d'une catégorie à laquelle la personne est attribuée. Ainsi, il s'agit d'une généralisation simplifiée appliquée à un groupe entier de personnes, sans tenir compte des différences individuelles. Les stéréotypes sont des images figées, de l'ordre des croyances et des simplifications de la réalité. Étymologiquement, « stéréotype » provient du grec « *stéreo* », signifiant « solide, fixe, ferme », et de « *typos* », signifiant « modèle, empreinte, marque ». Il s'agit ainsi de marque, accolée aux personnes de façon pérenne.

De la stigmatisation à la stigmatisation intériorisée

Des études récentes explorent la variation des stéréotypes en fonction de la condition stigmatisée, et notamment, en fonction des différentes maladies mentales (Fiske, 2012). Pour faciliter leur catégorisation, une classification s'établit en fonction de deux axes : la chaleur et la compétence. La chaleur fait référence à l'aspect social d'un individu (*e.g.*, populaire, honnête, sentimental, versus irritable, ennuyeux, dangereux) tandis que la compétence fait référence à l'aspect intellectuel (*e.g.*, intelligent, persistant, scientifique, versus naïf, frivole, gauche) (Cuddy et al., 2008; Fiske et al., 2007). Les résultats démontrent que parmi un ensemble de pathologies, les troubles de l'usage de substances psychoactives sont les plus stigmatisés, appartenant souvent à un cluster de personnes « non chaleureuses » et « non compétentes » tout comme les personnes sans domiciles fixes ou les personnes atteintes de schizophrénie (Barry et al., 2014 ; Sadler et al., 2012).

Les préjugés peuvent se définir par une « attitude de l'individu comportant une dimension évaluative, souvent négative, à l'égard d'un type de personne ou d'un groupe, en fonction de sa propre appartenance sociale. C'est donc une disposition acquise dont le but est d'établir une différenciation sociale » (Fischer, 2020, p. 50). En effet, « préjuger » signifie juger avant. C'est porter un jugement de valeur, formuler un jugement inconsidéré et définitif sur une personne ou un groupe de personnes sans les connaître suffisamment. Il s'agit d'une idée préconçue sur une personne ou un groupe de personnes. Un préjugé se fonde toujours sur un stéréotype. De plus, du fait que les préjugés nous sont inculqués par notre environnement, s'en défaire demande une prise de conscience, un travail sur soi. Les personnes qui ont des préjugés souscrivent à ces stéréotypes péjoratifs (*e.g.*, «

De la stigmatisation à la stigmatisation intériorisée

toutes les personnes atteintes de maladie mentale sont violentes ! ») et génèrent des réactions émotionnelles négatives (*e.g.*, « ils me font tous peur ! ») (Hilton & Von Hippel, 1996).

De cet ensemble de préjugés et stéréotypes découle la discrimination, le fait de traiter une personne injustement (*e.g.*, en l'empêchant d'avoir accès aux privilèges, bénéfices, avantages offerts à d'autres, soit en raison de son origine ethnique, de sa citoyenneté, de son état familial, d'un handicap, de son genre, d'une condition, d'un comportement ou toute autre caractéristique personnelle). La discrimination représente la manifestation comportementale de la stigmatisation. Discriminer signifie initialement « faire la différence, séparer ». Ce terme fait référence à un comportement injuste envers un individu en raison de son appartenance à une catégorie sociale (Dovidio et al., 2010). D'une façon plus subtile, les comportements discriminatoires peuvent aussi se manifester en favorisant son endogroupe au détriment d'un exogroupe. Par ailleurs, une des opérationnalisations les plus fréquentes de la discrimination est l'intention et l'anticipation de discrimination, autrement dit, des comportements planifiés (Wagner et al., 2008). Ce sont par exemple des comportements prévus et pensés à l'avance de mise à l'écart de personnes en raison d'une caractéristique (*e.g.*, « je ne veux pas que mon enfant fréquente un.e alcoolique », « je n'achèterais pas une maison à côté d'un voisin alcoolique »).

L'ensemble de la conceptualisation et des définitions énoncées sont élaborées grâce à des études mêlant différents champs de psychologie. Il est à noter que la compréhension du phénomène de stigmatisation et l'ensemble de ses

De la stigmatisation à la stigmatisation intériorisée

manifestations sont issus à la fois des études en psychologie sociale, cognitive, expérimentale et clinique. Link et Phelan (2001) identifient que le processus de stigmatisation et de discrimination résulte de quatre étapes : en premier lieu, la personne doit être étiquetée et mise dans une catégorie afin de faire partie d'un groupe défini. Par la suite, ce groupe est associé à différents stéréotypes négatifs, ce qui amène la population à séparer ce groupe du reste des gens, et donc à créer une distinction « eux » vs « nous ». Finalement, les personnes du groupe subissent une perte de leur statut social et sont discriminées. En effet, le stigma peut être défini comme un « attribut qui est profondément discréditant » (Goffman, 1963, p. 3).

Qui plus est, la stigmatisation est complexe et peut prendre plusieurs formes. Elle est associée à un processus d'étiquetage qui résulte de certains préjugés et qui amène à discriminer les personnes ayant des troubles mentaux (Corrigan et al., 2004; Michalak et al., 2010). Par ailleurs, des auteurs comme Bruner, Tajfel ou encore Turner ont largement contribué à la compréhension du processus de catégorisation. Dans le cadre d'une perception catégorielle, la supposition d'une appartenance groupale vient suppléer les caractéristiques individuelles d'une personne, un critère est mis en saillance comparativement à tous les autres, l'individu perd alors son individualité et est réduit à la marque de son affectation (Salès-Wuillemin, 2006).

D'un point de vue étymologique, le mot « stigmatisation » est dérivé du verbe « stigmatiser » issu du latin « *stigma* » qui veut dire « marqué au fer rouge ». La stigmatisation a été décrite comme un processus dynamique de dévaluation qui

De la stigmatisation à la stigmatisation intériorisée

discrédite significativement un individu aux yeux des autres (Goffman, 2009). La stigmatisation conduit au rejet social ou la mise à l'écart d'une personne ou d'un groupe de personnes qui sont perçus comme allant à l'encontre des normes culturelles du groupe ou de la société à laquelle elles appartiennent.

Stéréotypes, préjugés et discrimination sont donc trois notions intimement liées et interdépendantes. Les stéréotypes (croyances) expliquent en partie pourquoi une personne va faire preuve de discrimination envers les personnes catégorisées d'un groupe donné. Les comportements discriminatoires peuvent à leur tour, d'une certaine manière, entretenir l'existence des stéréotypes et des préjugés. Comme le décrit très bien Salès-Wuillemin (2006, p.78), « Le concept de stéréotype a connu un développement important en psychologie sociale où il s'est agi, dans un premier temps, de dénoncer presque exclusivement ses conséquences négatives, comme la discrimination. Dans l'optique développée, les préjugés sont considérés comme des attitudes, c'est leur valeur affective qui est mise en saillance. Les stéréotypes sont définis comme des connaissances, des croyances, c'est leur composante cognitive qui est mise en avant. La discrimination qui résulte des préjugés et des stéréotypes est envisagée avant tout comme un comportement, c'est la composante conative qui est mise en exergue. Préjugés et stéréotypes sont indubitablement liés. Le préjugé est généralement considéré comme la correspondance attitudinelle du stéréotype. »

Ainsi, les stéréotypes sont des idées/croyances, les préjugés sont des attitudes et la discrimination est un comportement. De plus, les préjugés et les stéréotypes sont renforcés par la discrimination.

De la stigmatisation à la stigmatisation intériorisée

Les stéréotypes sur la maladie mentale incluent, entre autre, blâme, dangerosité et incompetence (Corrigan, Watson, Byrne, et al., 2005). En revanche, le fait que la plupart des gens connaissent un ensemble de stéréotypes n'implique pas nécessairement qu'ils soient d'accord avec eux (Major & O'brien, 2005; Rüscher et al., 2006). Cette chaîne de stéréotypes, de préjugés et de discriminations constitue une stigmatisation publique, soit la façon dont le grand public conçoit et réagit aux personnes mises dans une catégorie particulière du fait d'un ou de plusieurs de leurs attributs (*e.g.*, maladie mentale, genre, condition particulière).

1.2 Stigmatisation sociale ou publique

La stigmatisation publique, ou sociale, définie comme le fait que l'ensemble de la population endosse les préjugés à l'égard d'un groupe spécifique stigmatisé, se traduit par une discrimination à l'égard des personnes appartenant à ce groupe (Corrigan & Watson, 2002). C'est ainsi « le phénomène des grands groupes sociaux soutenant les stéréotypes sur un groupe stigmatisé et agissant contre eux » (Corrigan, Kerr, & Knudsen, 2005, p. 179). Ces préjugés semblent présents dans toutes les aires géographiques et culturelles, avec tout de même des variations dans leurs intensités et leurs évolutions (Pescosolido et al., 2010, 2013).

À l'égard des personnes ayant un trouble mental, et notamment un trouble de l'usage de substance psychoactives, les stigmates les plus répandus incluent la dangerosité, l'intelligence moindre, la responsabilité de ses propres troubles et

De la stigmatisation à la stigmatisation intériorisée

paradoxalement l'irresponsabilité, l'incapacité de se soigner, la violence ; pour ne citer que les principaux (Corrigan et al., 2009).

1.3 Stigmatisation institutionnelle

La stigmatisation structurelle, également appelée stigmatisation institutionnelle, fait référence aux règles, politiques et procédures des entités privées et publiques en position de force qui restreignent les droits et les opportunités des personnes en raison d'une condition particulière (Corrigan et al., 2004; Corrigan, Kerr, et al., 2005; Corrigan, Watson, Byrne, et al., 2005).

Par exemple, les consommateurs de substances psychoactives, notamment par voie intraveineuse, subissent une stigmatisation importante de la part des différents professionnels de santé (Day et al., 2003; Hopwood et al., 2006; von Hippel et al., 2008; Wilson et al., 2014). Celle-ci peut également se traduire juridiquement aux travers de lois restreignant la liberté des personnes ayant un trouble mental et/ou un trouble de l'usage de substance psychoactives (*e.g.*, droit de vote, de siéger dans un jury, d'exercer des responsabilités ou encore d'avoir la garde de ses enfants) (Corrigan et al., 2004; Corrigan, Watson, Heyrman, et al., 2005; Lightfoot et al., 2010).

1.4 Stigmatisation perçue

La stigmatisation perçue, qui fait référence à un processus par lequel les personnes stigmatisées pensent que la plupart des gens croient les stéréotypes négatifs existant à leur égard (Livingston & Boyd, 2010), découle de fait de la stigmatisation publique et de la stigmatisation institutionnelle.

1.5 Stigmatisation intériorisée

Au niveau individuel, intériorisé, internalisé ou appelé auto-stigmatisation, cette stigmatisation peut être décrite comme un processus par lequel les individus affectés endossent les stéréotypes, anticipent le rejet social, considèrent les stéréotypes comme pertinents et croient qu'ils sont des membres dévalués de la société à raison (Corrigan, Kerr, et al., 2005; Corrigan, Watson, & Miller, 2006; Corrigan & Watson, 2002; Ritsher & Phelan, 2004).

Cette dernière forme de stigmatisation va faire l'objet d'un intérêt plus poussé dans le présent travail, puisqu'elle représente, au niveau du vécu intra individuel, des enjeux importants. La stigmatisation intériorisée peut se définir comme l'appropriation, par une personne, des stigmates associés à une ou des conditions particulières (*e.g.*, maladie mentale, maladie infectieuse, genre, consommation de substances). Livingston et Boyd (2010, p. 107) définissent la stigmatisation intériorisée comme un processus subjectif « caractérisé par des sentiments négatifs (au sujet de soi), un comportement mal adaptatif, une transformation identitaire ou une approbation des stéréotypes résultant des expériences, des perceptions ou de

De la stigmatisation à la stigmatisation intériorisée

l'anticipation de réactions sociales négatives d'une personne » sur la base d'un état social ou de santé stigmatisé.

Parmi les différentes appellations (auto-stigmatisation, stigmatisation de soi, intériorisée ou internalisée), la stigmatisation « intériorisée » semble plus juste et moins stigmatisante dans l'appellation même, puisqu'il s'agit bien d'un processus involontaire au sein duquel l'individu s'approprie des éléments sociétaux, des stigmates négatifs préexistants à son égard.

Différents modèles théorico-cliniques ont tenté d'éclaircir ce processus et ses impacts.

2. Principaux modèles théoriques d'intériorisation des stigmates

2.1 Modèle de Ritsher et al., (2003)

Le modèle de compréhension de la stigmatisation intériorisée de Richter & Phelan est directement issu de la création d'une échelle mesurant ce phénomène. Inspiré des théories majeures en psychologie sociale (Goffman, 1963), de groupes de discussions, mais aussi d'autres outils tels que l'échelle d'homophobie intériorisée (Ross et Rosser, 1996), ce modèle comporte 5 composantes :

De la stigmatisation à la stigmatisation intériorisée

1. L'aliénation, à savoir l'expérience subjective de perte d'une identité sociale acceptable.
2. L'endossement des stéréotypes, à savoir la propension dans laquelle les personnes sont d'accord avec les stéréotypes existants à l'encontre des personnes ayant un trouble mental.
3. L'expérience de discrimination, à savoir la perception qu'ont les personnes de la façon dont elles ont tendance à être traitées par les autres.
4. Le retrait social.
5. La résistance à la stigmatisation, à savoir l'expérience de la résistance ou de l'absence d'influence de la stigmatisation intériorisée sur les personnes.

Ce modèle de compréhension de la stigmatisation intériorisée a permis l'émergence de nombreux travaux, y compris dans le domaine de l'addictologie (Birtel et al., 2017; Luoma et al., 2008), mais peu de travaux utilisent les différentes composantes de manières distinctes.

2.2 Modèle de Corrigan et al., (2006)

Le modèle sociocognitif de l'auto-stigmatisation propose que, comme pour la stigmatisation publique, l'auto-stigmatisation se compose de stéréotypes, de préjugés et de discrimination. Dans ce modèle, Corrigan et al., (2011) et Watson et al., (2007) suggèrent que l'intériorisation des stigmates se fait en plusieurs temps, les personnes sont :

De la stigmatisation à la stigmatisation intériorisée

1. Conscientes de la stigmatisation de la maladie mentale/ d'un état ou d'un comportement stigmatisant (semblable à la stigmatisation perçue) : « les gens pensent que les personnes qui consomment des drogues sont dangereuses ».
2. Cela peut conduire à l'acceptation de la stigmatisation « oui, c'est vrai. Les personnes qui consomment des drogues sont dangereuses ! ».
3. Puis, à l'application à soi-même « je consomme de la drogue, donc je dois être dangereux ».
4. Pour finir par une incidence négative sur l'estime de soi « je suis une moins bonne personne parce que je consomme de la drogue et je suis dangereux » et le sentiment d'efficacité personnelle « je suis moins en mesure d'accomplir des choses parce que je consomme et suis dangereux » (Corrigan et al., 2011).

Il a initialement été étudié et validé auprès de populations aux prises avec diverses maladies mentales (schizophrénie, troubles bipolaires, épisode dépressif majeur) mais a également été validé pour les personnes atteintes de maladie mentale et de troubles liés à l'utilisation de substances concomitantes (Harnish et al., 2016) ainsi que des consommateurs et consommatrices de diverses substances, dont l'alcool (Schomerus et al., 2011).

La stigmatisation intériorisée provoque alors l'effet qualifié « *why try* » : « pourquoi essayer de chercher un emploi ; quelqu'un comme moi n'est pas digne », « pourquoi essayer de vivre de façon indépendante, quelqu'un comme moi n'est pas capable » (Corrigan et al., 2009). On pourrait traduire ce modèle par « à quoi bon », il est

De la stigmatisation à la stigmatisation intériorisée

pensé comme la conséquence comportementale de l'auto-stigmatisation. Il est marqué par un sentiment d'inutilité comportementale, une passivité comportementale et de la résignation (Corrigan et al., 2009).

2.3 Modèle de Luoma et al., (2008)

Pour Luoma et al., (2008) cette stigmatisation intériorisée est composée d'émotions de honte, des pensées évaluatives et de crainte de la stigmatisation résultant de l'identification des individus avec un groupe stigmatisé, constituant alors un obstacle à la poursuite d'objectifs de vie valorisés.

Qui plus est, au travers d'une étude d'efficacité thérapeutique, Luoma et al., (2012) proposent un modèle basé sur le contextualisme fonctionnel au sein duquel ils identifient quatre composantes de l'auto-stigmatisation.

1. L'identification des personnes au groupe stigmatisé et l'intériorisation des stéréotypes péjoratifs, ce qui entraîne une auto-dévaluation (Corrigan & Watson, 2002 ; Ritscher et al., 2003).
2. La crainte de subir la stigmatisation en vigueur, la crainte d'être la cible de la stigmatisation, s'apparentant alors à une forme d'anticipation (Cunningham & Breslin, 2004; Luoma et al., 2007). Il a été démontré que ces deux aspects coexistent chez les personnes disposant d'une condition stigmatisée (Luoma et al., 2007; Scambler, 1998; Taylor, 2001).
3. La tendance à l'évitement, les personnes ont tendance à répondre à ces deux premiers types de contenu cognitif par le biais de l'évitement expérientiel.

De la stigmatisation à la stigmatisation intériorisée

4. Ce type de réaction peut nuire à la capacité des personnes dans la poursuite des objectifs de vie précieux, d'agir dans le sens de leurs valeurs personnelles.

Ce modèle a abouti à la création d'un outil, comprenant les facteurs correspondant au modèle théorique, spécialement conçu pour la stigmatisation intériorisée des usagers de substances psychoactives (Luoma et al., 2013).

2.4 Intérêts et limites de ces modèles

Ces différents modèles ont permis de conceptualiser et de mettre en lumière les différentes facettes de la stigmatisation intériorisée. Ils se présentent de manière intégrative, fondé à la fois sur les concepts de psychologie sociale et de psychologie clinique. Bien qu'ils puissent se présenter comme complémentaires, ces modèles restent très différents pouvant porter confusion dans la compréhension du phénomène.

Bien qu'il existe des modèles centrés sur d'autres pathologies (Wood et al., 2017), les conceptualisations de l'intériorisation des stigmates dans le champ des addictions sont assez rares, et issues d'une adaptation de modèles plus généralistes de l'intériorisation des stigmates dans les troubles mentaux. Nous tenons à mentionner que l'ensemble des modèles mentionnés ci-dessus omettent la place des croyances dites implicites. En effet, l'un commence au moment où la personne a conscience des stigmates à l'égard de la condition qu'elle présente (Corrigan & Bink, 2005; Watson et al., 2007). L'autre modèle, débute son explication lorsque la personne

De la stigmatisation à la stigmatisation intériorisée

s'auto dévalue et craint les répercussions de la société sur son état (Luoma et al., 2007), un certain degré de conscience de soi ou de reconnaissance de la condition stigmatisante est donc déjà présent ; ce qui n'est pas nécessairement le cas dans le cadre des troubles de l'usage de substances psychoactives.

Or, les croyances implicites, mesurées de manière différente, permettent de mettre en avant des éléments ancrés, apparaissant spontanément en dehors du contrôle volontaire ou du champ de la conscience. Qui plus est, les mesures dites explicites de stigmatisation (telles que le sont les auto-questionnaires) pourraient subir de la sous-déclaration en raison d'un biais de désirabilité sociale (Greenwald et al., 2009).

D'après Nosek (2007), les mesures implicites sont moins sensibles aux éléments individuels et s'avéreraient particulièrement utiles et adaptées aux personnes dites vulnérables notamment sur des sujets tels que la stigmatisation de l'usage de substances psychoactives, du genre et des préjugés raciaux ou ethniques, car ils représentent des risques de sous-évaluation à travers des mesures exclusivement explicites. De surcroît, les mesures implicites seraient plus à même de mettre en avant certains éléments que des mesures explicites face aux croyances et aux attitudes (Von Hippel et al., 2018). La manière dont est formulée une grande majorité des études dans ce domaine est donc à regarder avec recul.

Quelque peu oubliées de certains modèles théoriques, des auteurs mettent également en avant le rôle des émotions dans le processus d'intériorisation des

De la stigmatisation à la stigmatisation intériorisée

stigmates, et notamment la place de la honte et de la culpabilité qui semble primordiale (Matthews et al., 2017).

De ces modèles a découlé la création de différents outils de mesure permettant d'évaluer l'intériorisation des stigmates. Dans le cadre d'un travail de revue systématique de la littérature, un inventaire des outils les plus fréquemment utilisés pour mesurer la stigmatisation intériorisée a été effectué, la liste desdites mesures et leurs présentations se trouve en annexe (n°8 & 9).

3. La stigmatisation intériorisée dans le trouble de l'usage d'alcool

3.1 Implication de la stigmatisation intériorisée dans le trouble de l'usage d'alcool

La littérature a d'ores et déjà mis en avant que les patients présentant un trouble lié à l'utilisation de substances subissent un degré élevé de stigmatisation intériorisée (Ahern et al., 2007; Brown, 2015; Can & Tanriverdi, 2015; Mattoo et al., 2015; Sarkar et al., 2019). Cela engendrerait des sentiments négatifs à propos d'eux-mêmes en raison de leur consommation, des symptômes dépressifs, et une dégradation du bien-être psychologique ainsi qu'une perte d'espoir (Kulesza et al., 2013). Birtel et al. (2017) ont constaté également que la stigmatisation perçue de la consommation de substances psychoactives était associée à une baisse de l'estime de soi, à une dépression et à une anxiété plus élevée ainsi qu'à des

De la stigmatisation à la stigmatisation intériorisée

difficultés de sommeil plus importantes. Ils ont mis en lumière que ces effets étaient médiatisés par une honte intériorisée et une stigmatisation intériorisée. Ces résultats sont cohérents avec la littérature qui montre que la stigmatisation perçue est liée à la stigmatisation intériorisée et à la honte intériorisée auprès d'usagers de substances dont d'alcool (Luoma et al., 2007) et que les stigmatisations perçue et intériorisée sont liées à la dégradation de la santé et du bien-être (Corrigan, Watson, & Barr, 2006; Livingston & Boyd, 2010; Luoma et al., 2007; Schomerus, Lucht, et al., 2011).

Enfin, la relation entre la stigmatisation et le soutien social perçu, l'estime de soi ou l'auto-efficacité a été peu étudiée auprès d'usagers ou usagères de substances psychoactives, et les quelques résultats existants ne font pas consensus (Luoma et al., 2010; Schomerus, Lucht, et al., 2011).

Un travail de revue systématique de la littérature que nous avons conduit a montré que toutes les substances ne sont pas également stigmatisées (Milan & Varescon, 2021). Ainsi, Cunningham et Breslin (2004) ont évalué le degré de stigmatisation publique envers les personnes ayant une dépendance à l'alcool, à la cocaïne ou au tabac. D'après leurs résultats, la stigmatisation est la plus faible envers les personnes qui ont une dépendance au tabac et plus élevée chez celles qui ont une dépendance à l'alcool ou à la cocaïne, et aucune différence significative n'apparaît entre ces deux dernières. Tandis qu'une autre étude a révélé que les patients dépendants à l'alcool seraient plus stigmatisés que ceux souffrant de dépendance aux opiacés (Mattoo et al., 2015). Les scores moyens de stigmatisation intériorisée

De la stigmatisation à la stigmatisation intériorisée

sont plus élevés auprès des personnes atteintes de trouble lié aux jeux d'argent, suivies des personnes ayant un trouble de l'usage d'alcool (Park et al., 2019).

La consommation de cocaïne basée (*i.e.*, crack), quant à elle, serait plus stigmatisée et l'intériorisation des stigmates serait plus sévère que pour les consommateurs ou consommatrices d'alcool (da Silveira et al., 2018). En effet, les usagers de crack et de substances injectables seraient plus stigmatisés à la fois par le grand public et par les usagers eux-mêmes. Par exemple, les usagers injecteurs de substances sont stéréotypés comme dangereux, irresponsables, faibles et voleurs ou ayant des comportements inappropriés et illégaux (Conrad et al., 2006; Elliott & Chapman, 2000; Flom et al., 2001; Herek et al., 2003; Luoma et al., 2007; Tindal et al., 2010). Or, dans l'étude de Sarkar et al., (2019) les participants présentant un niveau de stigmatisation intériorisée classée comme sévère étaient significativement plus susceptibles de consommer des opioïdes.

Enfin, une étude menée sur les consommateurs d'opium en Inde révèle que la stigmatisation serait faible quant à cette pratique (Gupta et al., 2019).

Au contraire, une étude démontre qu'il n'y aurait aucune différence significative, en termes de stigmatisation, entre les diverses substances consommées (Brown et al., 2015). Aucun consensus ne semble donc établi par la littérature existante, et toutes les études conduites appartiennent à des cultures différentes, pouvant influencer sur la perception d'une substance au sein du pays. Qui plus est les travaux investiguent davantage la stigmatisation publique que les potentielles différences entre substances quant à l'intériorisation de ces stigmates.

De la stigmatisation à la stigmatisation intériorisée

Dans le cadre du présent chapitre, nous allons nous concentrer sur les études menées auprès de consommateurs et consommatrices d'alcool.

3.2 Facteurs de risques à l'intériorisation des stigmates d'un trouble de l'usage d'alcool

3.2.1 Caractéristiques socio-démographiques

Dans un premier temps, les usagers ayant un niveau socio-économique bas auraient plus de risque de ne pas pouvoir faire face à la stigmatisation associée à leur condition (Corrigan & Bink, 2005). C'est ce que démontre également l'étude de Fortin (2020) pour qui un revenu précaire, une faible estime de soi, la présence d'une hospitalisation psychiatrique ainsi qu'un faible niveau de rétablissement sont démontrés comme étant des variables corrélées à la présence de stigmates intériorisés.

De surcroît, on constate dans certains travaux, que plus l'âge est avancé, plus haut le niveau de stigmates intériorisés serait élevé (Al-Khouja & Corrigan, 2017). Puis, selon quelques études, le fait d'être plus âgé, d'être un homme ou d'une ethnie minoritaire semble augmenter le risque d'intériorisation des stigmates liés à la santé mentale (Fortin, 2020; Werner et al., 2008).

En ce qui concerne le genre, les résultats sont controversés. Pour certains auteurs, le genre féminin serait plus à risque pour l'intériorisation des stigmates (Vogel et al., 2011). De plus, O'Connor et al., (1994) suggèrent que la propension à la honte est plus élevée chez les femmes consommatrices que chez les hommes consommateurs, et cette émotion pourrait avoir une place primordiale dans

De la stigmatisation à la stigmatisation intériorisée

l'intériorisation des stigmates. Or, ces résultats ne font pas l'unanimité et dans la majorité des travaux publiés la question du genre n'est pas contrôlée ou abordée.

Qui plus est, comme dans la majorité des recherches auprès d'un public de consommateurs et consommatrices, les échantillons sont composés en grande partie d'hommes, et rares sont les études centrées uniquement sur les femmes (Jacobs, 2014; Melchior et al., 2019).

3.2.2 Influence socio-culturelle

Les stigmates, leur intensité et leur conséquence varient en fonction des cultures. Selon une méta-analyse récente, le niveau d'éducation ainsi que la présence d'une ethnie (calculé en pourcentage de représentation de personnes caucasiennes dans les échantillons), seraient vus comme des variables modératrices entre la résistance à la stigmatisation et la stigmatisation intériorisée (Firmin et al., 2016). En ce sens, les personnes faisant partie d'une minorité ethnique font face à une double stigmatisation, ce qui veut dire qu'elles détiennent deux identités stigmatisantes, contribuant à davantage de discrimination (Roe et al., 2007).

En effet, dans le cadre d'une étude qualitative auprès de personnes consommatrices issues de migrations, la stigmatisation présente diverses conséquences telles que la rupture des liens, l'échec du traitement, l'intériorisation des stigmates (concernant leurs statuts de réfugiés et de consommateurs) et la conformité avec la société d'accueil. Ces personnes énoncent elles-mêmes que les stéréotypes deviennent des croyances individuelles qui sont acceptées et crues (Deilamizade et al., 2019).

De la stigmatisation à la stigmatisation intériorisée

Par ailleurs, ces divergences culturelles se retrouvent également pour d'autres substances psychoactives (Burke et al., 2015; Mak et al., 2015).

3.3 Stratégies d'adaptation en lien avec la stigmatisation intériorisée

Les personnes présentant une importante stigmatisation intériorisée se sont avérées avoir des stratégies d'adaptation évitantes se définissant comme des moyens de faire face à des problèmes précis en cherchant à réduire (ou fuir) le stress et les émotions négatives en fuyant le dit problème (Callahan & Chabrol, 2013), entraînant parfois un évitement social (Lysaker et al., 2008; Ritscher & Phelan, 2004). En outre, les stratégies d'adaptation défensives, comme le secret et le retrait, sont associées à un plus haut niveau de stigmatisation intériorisée et de stigmatisation perçue (Link et al., 1989; Link & Phelan, 2001; Luoma et al., 2007; Vauth et al., 2007; Wright et al., 2000).

Pour faire face aux stigmates intériorisés et aux émotions qui en découlent, grand nombre de personnes auraient tendance à ne pas divulguer leur(s) consommation(s) aux membres de la famille ou aux professionnels de santé (Jacobs, 2014). Or, non seulement les expériences stigmatisantes et la dissimulation qui s'en suit réduisent le soutien social et professionnel, mais elles peuvent également entraîner un isolement social (Stutterheim et al., 2016).

Par ailleurs, plusieurs stratégies d'adaptation dites fonctionnelles face à cette intériorisation ont été identifiées. Il semblerait que l'acceptation (bien différenciée de la résignation) fasse partie de celles démontrant le plus de bénéfices pour

De la stigmatisation à la stigmatisation intériorisée

l'usager, notamment du point de vue de la construction identitaire (Stutterheim et al., 2016). L'appartenance et l'identification au groupe ont été abordées au sein de certains travaux, parfois en tant que stratégie d'adaptation, parfois en tant que répercussion négative. Par ailleurs, les participants ayant davantage de soutien émotionnel ou tangible ont moins de stigmas intériorisés, ce qui peut laisser croire que le soutien social est un facteur de protection (Chronister et al., 2013).

3.4 Sentiment d'appartenance groupale

Major et O'brien (2005) proposent que l'appartenance identitaire à un groupe puisse, dans certains cas, avoir un impact négatif sur la santé. Appartenir à un groupe stigmatisé (par exemple, un groupe d'usagers de substances psychoactives) peut entraîner des réactions de stress : affectives, physiologiques, cognitives et comportementales (Blascovich et al., 2001), ainsi qu'une dégradation de la santé mentale et physique, telle qu'une symptomatologie anxieuse, dépressive et des difficultés de sommeil (Major & O'brien, 2005; Pascoe & Smart Richman, 2009; Schomerus, Lucht, et al., 2011; Williams & Mohammed, 2009) en raison du poids identitaire que cela comporte. Par ailleurs, Watson et al., (2007) décrivent qu'une partie intégrante de l'intériorisation de la stigmatisation consiste à s'identifier au groupe stigmatisé et à croire que cette identification de groupe est légitime.

A contrario, l'identification au groupe, telle que définie par Correll et Park (2005) représente le degré auquel l'individu se décrit comme faisant partie ou se sent attaché au groupe. Elle peut également être envisagée comme protectrice parce

De la stigmatisation à la stigmatisation intériorisée

qu'elle permettrait une perception de soi construite autour de la définition du groupe. Dans leurs analyses de médiations, Watson et al. (2007) remarquent que l'effet de l'identification au groupe et de la légitimité perçue sur l'estime de soi et l'auto-efficacité sont médiatisés par la stigmatisation intériorisée. D'après ces auteurs, elle serait un facteur de protection contre les effets néfastes de l'auto-stigmatisation en créant une identité protectrice pour réagir face au stigma. Ils mentionnent ainsi que l'identification au groupe et la perception de la légitimité du stigma pourraient limiter les effets de la stigmatisation intériorisée sur l'estime de soi et le sentiment d'efficacité personnelle (Watson et al., 2007). Ces résultats sont concordants avec les études stipulant que l'identification au groupe protégerait de la stigmatisation intériorisée par la formation d'une identité défensive (Corrigan & Watson, 2002; Frable et al., 1997).

En revanche, les travaux effectués par Grenier (2015) auprès de personnes présentant un trouble de l'usage de l'alcool vont à l'encontre de ces précédentes études, puisqu'un lien positif entre la stigmatisation intériorisée, l'appartenance au groupe, mais aussi l'anxiété et la dépression a été mis en avant.

Tout en sachant que la condition pour qu'un sentiment d'appartenance à un groupe émerge est de se sentir concerné par le groupe, en cas de consommations, cela implique que la personne s'identifie à d'autres personnes consommatrices et a une conscience de sa consommation et son intensité. Qui plus est, les groupes, notamment d'ordre communautaire, rassemblent des usagers autour de pratiques de consommation semblables, mais également d'autres caractéristiques allant de la

De la stigmatisation à la stigmatisation intériorisée

langue, la culture, à diverses façons d'être multidimensionnelles et non pas uniquement centrées sur la consommation.

3.5 Conséquences

Selon le Ministère de la Santé et des Services sociaux (2015, p. 15) du Québec, « la souffrance occasionnée par la stigmatisation peut être plus grande que celle causée par les symptômes de la maladie, d'où l'importance d'en connaître davantage sur le processus afin d'améliorer la qualité de vie des personnes souffrant de troubles mentaux ».

3.5.1 Psychopathologiques

Les conséquences de l'intériorisation des stigmates sont multiples. Elle est, dans un premier temps, associée à une symptomatologie dépressive et anxieuse plus élevée (Brown et al., 2015). La présence de la symptomatologie dépressive elle-même engendrerait également une présence plus importante de stigmates intériorisés (Lyu et al., 2017). Le sens du lien n'est ainsi pas défini et il se pourrait que les deux s'inter-influencent. De manière générale, l'intériorisation des stigmates engendre une diminution de la qualité de vie des usagers (Smith et al., 2016).

L'estime de soi est également affectée par ce processus (Lyu et al., 2017). Plusieurs études ont démontré que la stigmatisation a des impacts sur l'estime de soi des personnes concernées (Link & Phelan, 2001; Verhaeghe et al., 2008). Des facteurs

De la stigmatisation à la stigmatisation intériorisée

tels que l'impression d'avoir perdu le contrôle sur sa vie, la perte de relations sociales ainsi que la difficulté à s'actualiser au travers de rôles sociaux significatifs, ont pour effet que la personne se sentira dévalorisée lorsqu'elle se compare à ses pairs, avec un impact négatif sur l'estime de soi (Camp et al., 2002). En effet, lorsqu'une personne en arrive à intérioriser les stéréotypes négatifs véhiculés dans la société quant à son état, son estime de soi est « doublement » affectée. Ce processus qui consiste à intégrer une image négative de soi serait associé à un état dépressif ainsi qu'à une faible estime de soi (Boyd et al., 2010; Leiderman et al., 2011; Moses, 2009). Notons que, ajoutées aux facteurs sociodémographiques, les sous-échelles de stigmatisation intériorisée expliquent 68,1% de la variance de l'estime de soi auprès de consommateurs d'alcool (Park et al., 2019).

De plus, les personnes ayant une faible estime de soi ont tendance à avoir un plus haut niveau d'auto-stigmatisation que les personnes ayant une haute estime d'elles-mêmes (Gureje et al., 2004; Link & Phelan, 2001; Okhakhume, 2012), ce qui laisse à penser que la relation entre l'estime de soi et la stigmatisation intériorisée est bidirectionnelle. Enfin, plus précisément, 24% à 43% des personnes présentant une faible estime de soi sont sujettes à l'intériorisation des stigmates (Okhakhume, 2012). L'estime de soi est également vue par des auteurs comme étant un facteur médiateur entre l'introspection et la démoralisation seulement lorsqu'il est accompagné de croyances auto-stigmatisantes (Cavelti et al., 2012). De plus, l'association entre l'introspection et la dépression, une faible qualité de vie, ainsi qu'une estime de soi faible est modérée par la stigmatisation (Staring et al., 2009).

De la stigmatisation à la stigmatisation intériorisée

Dans une étude portant sur les *posts* des usagers au sein des forums internet de soutien pour personnes en rétablissement d'une addiction à l'alcool, la stigmatisation intériorisée prédit de manière négative le sentiment d'efficacité personnelle, le bien-être, accroît les émotions négatives et ce lien est médiatisé par l'identification au groupe (Bliuc et al., 2019).

L'intériorisation des stigmates liés à la consommation a des conséquences sur la vie sociale des usagers. Cela conduit à un retrait social, à une altération du fonctionnement professionnel, la détérioration des relations interpersonnelles, la perte de la volonté de participer à des activités sociales ainsi qu'une moindre adaptation sociale et un sentiment de soutien social perçu plus faible (Can & Tanriverdi, 2015). Qui plus est, au sein de leur modèle explicatif, Da Silveira et al. (2018) ont démontré que les variables sociales associées aux variables psychologiques expliquent 34% de la variance de l'échelle de stigmatisation intériorisée (ISMI). Une autre étude démontre que la stigmatisation intériorisée prédit une intention de consommer des substances psychoactives par la suite, et ce, notamment chez les individus présentant un faible soutien social (Mo et al., 2020).

3.5.2 Identitaires

Il est à noter que l'aspect identitaire peut être grandement influencé par l'intériorisation des stigmates. Selon Goffman (1963, p. 3), la stigmatisation est un attribut qui discrédite considérablement un individu, le réduisant ainsi « d'une personne entière et habituelle à une personne contaminée et réduite ». La personne

De la stigmatisation à la stigmatisation intériorisée

finit alors par se considérer et se définir uniquement par la condition stigmatisante (« je suis un alcoolique ») laissant de côté l'identité professionnelle, personnelle, familiale ou autre (Mashiach-Eizenberg et al., 2013).

D'après Overton & Medina (2008), les individus peuvent intérioriser une identité qui les déshumanise. Lorsque cette identité ne respecte pas les normes sociales, cela peut conduire à des sentiments d'infériorité, de haine de soi et de honte (Lenhardt, 2004).

Ainsi, l'intériorisation des stigmates atteint la personne d'un point de vue identitaire, il est fréquent que plusieurs conditions stigmatisantes soient présentes chez un même individu comme le démontrent 10 études sur les 39 études incluses dans une revue systématique sur le sujet (Milan & Varescon, 2021). L'acceptation du trouble addictif est un long cheminement, avec tout le poids social des stéréotypes qu'il porte. Pour autant, l'acceptation semble essentielle dans le processus de rétablissement, en tant que conscience et compréhension de soi plutôt que marque de stigma et de honte (Hill & Leeming, 2014).

Cependant, les personnes présentant une meilleure connaissance de leur maladie pourraient être enclines à s'auto stigmatiser davantage que celles qui ont moins d'informations sur la maladie. Ainsi *l'insight* pourrait favoriser l'intégration des visions négatives associées à celle-ci (Lyu et al., 2017), au risque que cela englobe l'ensemble de l'identité. Il est alors difficile de faire coexister une identité personnelle en parallèle à l'identité de consommateur (Spencer, 2017).

De la stigmatisation à la stigmatisation intériorisée

Au-delà de la consommation de substances, les études citées dans les paragraphes suivants se sont attachées à démontrer que les individus peuvent présenter d'autres conditions et appartenances à d'autres groupes minoritaires entraînant eux aussi une stigmatisation, et conduisant à multiplier les risques d'intériorisation de stigmates.

Dans un premier temps, la forte prévalence d'usagers de substances psychoactives parmi les personnes atteintes du VIH justifie le nombre d'études menées auprès de cette population, souffrant d'une double stigmatisation (Johansson et al., 2017). Or, la consommation engendrerait un niveau plus élevé de honte et de stigmates intériorisés que la séropositivité (Li et al., 2020; Stutterheim et al., 2016). L'intériorisation des stigmates liés au VIH entraînerait une symptomatologie dépressive plus importante seulement dans le cas où la personne subit également la stigmatisation liée à la consommation de substances (Earnshaw et al., 2015).

De la même façon, la stigmatisation liée à la consommation de substances psychoactives serait plus à risque d'être intériorisée que celle liée à d'autres pathologies mentales (Quinn et al., 2014), et ce, même auprès de personnes présentant des troubles concomitants (Harnish et al., 2016). Les personnes présentant une addiction ainsi qu'une autre pathologie mentale auraient plus conscience des stéréotypes existants et seraient plus en accord avec ceux-ci, tandis que les personnes atteintes uniquement d'une autre pathologie mentale seraient plus conscientes des stigmates, mais moins susceptibles de les appliquer à elles-mêmes, et ce d'autant plus lorsqu'elles s'identifient positivement au groupe (Al-Khouja & Corrigan, 2017).

De la stigmatisation à la stigmatisation intériorisée

Lorsque l'on traite de stigmatisation, chaque mot utilisé a son importance. Le vocabulaire utilisé pour nommer une personne présentant un usage de substance psychoactives a donc son importance et son rôle dans la stigmatisation et dans la réduction identitaire qui en découle. En effet, un « alcooloo », un « junkie », un « ivrogne » ne se résume plus qu'à cela, la consommation ou l'addiction prend la part intégrale de l'identité puisque c'est avec cette appellation qu'on le définit, avec toutes les connotations et représentations négatives que cela comporte. L'étude de Pivovarova & Stein (2019) a permis de mettre en avant qu'au sein de leur échantillon, les personnes préféraient grandement l'appellation de « personne qui consomme des substances ». Cette appellation maintient une part d'une autre identité possible, la personne est humanisée et la consommation vient s'ajouter à cette identité et n'est plus l'action qui la résume.

Au sein d'une autre étude, la majorité des personnes (66,6% des 54 participants) utilisent le mot « *addict* », contre une minorité (38,89%) usant de l'appellation « personne atteinte d'un trouble de l'usage » (Ashford et al., 2019). Le vocabulaire choisi a pourtant une influence. Bien qu'ils/elles ne présentent aucune différence statistiquement significative, les usagers utilisant « personne atteinte d'un trouble de l'usage » montrent des scores inférieurs de stigmatisation perçue et intériorisée, mais une plus longue durée de prise en charge et un score plus important de honte intériorisée. Qui plus est, les personnes n'utilisant aucune des deux appellations pour se décrire présentaient une meilleure estime de soi.

De la stigmatisation à la stigmatisation intériorisée

3.5.3 Professionnelles

De plus, il peut être difficile pour la personne malade de se trouver un emploi, car les employeurs affirment avoir tendance à ne pas choisir une personne ayant un diagnostic psychiatrique (Freidl et al., 2008). L'intériorisation des stigmates qui découle de tels troubles psychiatriques limite à la fois l'initiation dans la recherche d'emploi et le maintien en poste, notamment car les personnes ne s'en estiment pas forcément capable. D'ailleurs, il est fréquent de retrouver sur le marché du travail des exemples de discrimination envers les personnes présentant des troubles mentaux, tels que la perte d'un emploi ou d'opportunités pouvant mener à un travail stable (Boyd et al., 2010; Leiderman et al., 2011; Lundberg et al., 2007).

3.5.4 Santé et accès au soin

La stigmatisation intériorisée serait liée à une adhérence plus faible au traitement pharmacologique et psychosocial, en raison des difficultés des patients envers l'amélioration de leur état de santé mentale, des stratégies d'adaptation choisies et de la perception des stigmates (Adewuya et al., 2009; Latalova et al., 2014; Sirey et al., 2001).

De nombreux travaux se sont centrés sur le rôle de l'intériorisation des stigmates dans les processus de rétablissement et la motivation au traitement. Les personnes ayant un passé de prise en charge pour trouble de l'usage présentent des scores plus élevés de stigmatisation intériorisée (Bozinoff et al., 2018), bien que ces résultats ne soient pas confirmés par d'autres travaux (Brown et al., 2015).

De la stigmatisation à la stigmatisation intériorisée

Un haut niveau de stigmates intériorisés prédit un plus long séjour de traitement pour trouble de l'usage de l'alcool (Luoma et al., 2014). De même, les personnes ayant vécu plusieurs séjours hospitaliers pour traiter leurs troubles présentent des niveaux plus sévères de stigmatisation intériorisée (Lyu et al., 2017). Qui plus est, cela est vrai pour d'autres produits puisque les usagers atteints par les stigmates fréquentent moins les programmes d'échange de seringues alors même qu'ils présenteraient une dépendance sévère (Melchior et al., 2019). Cette distance avec les structures de soins est retrouvée également au sein des études qualitatives, puisque le thème d'échec du traitement apparaît dans le discours de plusieurs usagers (Deilamizade et al., 2019; Jacobs, 2014).

Enfin, les études qualitatives comportent un autre point commun qu'il semble important de relever. Différentes études retrouvent le thème de la honte comme thème principal de leurs analyses, et notamment la honte en tant que frein dans la recherche d'aide (Hill & Leeming, 2014 ; Jacobs, 2014 ; McCann et al., 2018 ; Spencer, 2017).

3.5.5 Thérapeutiques

Les études sur le sujet de l'intériorisation de la stigmatisation des usagers substances psychoactives ont débuté il y a quelques décennies et la majorité des travaux proposés s'était intéressée à l'impact sur le processus de traitement des usagers. On comptabilise deux méta-analyses publiées entre 2018 et 2019 regroupant les travaux traitant de l'impact de l'auto-stigmatisation des usagers de

De la stigmatisation à la stigmatisation intériorisée

substances dans les processus de « soin » ou de « rétablissement ». L'une de ces méta-analyses comptabilise 18 travaux (Crapanzano et al., 2019), l'autre 64 (dont 31 avec une méthodologie qualitative) (Hammarlund et al., 2018). Aussi, nous observons une forte relation entre l'auto-stigmatisation et les faibles résultats du rétablissement (Yanos et al., 2008).

La stigmatisation dite institutionnelle, tout comme la stigmatisation sociale, représente un frein important à la participation au traitement (van Boekel et al., 2013). Cumming et al., (2016) ont constaté qu'elle était l'un des obstacles les plus fréquemment cités à l'accès au traitement médicamenteux. Qui plus est, des consommateurs d'alcool recrutés tant dans des services de soin que de réduction des risques rapportent que l'absence de stigmatisation de la part de l'institution et de ces employés est un moteur à la poursuite du traitement. Or, cette stigmatisation de la part des personnes *lambda* ou des professionnels de santé conduit à une augmentation de la stigmatisation intériorisée (Mak et al., 2017) et cette stigmatisation intériorisée aurait en elle-même un impact sur le traitement.

La stigmatisation reste ainsi à tout niveau un frein important dans le processus de soin des usagers. Des consommateurs de substances psychoactives dites illicites (Frank, 2011) et d'alcool (Hill & Leeming, 2014) s'accordent pour dire que la stigmatisation sociale et l'auto-stigmatisation compliquent la poursuite du programme de traitement.

Aussi, un travail a mis en avant que malgré un « rétablissement » du trouble de l'usage de substances psychoactives, les effets de la stigmatisation et de l'auto-

De la stigmatisation à la stigmatisation intériorisée

stigmatisation se maintiendraient au cours des années suivantes, démontrant les séquelles potentielles au-delà de la consommation en tant que telle (Hart et al., 2001).

Or, nous savons qu'une approche basée sur *l'empowerment*, des interventions centrées sur la personne ainsi qu'une approche axée sur le rétablissement permettent de bien définir les besoins individuels et sont des stratégies plus efficaces afin de réduire l'auto-stigmatisation (Cavelti et al., 2012; Chan & Mak, 2014).

Seuls quelques travaux se sont ainsi intéressés aux émotions en jeu dans ce processus, avec notamment la honte et le sentiment de culpabilité qui en résulteraient (Birtel et al., 2017; Gilbert, 2000; Luoma et al., 2007).

Synthèse du chapitre 2

Ce second chapitre a permis de mettre en avant les concepts de stigmatisation et de stigmatisation intériorisée. À l'interstice de la psychologie sociale, cognitive, clinique et psychopathologique, la stigmatisation est comprise comme l'ensemble des phénomènes de stéréotypes (composante cognitive), préjugés (composante affective) et discrimination (composante comportementale). Une classification des typologies de la stigmatisation a permis de distinguer la stigmatisation publique, institutionnelle, perçue et intériorisée. Par stigmatisation intériorisée, on entend ici un processus en quatre étapes au travers duquel les personnes appartenant au groupe minoritaire visé par les stigmates vont les intérioriser, se les approprier et se définir comme tel. Le présent travail de thèse se base sur le modèle progressif de Corrigan, largement étudié et validé et ce notamment auprès des usagers et usagères d'alcool. Celui-ci décrit une intériorisation des stigmates se déroulant en 4 étapes successives : 1) la conscience des stéréotypes, 2) l'accord avec ceux-ci, 3) l'application à soi-même, 4) leurs diverses conséquences délétères. Ces conséquences ont fait l'objet de nombreux travaux de recherche, elles concernent à la fois des implications identitaires, sociales, émotionnelles, psychopathologiques, sanitaires, qui sont plus amplement décrites au sein du chapitre. Malgré les avancées des travaux au cours des dernières décennies, de nombreuses zones d'ombres restent à éclaircir afin de cerner ce phénomène, ses implications et ses conséquences et ce afin de pouvoir agir au niveau (psycho)thérapeutique.

CHAPITRE III

Les émotions réflexives de honte et de culpabilité

« Si l'émotion est une ivresse, la passion est une maladie qui résiste à tous les moyens thérapeutiques... c'est un enchantement qui exclut l'amélioration morale. »

- Anthropologie d'un point de vue pragmatique, Kant (1798, p.238)

1. Les émotions en psychologie

1.1 Evolution de la compréhension du phénomène émotionnel

Comme le disait très bien Fehr & Russell (1984, p.464) : « Chacun sait ce qu'est une émotion, jusqu'à ce qu'on lui demande d'en donner une définition ». Relevant, pour une partie d'entre elles, de l'inné, elles sont présentes dans la vie quotidienne. Les émotions sont à la fois évidentes pour tous, et à la fois difficilement capturables dans leurs compréhensions. D'après Lange (1885, p.672) : « On peut affirmer sans exagération que, scientifiquement, nous ne comprenons absolument rien aux émotions, que nous n'avons pas l'ombre d'une théorie sur les émotions en général ou de telle émotion en particulier ».

L'analyse du phénomène émotionnel, bien qu'initiale il y a longtemps, fût lente et fastidieuse. Et ce, paradoxalement à la solution humaine pour les gérer qui elle, est apparue précocement pour faire face aux émotions : leurs tentatives de suppressions. Platon et Descartes les définissent comme des perturbateurs, et à la suite, Skinner, recommandent de les éviter et/ou les supprimer (Niedenthal et al., 2009). Celles-ci furent si peu étudiées en Occident que le terme, toujours connoté péjorativement, n'apparaît en France qu'au XVIIe siècle. Il faut attendre le XVIIIe siècle pour que l'on tente de caractériser les émotions comme mécanismes du comportement (Rimé, 2005). S'en est suivie une période de tentative de compréhension du phénomène émotionnel en analysant la cause de ces dernières, cette période a vu l'émergence de deux courants qui s'opposent, ayant laissé des traces dans la conceptualisation actuelle. L'approche physiologique, postulant que

l'émotion naît de l'activation physiologique (Cannon, 1927; Wenger et al., 1956) d'origine évolutionniste (Darwin, 1872) et l'approche cognitive, postulant que l'émotion naît des cognitions (Arnold, 1960; McLean, 1963). À la suite des apports de ces deux modèles, certains auteurs ont tenté de les concilier afin d'obtenir un modèle de compréhension plus global, donnant place à une approche cognitivo-physiologique (Schachter, 1964). Les émotions deviennent alors le produit d'une interprétation personnelle des caractéristiques de la situation (Schachter & Singer, 1962).

1.2 Définition générale des émotions

Bien que le domaine scientifique ait mis un certain temps à appréhender les émotions (Damasio, 1999), initialement étudiées par la poésie ou la littérature, nous observons désormais un champ important de travaux portant sur les émotions. Au fil des derniers siècles, l'importance des émotions dans le fonctionnement humain a été mise en exergue dans de nombreux domaines intra psychologiques (*e.g.*, psychologie sociale, clinique, cognitive, neuropsychologie) permettant l'émergence de nombreuses définitions. Au sein de la littérature, nous comptons déjà il y a vingt ans, plus de quatre-vingt-douze définitions caractérisant l'émotion (Kleinginna & Kleinginna, 1981). Parmi les nombreuses définitions existantes, l'APA définit l'émotion comme « un schéma de réaction complexe, impliquant des éléments expérientiels, comportementaux et physiologiques, par lesquels un individu tente de

réagir à une situation ou un événement important. »¹ (APA Dictionary of Psychology, s. d.)

Étymologiquement issu du latin « *emovere* », le terme émotion signifie mettre en mouvement. L'émotion sert ainsi fondamentalement à passer à l'action, dans un contexte donné. La tendance à l'action, qui peut être comprise comme la composante motivationnelle d'une émotion, consiste en la préparation des réactions comportementales appropriées permettant de poursuivre un but prioritaire à en tenant compte, à un certain degré, des facteurs contextuels. Dans ce sens, plusieurs chercheurs (Darwin, 1872; Izard, 1991; Izard et al., 2000; Plutchik, 1980, 1994; Tomkins, 1984) considèrent que la fonction des émotions serait de « motiver » le comportement humain. Selon cette position, l'émotion facilite un comportement en particulier visant la satisfaction de nos buts et besoins.

Par ailleurs, les émotions sont centrales dans les interactions sociales (Riggio, 1992). Sans celles-ci il n'y aurait pas d'attachement. En effet, elles déterminent les attitudes interpersonnelles et régulent les interactions sociales (Philippot, 2013).

Par ailleurs, afin de bien définir ce qu'est l'émotion, il est important de mentionner ce qu'elle n'est pas. L'émotion, terminologiquement, diffère significativement du sentiment, de l'humeur, du tempérament ou autre état affectif (Cosnier, 2006). Plusieurs aspects permettent de différencier ces états, à la fois en termes de temporalité, de déclencheurs, de fonction et d'intensité.

¹ Notre traduction

Les émotions réflexives de honte et de culpabilité

En effet, l'émotion est la réaction spontanée d'un individu face à un changement de son environnement. Observable de par les marqueurs physiologiques qu'elle enclenche, sa durée est très brève et elle se veut adaptative. Selon Frijda (1986), celle-ci serait limitée à 5 secondes, l'humeur quant à elle est définie comme un ensemble de petites émotions persistantes, dont les conséquences se prolongent sur plusieurs heures, plusieurs jours, plusieurs semaines ou plusieurs mois dans le cadre du trouble affectif (Davidson, 1994; Luminet, 2008).

Au-delà de la temporalité qui fait varier chacun de ces états, les déclencheurs sont également différents, d'un stimulus identifiable pour l'émotion, à quelque chose de plus diffus pour l'humeur (Besche-Richard & Bungener, 2006; Cosnier, 2006). De plus, l'humeur ne présente pas le rôle adaptatif que présente l'émotion (Damasio, 2004) et se présenterait comme une sensation affective peu fluctuante d'intensité modérée et durable (Vincent, 2010).

Par ailleurs, l'affect, également d'une durée longue, pourrait regrouper les concepts d'humeur et d'émotions (Piolat & Bannour, 2008). Ce concept large, englobant l'expression émotionnelle de son initiation à sa fin, regroupe tous les modes d'expression émotionnelle (*i.e.*, expressions faciales, verbales), comprenant des expressions physiologiques, comportementales et cognitives (Lang, 1979; Luminet, 2008; Scherer, 1984).

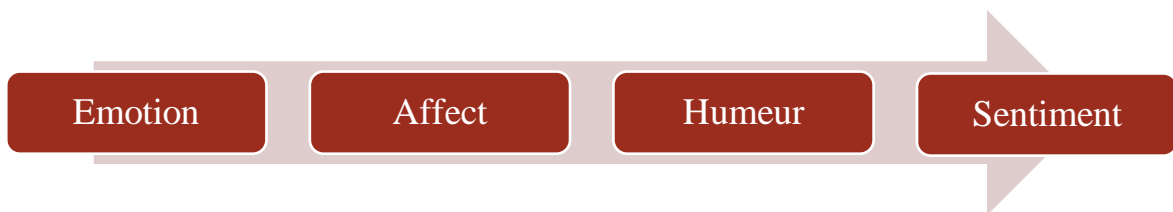
D'une plus longue durée encore, le sentiment se présente comme le versant conscient et impliquant les cognitions du phénomène affectif. En effet, celui-ci implique des idées, des pensées, une auto-analyse de son état émotionnel (Damasio, 2001). Bien que d'une intensité ressentie plus basse (Congard, 2007), le

Les émotions réflexives de honte et de culpabilité

sentiment n'en est pas moins fonctionnel puisqu'il joue un rôle clé dans la compréhension, la conscientisation, l'expression et la régulation émotionnelle.

Ainsi, l'ensemble de cette terminologie n'est pas égal, mais bien en interaction constante pour composer ensemble l'expérience affective (Luminet, 2008).

Figure n°2 L'expérience affective : présentation des concepts fléchés en fonction de leurs durées



Pour en revenir aux émotions, qui nous concernent plus particulièrement dans le cadre du présent travail, les travaux effectués au fil des années ont permis d'en distinguer plusieurs typologies. Différentes méthodes de classifications ont opéré au cours des décennies, tantôt en fonction de leurs valences, de leurs intensités, de leurs activations. Dans le cadre du présent travail, nous ne pourrions présenter l'ensemble de ces classifications, et nous allons donc concentrer le propos sur la distinction qui a été opérée entre : les émotions primaires (ou émotions de bases), et les émotions secondaires, également appelées émotions réflexives, émotions de conscience de soi, émotions morales. Nous allons à présent présenter et définir chacune de ces catégories

1.3 Les émotions de bases ou primaires

Nombreux auteurs ont effectué une distinction catégorielle des émotions, avec initialement un faible consensus. Les différents modèles ne comprennent pas les mêmes émotions ni le même nombre, on y retrouve parfois onze émotions, parfois huit (Ekman, 1982; Izard, 1977; Maclean, 1952; Plutchik, 1980; Tomkins, 1984). En a découlé une théorie des émotions fondamentales, comportant 5 émotions de base présentes communément dans les divers modèles des auteurs, et validées empiriquement internationalement depuis. Il s'agit de la tristesse, la colère, la joie, le dégoût et la peur.

Par émotion primaire, on entend des émotions innées, présentes chez tous les êtres humains (sauf exceptions pathologiques), et ce, en dehors de toute culture ou de tout apprentissage. Ces émotions correspondent aux définitions énoncées en amont, à savoir un phénomène très bref, intervenant dans le but de s'adapter à un contexte donné et d'alerter sur l'environnement.

On doit à Damasio (2006) la clarification de cette distinction entre les émotions primaires et les émotions secondaires. Les travaux de ce dernier proposent que les émotions primaires soient très précoces, voire innées et liées au système limbique. Par ailleurs, les émotions secondaires interviendraient plus tardivement dans le développement, lorsque l'on commence à percevoir les émotions et que l'on acquiert la capacité d'établir des liens entre celles-ci, et entre phénomènes, situations et émotions primaires (élargissement aux cortex préfrontaux et somatosensoriels). Les représentations conscientes de l'émotion qui interviennent permettent à leur tour la représentation de l'émotion éprouvée et de celles des autres.

1.4 Les émotions réflexives ou morales

Les émotions, outre nous informer sur notre environnement, nous aident à interagir et à faciliter les relations interpersonnelles. Elles sont ainsi source d'informations pour soi et pour autrui. Les émotions dites secondaires, appelées également émotions de conscience de soi, émotions réflexives, émotions morales ou émotions auto-évaluatives, diffèrent par ce rôle des émotions primaires. Ces appellations permettent d'identifier les fonctions morales et sociales de ces dernières (Barrett, 1995; Tangney & Dearing, 2002). Nous nous en tiendrons ici à l'appellation d'émotions réflexives (Tangney & Fischer, 1995).

Ces émotions apparaissent plus tardivement dans le développement humain, aux alentours de trois ans en moyenne, et continueront de se développer jusqu'à l'adolescence (Lewis et al., 1992; Lewis & Brooks-Gunn, 1979), contrairement aux émotions primaires considérées comme innées. En effet, les émotions réflexives nécessitent d'une part la conscience d'autrui et de soi, intervenant en moyenne à l'âge de deux ans, et d'autre part l'intervention des cognitions (Izard et al., 1999). Différents processus sont nécessaires à la mise en place des émotions réflexives, ce qui explique leur développement plus long, se poursuivant au fil des années. Ces processus correspondent à la conceptualisation de soi, l'évaluation de soi, la comparaison sociale, et l'internalisation des normes et des morales sociétales. D'après Robins (2007) « bien que les émotions de base, comme la peur et la tristesse, puissent impliquer et impliquent souvent des processus d'auto-évaluation, seules les émotions conscientes d'elles-mêmes doivent impliquer ces processus » (Tracy et al., 2007, p. 5). Par ailleurs, les émotions réflexives, contrairement aux

Les émotions réflexives de honte et de culpabilité

émotions de base, font l'objet d'une grande variabilité culturelle en ce qui concerne le ressenti subjectif et les règles d'expression (Kitayama et al., 1995).

Au sein de cet ensemble d'émotions réflexives, nous pouvons retrouver une sous-classification, distinguant les émotions comparatives (*i.e.*, l'envie, la jalousie) des émotions auto-évaluatives (*i.e.*, honte, culpabilité, fierté) (Niedenthal et al., 2009).

Parmi ces émotions réflexives, la classification la plus consensuelle propose d'inclure la jalousie, la honte, la culpabilité, l'envie et la fierté (Tracy et al., 2007). Bien que d'autres classifications antérieures ne comprenaient pas la jalousie et l'envie mais contiennent la fierté et l'orgueil (Taylor, 1985).

Parmi cet ensemble d'émotions réflexives, deux nous intéressent particulièrement dans le cadre du présent travail : la honte et la culpabilité. Deux émotions réflexives souvent confondues et utilisées, à tort, de manières interchangeables, que nous allons prendre le temps de définir.

1.5 Honte et culpabilité : deux émotions confondues, mais différentes

La honte et la culpabilité sont deux émotions réflexives, jouant un rôle dans la régulation du comportement moral (Miller & Leary, 1992; Sabini & Silver, 1997; Scheff, 1988, 1990; Tangney, 1999) qui semblent apparaître toutes deux lorsque l'on outrepassé les normes sociétales. Les études phénoménologiques de la culpabilité et de la honte indiquent que ces émotions renforcent effectivement un sentiment de responsabilité concernant ses propres actions (Ferguson et al., 1991; Lindsay-Hartz et al., 1995). En conséquence, les gens devraient être moins

Les émotions réflexives de honte et de culpabilité

susceptibles de reproduire, dans le futur, le comportement qui les a amenés à ressentir ces émotions. Cela est d'autant plus vrai pour la culpabilité qui générerait davantage un comportement auto réparateur que la honte (Tangney & Dearing, 2002). C'est en raison de ces quelques points communs que la honte et la culpabilité sont à tort utilisées de manière interchangeable dans la littérature et dans le langage commun.

Pour autant, ces deux états émotionnels présentent de nombreuses différences. D'après Lewis (1971), la culpabilité est une émotion qui implique d'identifier un de ses propres comportements comme mauvais, blessant ou immoral. Tandis que la honte est une émotion qui implique de percevoir le soi entier comme mauvais et sans valeur. Il s'agit ainsi d'une auto évaluation négative dont l'objet varie, soi ou un comportement effectué par soi, tel que ces expressions le transcrivent : « je me sens coupable à propos de ce que j'ai fait » et « j'ai honte de moi ». La honte diffère de la culpabilité en ce qu'elle se rapporte à l'individu plutôt qu'à l'action et qu'elle est liée au retrait plutôt qu'à l'approche (Baumeister et al., 1994). Comme le disait Sorensen (s. d.) « Contrairement à la culpabilité, qui est le sentiment de faire quelque chose de mal, la honte est le sentiment d'être quelque chose de mal ».

Par ailleurs, la présence physique d'autrui pourrait influencer le déclenchement d'une émotion ou l'autre. On considère que la honte survient par l'exposition publique et la désapprobation d'autrui alors que la culpabilité survient dans la sphère privée lorsque l'individu est rongé par sa conscience (Ausubel, 1955; Gehm & Scherer, 1988). Cependant, ces résultats ne sont pas confirmés par les travaux de Tangney (1992) mettant en avant une égalité des ressentis dans la sphère

Les émotions réflexives de honte et de culpabilité

individuelle, outre la présence d'autrui (*e.g.*, physique ou imaginée), entre la honte et la culpabilité.

Nous allons maintenant définir plus spécifiquement la honte, puis la culpabilité.

1.6 La honte

L'APA définit la honte comme une « émotion de conscience de soi très désagréable qui naît du sentiment qu'il y a quelque chose de déshonorant, d'impudique ou d'indécent dans sa propre conduite ou dans les circonstances. Elle se caractérise généralement par un retrait des relations sociales - par exemple, en se cachant ou en détournant l'attention d'autrui de son acte honteux - ce qui peut avoir un effet profond sur l'adaptation psychologique et les relations interpersonnelles. La honte peut motiver non seulement un comportement d'évitement, mais aussi une colère défensive et des représailles. Les recherches en psychologie font régulièrement état d'une relation entre la propension à la honte et une série de symptômes psychologiques, notamment la dépression, l'anxiété, les troubles de l'alimentation, la sociopathie subclinique et une faible estime de soi. La honte est également censée jouer une fonction adaptative plus positive en régulant les expériences d'intérêt et d'excitation excessives et inappropriées et en diffusant un comportement social potentiellement menaçant. »² (APA Dictionary of Psychology, s. d.).

Ainsi, la honte est une émotion au ressenti désagréable, engendrant des manifestations physiologiques de stress hormonal avec une hausse du cortisol, un

² Notre traduction

rougissement ; des manifestations comportementales et cognitives avec une difficulté à s'exprimer et à poursuivre son discours, une confusion de la pensée et une attitude globale décrite comme une envie de disparaître du regard d'autrui (Gruenewald et al., 2004; Lewis & Ramsay, 2002).

Celle-ci serait susceptible de se déclencher en présence d'autrui, lorsqu'autrui est spectateur d'une scène jugée honteuse pour soi (*e.g.*, dans des situations d'échec, de rejet public), mais pourrait également intervenir lorsqu'autrui est imaginé ou pensé, avec une dévaluation de soi et une prise de conscience de comment le soi peut paraître aux autres (Tangney et al., 1992; Tangney & Fischer, 1995).

Dans le prolongement des travaux de Lewis (1971), Tangney (1994) a décrit la tendance à la honte comme étant inadaptée. Parce qu'il est difficile d'agir sur son identité globale, du moins à court terme, les sentiments de honte tendent à susciter des comportements d'évitement (*e.g.*, se cacher ou fuir) ainsi que de l'agressivité (Tangney, 1991, 1993; Tangney, Wagner, Fletcher, et al., 1992). Ainsi, la honte engendrerait des stratégies de coping d'évitement, de tentatives de cacher la faute commise, mais également des stratégies cognitives de réinterprétation, d'oubli et de conversion (Lewis, 1971; Lewis et al., 1992). C'est dans ce cadre que la honte a été associée à l'adoption de comportements à risque et préjudiciables, notamment la consommation de substances psychoactives (Dearing et al., 2005).

Cependant, une récente méta-analyse a mis en avant que la probabilité que la honte suscite une réponse adaptative plutôt que mal adaptée dépend de la perception qu'ont les individus de leur capacité à rétablir un sentiment positif de soi (Leach & Cidam, 2015).

Par ailleurs, il semblerait que la honte comporte une variation culturelle, en effet, alors qu'elle est davantage perçue comme une « émotion négative » au sein des cultures occidentales (*e.g.*, Nord-Amérique, Europe) (Sheikh, 2014), elle est considérée comme plus adaptative et bénéfique dans les cultures collectivistes (Fung, 1999; Okano, 1994; Scherer & Wallbott, 1994). Ainsi, l'aspect motivationnel et les stratégies de coping semblent varier culturellement (Goetz & Keltner, 2007). En outre, des recherches ont montré qu'après avoir éprouvé de la honte, les personnes issues de cultures collectivistes se concentrent sur l'amélioration de leur personne et leurs comportements, tandis que les personnes de cultures plus individualistes avaient tendance à se désengager ou à abandonner (Bagozzi et al., 2003; Heine et al., 2001).

1.7 La culpabilité

L'APA définit la culpabilité comme « une émotion de conscience de soi, caractérisée par la conscience douloureuse d'avoir fait (ou pensé) quelque chose de mal et souvent par la volonté de prendre des mesures destinées à réparer ou à atténuer ce mal. Elle se distingue de la honte, dans laquelle il y a une forte crainte supplémentaire que ses actes soient exposés publiquement au jugement ou au ridicule »³ (APA Dictionary of Psychology, s. d.).

³ Notre traduction

Les émotions réflexives de honte et de culpabilité

La culpabilité est fondamentalement prosociale, car elle renforce les relations interpersonnelles (Baumeister, 1997). Il s'agit d'une émotion réflexive suscitée par ses propres actions ou inactions (Baumeister et al., 1994; Ferguson & Stegge, 1998).

C'est un processus de raisonnement conduisant une personne à interpréter son comportement de manière dépréciative ou péjorative, ce qui l'amène à conclure que ses pensées, ses sentiments et/ou ses actions sont en quelque sorte erronés ou inappropriés, et amenant la personne à penser qu'elle aurait dû agir différemment. Lorsque ce processus n'est pas résolu, la culpabilité amène la personne à se concentrer de manière persistante sur la transgression en question sans pouvoir cesser d'y penser (Silfver, 2007; Tangney et al., 1996). Cela peut conduire à une rumination chronique, à la dépression, à l'anxiété et à un sentiment accru de responsabilité (*e.g.*, Jankowski & Takahashi, 2014; Quiles & Bybee, 1997).

D'après la littérature, le sentiment de culpabilité intervenant dans le cadre de transgressions morales est généralement associé à une action visant à « réparer » les dommages causés par le biais, par exemple, d'excuses, de l'inhibition future du comportement transgressif ou d'un comportement prosocial (Ketelaar & Tung Au, 2003). Ainsi, « la culpabilité est souvent tournée vers le passé car elle se concentre sur ce que l'on a fait de mal dans le passé, mais la culpabilité a aussi un fort élément d'anticipation » (Baumeister, 1997, p. 306). En d'autres termes, la culpabilité prend la forme d'un processus motivationnel orienté vers la réparation (DeSteno et al., 2004). Il s'agit d'un état émotionnel résultant de la conscience de l'individu d'avoir

Les émotions réflexives de honte et de culpabilité

agi ou pensé à l'encontre de la morale et/ou des valeurs, qu'elles soient individuelles ou sociétales (Izard, 1977; Lazarus, 1991).

Cependant, nous pouvons constater au travers de la revue systématique de Tilghman-Osborne et al., (2010) qu'une définition consensuelle de la culpabilité reste difficile à obtenir. En effet, au sein de leurs travaux de systématisation des définitions actuelles, ces auteurs ne retrouvent pas moins de 23 théories définissant la culpabilité de manière différente.

Parmi la pluralité des conceptualisations typologiques de culpabilité, nous trouvons entre autres les appellations : culpabilité interpersonnelle, tendance à la culpabilité, culpabilité réactionnelle, situationnelle, culpabilité liée à un événement traumatique, culpabilité collective (Xu et al., 2011). Afin de clarifier ce point, nous allons distinguer deux grandes catégories d'émotions. L'une étant la culpabilité (ou la honte) dite état, ou situationnelle et l'autre culpabilité (ou la honte) dite dispositionnelle ou la tendance à la culpabilité (ou la honte).

1.8 Emotion dispositionnelle (trait) vs situationnelle (état)

Il faut souligner qu'une distinction est faite entre l'état de honte/culpabilité, qui fait référence aux expériences de honte/culpabilité spécifiques à une situation, et la prédisposition à la honte/culpabilité, qui fait référence à la prédisposition à éprouver de la honte/culpabilité (Tangney & Fischer, 1995). La culpabilité dispositionnelle est une tendance latente, présentée par un individu à ressentir de la culpabilité dans des situations données. Il s'agit d'une propension à la culpabilité (« *guilt*

Les émotions réflexives de honte et de culpabilité

proneness »), et, bien que moins retrouvée dans la littérature, cette distinction est également vraie pour la honte, où nous retrouvons l'appellation de propension à la honte (« *shame-proneness* ») (e.g., Luoma et al., 2017).

Par ailleurs, il semble y avoir des traits dispositionnels à ressentir l'une ou l'autre des deux émotions. Prédiées dans l'enfance (Harder, 1995; Harder et al., 1987) et en lien avec les relations interpersonnelles, la tendance à ressentir de la culpabilité serait associée à la propension à s'engager dans des comportements moraux et à une capacité à l'empathie (Tangney, 1994), tandis que la tendance à ressentir la honte, en revanche, serait liée à des comportements mal adaptés comme l'incapacité à gérer sa colère (Scheff, 1987, 1995 ; Tangney & Fischer, 1995).

L'ensemble des émotions, qu'elles soient primaires ou secondaires, dispositionnelles ou situationnelles, nécessitent une forme d'intelligence et de régulation pour réaliser leurs fonctions sans entraves.

2. Intelligence et régulation émotionnelle

2.1 Définitions

L'intelligence émotionnelle est définie comme une « capacité à identifier, comprendre, gérer et utiliser ses émotions (et celles d'autrui) [qui serait] au moins aussi importante pour la réussite que les capacités dites cognitives ou intellectuelles » (Mikolajczak & Bauseron, 2013, p. 3).

Les émotions réflexives de honte et de culpabilité

Elle comprend différentes compétences émotionnelles développées chez soi et chez autrui :

1. L'identification : capacité à identifier ses propres émotions et celles d'autrui.
2. La compréhension : comprendre causes et conséquences de ses propres émotions et de celles d'autrui.
3. L'expression : capacité à exprimer ses émotions de manière socialement acceptable et d'aider l'autre à les exprimer.
4. L'utilisation : utilisation des émotions (de soi ou d'autrui) pour faciliter pensées et actions.
5. La régulation : gérer le stress et les émotions.

La régulation émotionnelle a pour but l'inhibition, l'atténuation d'un état émotionnel désagréable ou à l'inverse, l'accentuation, le maintien ou la création d'un état émotionnel de valence positive (Gross et al., 2006; Larsen & Prizmic, 2004; Mayer & Stevens, 1994). Ainsi, Gross (1999) conçoit la régulation émotionnelle comme « le processus par lequel les individus influencent quelles émotions ils ont, quand ils les ont, et comment ils ressentent et expriment ces émotions » (Korb, 2014, p. 275). Les travaux de Gross (1999) ont mis en avant une compréhension séquentielle de la régulation émotionnelle permettant d'agir à trois niveaux : premièrement, sur la nature des émotions, ensuite, sur la manière de les ressentir puis, sur la manière de les exprimer.

Ces dites stratégies, parfois conscientes et parfois non conscientes (ou automatiques), peuvent être tantôt adaptatives tantôt dysfonctionnelles, en fonction de leur usage, mais aussi de la fréquence de leur usage et de la flexibilité

de l'individu à les employer. Ainsi, certaines stratégies de régulation émotionnelle peuvent être associées à un soulagement émotionnel immédiat au détriment du bien être à long terme (Tice et al., 2001). Pour une revue des diverses catégorisations de stratégies de régulation émotionnelle dans la consommation d'alcool et le trouble d'usage, nous renvoyons aux travaux de Claisse (2017).

2.2 La consommation de substances psychoactives comme stratégie de régulation émotionnelle

Bien qu'initialement, la régulation émotionnelle puisse être adaptative, en modulant l'impact d'une émotion sur soi, sur les autres, un déficit ou un usage dysfonctionnel de ces stratégies peuvent intervenir. La consommation de substances psychoactives apparaît comme une stratégie de régulation émotionnelle (Mikolajczak, 2009), qualifiée de stratégie de modulation de la réponse (Cooper et al., 1995; Gross & John, 2003).

Ici, la consommation est ainsi motivée par une gestion émotionnelle, soit tendant à éviter, supprimer ou minimiser un ressenti négatif, soit à favoriser ou amplifier les émotions positives (Cooper et al., 1995; Dumont et al., 2016). Or, bien qu'efficaces à court terme, ces stratégies sont délétères à plus long terme et favorisent différents risques, y compris celui de développer un trouble addictif. Ces travaux rejoignent les théories de la consommation d'alcool comme automédication pour faire face à des symptômes dépressifs ou ressentis désagréables (Khantzian, 2003), ou encore la « *tension-reduction drinking* » (Cooper et al., 1995), « *tension reduction theory* » (Conger, 1956).

Les émotions réflexives de honte et de culpabilité

Les liens entre culpabilité et consommation d'alcool ont été étudiés dans la littérature, mais aucun consensus causal ne semble établi. En effet, la honte et la culpabilité sont tantôt vues comme des facteurs de protection au développement du trouble de l'usage d'alcool, tantôt comme des facteurs de risque. Aussi, nous allons tenter de détailler les travaux existant sur le sujet dans les parties ci-dessous.

3. Culpabilité et consommation d'alcool

3.1 Liens entre culpabilité situationnelle et consommation d'alcool

Afin de clarifier les relations entre culpabilité et usage d'alcool, un travail de revue systématique de la littérature a été effectué (Milan, Hamonniere & Varescon, *soumis*). Celui-ci nous a permis de mettre en avant les résultats incongruents du lien entre alcool et culpabilité, tantôt positif, tantôt négatif ou nul. Qui plus est, ce travail a également mis en lumière la pluralité typologique de culpabilités utilisées dans les études. Aussi, nous distinguerons la culpabilité situationnelle et la tendance à la culpabilité (ou culpabilité dispositionnelle), telle que définie ci-dessus.

3.1.1 Culpabilité situationnelle, fréquence et usage successif d'alcool

Par le biais de différentes analyses et modèles explicatifs, les études ont tenté d'éclairer le lien possible entre la culpabilité situationnelle et la consommation d'alcool. Une partie de la littérature tend à montrer que la culpabilité situationnelle est négativement corrélée à la consommation d'alcool. Qui plus est, les personnes ayant une consommation régulière auraient tendance à ressentir moins de

culpabilité (Quiles et al., 2002). En outre, au moins trois autres études ont présenté des résultats suggérant le rôle néfaste de la culpabilité d'état dans la consommation d'alcool. Dans l'étude de Luoma et al., (2017), alors que la tendance à la culpabilité était négativement corrélée aux scores d'alcool, la culpabilité d'état, étudiée à l'aide du *State Shame and Guilt Scale* (Marschall et al., 1994), était positivement corrélée à la gravité de la consommation d'alcool (mesurée à l'aide de l'*Alcohol Use Disorder Test*), même si des analyses de régression ultérieures ne suggéraient pas de relation prédictive (Luoma et al., 2017).

Nous avons trouvé ce lien positif dans différents contextes suscitant de la culpabilité. Dans un contexte d'épuisement professionnel, la dépersonnalisation a montré une relation positive significative avec la culpabilité, qui était également liée positivement à la consommation d'alcool. Une analyse de médiation ultérieure a montré que la culpabilité médiatise entièrement la relation entre le facteur d'indolence du burnout et la consommation d'alcool (Olivares-Faúndez et al., 2014). Dans un autre domaine, la culpabilité liée à un événement traumatique semble avoir un impact sur la consommation d'alcool. Dans l'étude de Tran et al., (2019), la consommation d'alcool, la détresse liée à la culpabilité et la cognition liée à la culpabilité étaient plus élevées, mais pas statistiquement différentes pour le groupe en phase post-traumatique précoce et le groupe en phase post-traumatique chronique. Dans cette même étude, les émotions de culpabilité (rassemblement de la culpabilité, des pensées négatives de soi et de la honte) prédisaient la consommation d'alcool.

Enfin, dans une étude plus large comparant des patients souffrant de troubles de la consommation d'alcool et des sujets sains, la culpabilité du survivant, la culpabilité de la séparation, la culpabilité organisée et le score de la somme de culpabilité étaient plus élevés chez les hommes et les femmes souffrant de troubles de la consommation d'alcool (Braun et al., 2018).

3.1.2 Influence du groupe sur la culpabilité dans la consommation d'alcool

Pour comprendre comment et pourquoi la culpabilité pourrait agir comme un facteur protecteur du consommateur, Giguère et al., (2014) ont suggéré que l'affiliation au groupe pourrait jouer un rôle dans la relation entre la transgression ou la violation des limites et les sentiments de culpabilité. Tout en contrôlant la honte et après la transgression de la norme, des sentiments de culpabilité plus intenses ont été observés lorsque les individus étaient fortement identifiés comme membres du groupe. Cependant, l'identification n'a pas modéré l'expérience de la culpabilité et de la honte dans des situations où la consommation d'alcool était conforme aux normes du groupe et où la consommation d'alcool était limitée. En particulier, la pertinence du groupe de référence a eu un impact sur l'influence du degré d'identification sur l'expérience de la culpabilité et de la honte. Ainsi, pour les individus qui s'identifient fortement à un groupe, la transgression des normes entraîne des sentiments de culpabilité plus intenses que lorsque les individus s'identifient faiblement à un groupe. En utilisant un design longitudinal, la culpabilité a été associée à une diminution significative de la consommation d'alcool (avec l'effet inverse pour la honte), et la quatrième d'une série d'études a permis de

conclure que la relation négative entre l'identification et la consommation ultérieure d'alcool est médiatisée par la culpabilité (Giguère et al., 2014).

3.1.3 Violation des limites personnelles de consommation d'alcool et culpabilité situationnelle

Par ailleurs, une étude récente effectuée à l'aide d'évaluations écologiques momentanées (*Ecological momentary assessment*) a permis de mettre en avant que la culpabilité n'était pas liée aux problèmes relatifs à la consommation d'alcool, du moins lorsque l'effet de la honte est contrôlé (Bilevicius et al., 2021). En revanche, dans cette même étude, les modèles inverses indiquent qu'une quantité accrue d'alcool consommé et des problèmes liés à cette consommation engendrent de la culpabilité et de la honte. À l'inverse, sur un échantillon important d'étudiants, la culpabilité et la consommation de substances psychoactives, dont l'alcool, ont été analysées d'un point de vue interpersonnel. Il apparaît que la culpabilité interpersonnelle augmente la consommation d'alcool (Locke et al., 2015).

En se basant sur le modèle de l'effet de violation des limites, Muraven et al., (2005) ont indiqué que la violation de la limite de consommation que l'on s'est imposée est un facteur critique dans l'expérience de la culpabilité après avoir bu. La quantité d'alcool que les participants avaient consommée la veille a été mise en relation avec leurs cognitions et leurs sentiments à l'égard de l'alcool lors de l'évaluation du lendemain matin avec l'EMA. L'alcool était alors consommé pour faire face à ces sentiments négatifs, ou dans un modèle opposé, les sentiments négatifs agissaient comme un facteur de protection pour l'intention de consommer de l'alcool. Ce

Les émotions réflexives de honte et de culpabilité

modèle a été confirmé par des études sur des mineurs buveurs non problématiques et des buveurs sociaux : les participants qui ont déclaré avoir violé leur limite personnelle de consommation d'alcool au cours d'un épisode de consommation d'alcool ont fait état d'une plus grande détresse (*i.e.*, ils se sont sentis plus coupables) concernant leur consommation d'alcool le lendemain matin. Plus les participants avaient bu la veille, plus ils se sentaient coupables de la quantité qu'ils avaient consommée. Cela a conduit à une augmentation de la consommation d'alcool le jour même et le lendemain. Ainsi, les personnes qui ressentait une plus grande détresse par rapport à la quantité d'alcool qu'elles avaient consommée la veille buvaient davantage que celles qui étaient moins angoissées ; cela s'appliquait aussi bien aux gros buveurs qu'aux petits buveurs. Une analyse de médiation a confirmé que la détresse liée à la consommation d'alcool était un médiateur significatif de la relation entre le non-respect des limites et la consommation ultérieure d'alcool.

En résumé, même si de nombreuses études indiquent que la culpabilité situationnelle aggraverait la consommation d'alcool, mais aussi que la consommation d'alcool génère plus de culpabilité situationnelle, nous avons trouvé des résultats contradictoires. Néanmoins, ces études n'ont pas obtenu de réponses concluantes dans leurs analyses successives. Cependant, les mécanismes interpersonnels et intrapersonnels qui sous-tendent le lien entre culpabilité et consommation d'alcool semblent mieux compris.

3.2 Culpabilité dispositionnel et usage d'alcool

3.2.1 Rôle protecteur de la tendance à la culpabilité sur la consommation d'alcool

De nombreuses études ont confirmé l'hypothèse du rôle protecteur de la tendance à la culpabilité dans l'initiation et le maintien de la consommation d'alcool.

En utilisant le TOSCA (*Test Of Self-Conscious Affect*) pour mesurer la propension à la culpabilité, plusieurs études ont montré que les scores de culpabilité sont significativement plus faibles chez les personnes dépendantes que chez les personnes non dépendantes, c'est-à-dire que la culpabilité est liée négativement aux problèmes d'alcool (Dearing et al., 2005; O'Connor et al., 1994). Selon Patock-Peckham et al., (2018), les personnes présentant une tendance à la culpabilité consomment moins d'alcool et connaissent moins de problèmes liés à l'alcool.

Treeby et al., (2020) ont créé une nouvelle mesure spécifique à la culpabilité et à la honte liées à la consommation d'alcool. Dans leur étude, après une évaluation approfondie du nouvel outil, ils ont également constaté un rôle protecteur de la propension à la culpabilité dans la consommation d'alcool. En d'autres termes, la culpabilité était négativement associée à la quantité et à la fréquence de la consommation d'alcool. De plus, la tendance à la culpabilité est positivement liée à la tendance à utiliser des stratégies comportementales protectrices pendant la consommation d'alcool (c'est-à-dire des comportements de réduction des risques). De plus, la culpabilité pourrait améliorer la disposition à changer par un comportement réparateur (Rodriguez et al., 2015). De même, des relations positives d'ampleur faible à moyenne ont été trouvées entre la tendance à la culpabilité et

Les émotions réflexives de honte et de culpabilité

l'utilisation de stratégies comportementales protectrices pendant les épisodes de consommation d'alcool (Treeby et al., 2018).

L'étude de Batchelder (2022) démontre également une relation bidirectionnelle transversale et longitudinale avec la consommation d'alcool jusqu'à l'intoxication : lorsque les niveaux initiaux de culpabilité augmentent ou diminuent, les niveaux initiaux de consommation d'alcool augmentent ou diminuent également. En outre, il existe une relation négative significative entre la culpabilité et la consommation d'alcool, ce qui indique qu'elles évoluent ensemble dans le temps, mais dans des directions opposées (c'est-à-dire que lorsque l'une diminue, l'autre augmente).

En étudiant dans quelle mesure les tendances précoces à la honte et à la culpabilité étaient prédictives d'un comportement à risque à la fin de l'adolescence avec un modèle longitudinal, Stuewig et al., (2015) ont constaté que la propension à la culpabilité prévient les troubles de la consommation d'alcool. Plus précisément, la tendance à la culpabilité entraîne un comportement moins risqué (par exemple, moins de partenaires sexuels, moins de consommation de substances et d'alcool, et moins d'implication dans le système judiciaire) sur le long terme. Dans le prolongement de ces travaux, Ohannessian et Hesselbrock (2009) ont suggéré que les jeunes présentant un faible niveau de culpabilité sont susceptibles de commencer à consommer des substances psychoactives plus tôt que les jeunes ayant un niveau de culpabilité plus élevé. En d'autres termes, plus la culpabilité est présente, plus l'âge d'initiation est retardé. Par ailleurs, la culpabilité « sans honte » (culpabilité sans la honte inhérente à la coexistence de ces deux états) semble être liée de manière significativement négative aux symptômes de dépendance à l'alcool

Les émotions réflexives de honte et de culpabilité

(Stuewig et al., 2009), à la gravité du trouble de l'usage d'alcool, à la fréquence de la consommation d'alcool et aux conséquences liées à l'alcool (Hequembourg & Dearing, 2013; Treeby & Bruno, 2012).

En revanche, quelques études ont indiqué un lien positif entre la propension à la culpabilité et la consommation d'alcool. Par exemple, Östlund et al., (2007) ont constaté que le fait de suivre un traitement contre la dépendance génèrait des scores de culpabilité plus élevés. Dans cette étude, la culpabilité a été définie comme une mesure de trait de personnalité à l'aide du *Karolinska Scales of Personality*. Ces résultats sont congruents avec une autre étude montrant un score de culpabilité élevé chez les personnes suivant une psychothérapie standard de traitement de l'abus d'alcool (Scherer et al., 2011). Enfin, parmi les études qui ont tenté d'expliquer le lien entre la propension à la culpabilité et la consommation d'alcool, plusieurs n'ont pu montrer aucune association. Les niveaux de culpabilité ne différaient pas en fonction de la gravité de la consommation (consommation : parfois à très souvent *vs.* rarement ou jamais) chez Quiles et al., (2002). L'étude de Grynberg et al., (2017) ne présente pas non plus de corrélation significative entre la propension à la culpabilité et le trouble de la consommation d'alcool.

3.2.2 Influence du genre sur le rôle protecteur de la tendance à la culpabilité dans la consommation d'alcool

Une question semble émerger des différentes études présentées ci-dessus concernant l'influence éventuelle du genre sur la relation entre le trouble de l'usage de l'alcool et la propension à la culpabilité, alors que certaines (O'Connor et al., 1994; Ohannessian & Hesselbrock, 2009) n'ont pas été en mesure de trouver des différences entre les hommes et les femmes concernant la tendance à la culpabilité. Plus précisément, Quiles et al. (2002) ont postulé qu'il n'y avait pas de différence entre les sexes concernant les scores de culpabilité standard et de culpabilité chronique, mais ils ont constaté que les femmes obtenaient des scores significativement plus élevés en matière de culpabilité situationnelle dans un échantillon d'étudiants. À l'inverse, Hequembourg et Dearing (2013) ont constaté que les femmes obtiennent des scores de culpabilité significativement plus élevés que les hommes.

Turnbull et Gomberg (1990) soulignent notamment que les alcoolisations chez la femme sont associées à de plus forts sentiments de culpabilité et de honte.

Ainsi, il semblerait que la majorité des études aient trouvé un rôle protecteur de la propension de la culpabilité envers l'usage d'alcool. Notamment, les quelques études qui ont trouvé une association positive ou nulle, ont été menées sur des échantillons cliniques de patients présentant un TUA pendant leur traitement. Nous allons maintenant examiner le rôle entre la culpabilité d'état - ou culpabilité liée à un événement spécifique - et son influence potentielle sur le TUA.

4. Honte et consommation d'alcool

Au sein des recherches, la honte est associée à l'adoption de comportements à risque et préjudiciables, notamment la consommation de substances psychoactives (Dearing et al., 2005; Fossum & Mason, 1989; Potter-Efron & Carruth, 2013; Wiechelt, 2007). Ainsi, la honte est modérément corrélée aux problèmes liés à la consommation d'alcool, mais faiblement corrélée à l'intensité de la consommation (Dearing et al., 2005 ; Luoma et al., 2017; Treeby & Bruno, 2012). De plus, la honte auto déclarée est plus élevée chez les personnes souffrant de troubles de l'usage qu'en population générale (Meehan et al., 1996; O'Connor et al., 1994).

Malgré cela, quelques travaux ne retrouvent pas de résultats significatifs liant la honte à la consommation d'alcool (Grynberg et al., 2017), et ce notamment en population étudiante n'ayant pas une consommation problématique d'alcool (Winkeljohn Black et al., 2016). Or, une récente méta-analyse a révélé que la honte n'est pas significativement associée à la consommation de substances psychoactives, mais seulement au trouble de l'usage de substances et aux symptômes qui y sont liés (par exemple, la fréquence de consommation (Luoma et al., 2019). Ainsi, la honte engendre des conséquences délétères davantage dans le cadre de pathologie addictive, que dans un cadre de consommations dites récréatives. Pour une revue exhaustive sur le sujet, voir Luoma (2019).

Une autre étude, présentant des résultats longitudinaux et transversaux, met en avant que la honte et la consommation d'alcool ne sont pas significativement associées, que ce soit au niveau transversal ou longitudinal (Batchelder et al., 2022).

4.1 Honte, fréquence et quantité d'alcool consommée

De nombreuses études mettent en avant un lien positif entre honte et consommation d'alcool, notamment des études longitudinales. Ainsi, la prédisposition à la honte évaluée chez des écoliers prédit la consommation d'alcool à l'adolescence (Stuewig et al., 2015), puis, la honte situationnelle génère également une consommation successive accrue. Dans une étude mesurant les émotions quotidiennes, la honte est l'émotion générant le plus de risque de consommation le soir même (Mohr et al., 2008).

Par ailleurs, Par ailleurs, la honte est associée à des niveaux plus élevés de problèmes d'alcool à travers une étude EMA (Bilevicius et al., 2021).

Une étude a montré que les étudiants qui se décrivaient comme buvant plus que leurs pairs ressentait de la honte après avoir bu, ce qui était ensuite associé à une augmentation de la consommation d'alcool au cours de la semaine suivante (Giguère et al., 2014).

Tentant de comprendre ce phénomène, Giguère et al., (2014) évoquent l'identification au groupe comme un facteur important dans le ressenti des émotions suivant une transgression morale. En effet, en contrôlant la culpabilité, après une transgression de norme, des sentiments de honte plus intenses ont été observés lorsque les individus étaient faiblement identifiés comme membres du groupe par rapport à ceux qui s'identifient fortement comme membres. Qui plus est, l'identification n'a pas modéré l'expérience de la culpabilité et de la honte dans des situations où la consommation d'alcool est conforme aux normes du groupe.

Les émotions réflexives de honte et de culpabilité

Parallèlement à cela, être seul semble être un contexte où les sentiments de honte ressortent (Lewis, 1971) et suscitent une consommation d'alcool (Bilevicius et al., 2018) pour tenter de ralentir les processus de pensée et de réduire les sentiments de honte. Le contexte d'isolement permet alors au cycle *craving* - honte de se dérouler, ce qui conduit à une consommation solitaire néfaste. De manière bidirectionnelle, la honte peut conduire à l'isolement (isolement social et solitude), ce qui pourrait alors amener les gens à tenter d'en sortir par la consommation d'alcool (Arpin et al., 2015).

Aussi, des niveaux plus élevés de honte pendant la journée étaient associés à une plus grande probabilité de consommation d'alcool en solitaire ; cependant, le niveau de consommation d'alcool n'était que faiblement lié à la honte le jour suivant dans un échantillon de population générale (Luoma et al., 2018). Plus précisément, il existe un effet indirect de la dépression sur l'envie d'alcool par le biais de la honte, mais uniquement lorsqu'il est conditionné à la condition solitaire et non à la condition sociale. Ainsi, la honte (mais pas la culpabilité) est un mécanisme émotionnel central qui sous-tend la consommation d'alcool en solitaire liée à la dépression (Bilevicius et al., 2020). Cela permet d'approfondir les résultats de Bilevicius et al., (2018, 2021) indiquant que la honte médiatise le lien entre la symptomatologie dépressive et le mésusage d'alcool.

À un niveau plus intra-individuel, Patock et Peckam (2018) ont tenté d'explicitier ce lien entre la honte et la consommation d'alcool et les problèmes liées à la consommation d'alcool. D'après leur étude, ce lien serait médiatisé par plusieurs

Les émotions réflexives de honte et de culpabilité

facettes de l'impulsivité issues du modèle de Whiteside and Lynam (2001) : la recherche de sensations et l'urgence négative.

Cette question des problèmes liés à la consommation d'alcool est également incluse dans les modèles de compréhension d'autres auteurs. Les études de Dearing (2005) suggèrent un lien positif entre la honte et les problèmes liés à la consommation d'alcool tant auprès d'un échantillon d'étudiants qu'auprès d'un échantillon de personnes incarcérées. Par ailleurs, des études ont montré que les conséquences négatives engendrées par le trouble de l'usage de substances psychoactives peuvent en elles-mêmes générer de la honte (Luoma et al., 2017).

4.2 Honte et risque accru de rechute

Enfin, ressentir de la honte engendrerait davantage de risque de rechute chez des personnes en traitement pour un trouble de l'usage d'alcool (Randles & Tracy, 2013). Ceci était déjà énoncé par Curry et al., (1987), qui suggéraient que ces émotions facilitent les rechutes successives, voire les rendaient inévitables.

De même, des niveaux plus élevés de honte sont associés à la rechute chez les femmes qui sont membres des Alcooliques Anonymes (Wiechelt & Sales, 2001).

4.3 La honte comme frein dans l'accès au soin en addictologie

De nombreuses études suggèrent que la honte est un frein dans l'initiation d'une demande d'aide et d'un traitement pour le trouble de l'usage d'alcool, d'autant plus

Les émotions réflexives de honte et de culpabilité

quand les personnes cumulent des pathologies (*e.g.*, VIH) ou relèvent de minorités discriminées (*e.g.*, homosexualité) (Batchelder et al., 2020; Stringer et al., 2019).

Ces résultats sont confirmés par des études qualitatives, au sein desquels les participants énoncent la honte comme un thème principal freinant ou inhibant la demande de soin (Salway et al., 2019).

De plus, les personnes aux prises avec des émotions de honte restent plus longtemps traitées et accompagnées pour leur trouble de l'usage que des personnes ressentant moins ce type d'émotion (Luoma et al., 2012).

Il est intéressant de noter que le sentiment de honte est associé à une consommation accrue d'alcool (pour échapper à la dépression), alors que le sentiment de culpabilité est associé de façon négative à la consommation d'alcool (Treeby & Bruno, 2012). Des recherches récentes indiquent que le sentiment de culpabilité est associé à l'utilisation systématique de comportements de protection et d'évitement des dommages (*e.g.*, limiter la consommation d'alcool, ne pas dépasser une certaine quantité d'alcool) pendant les épisodes de consommation d'alcool, alors que la tendance à la honte n'est pas liée à ces comportements (Treeby et al., 2018).

5. Rôle de la honte et de la culpabilité dans l'intériorisation des stigmates

5.1 Cycle de la honte de l'addiction

Le cycle de la honte de l'addiction désigne un mode de consommation de substances psychoactives pour fuir ou éviter des émotions réflexives auto-évaluatives négatives, ce qui conduit paradoxalement à une augmentation de la honte liée à la stigmatisation d'être une personne qui consomme des substances (Dearing et al., 2005; Luoma et al., 2018; Wiechelt, 2007). La honte peut donc être à la fois cause et conséquence de la consommation d'alcool, ce qui entraîne une relation cyclique entre la honte et la consommation d'alcool (Dearing et al., 2005 ; Wiechelt, 2007). Par ailleurs, la honte, qui a été présentée ci-dessus comme majoritairement délétère envers la consommation d'alcool, pourrait s'avérer protectrice dans certains cas. En effet, des auteurs ont identifié des moyens par lesquels la honte prévient ou atténue la consommation de substances psychoactives : la stigmatisation associée à la consommation de substances peut dissuader l'initiation ou la perpétuation de la consommation de substances.

5.2 La honte intériorisée selon le modèle de Luoma (2008)

Bien que plusieurs modèles aient tenté d'expliquer le processus d'auto-stigmatisation, peu d'entre eux ont inclus une composante émotionnelle. Cependant, selon Luoma (2008, p. 150) « l'autostigmatisation peut être définie comme la honte, les pensées évaluatives et la crainte de subir la stigmatisation qui

résulte de l'identification d'une personne à un groupe stigmatisé qui constitue un obstacle à la poursuite d'objectifs de vie importants ». Grâce à une revue de la littérature et à la consultation de trois focus-groupes composés de personnes présentant un trouble de l'usage de substances psychoactives et de deux groupes de professionnels en addictologie, Luoma et al. (2013) ont dressé une liste des stéréotypes les plus courants et les ont regroupés en neuf catégories, dont la honte. De plus, dans leur échelle finale évaluant l'auto-stigmatisation, deux items ont été utilisés pour mesurer la honte.

5.3 Apport des études qualitatives

Par ailleurs, l'émergence d'études qualitatives examinant l'auto-stigmatisation auprès de populations vulnérables consommatrices de substances psychoactives a permis d'identifier le thème de la honte qui apparaît dans la majorité des études comme un thème principal (*e.g.*, Hill & Leeming, 2014; McCann et al., 2018; Spencer, 2017; Zewdu et al., 2019). Celui-ci est également énoncé par les professionnels de santé eux-mêmes comme l'un des thèmes principaux de la stigmatisation perçue (Acosta et al., 2021).

Dans le même ordre, l'étude de Probst et al., (2015) auprès d'une cohorte de plus de 1000 personnes présentant un TUA observe qu'une grande partie ne consulte pas pour ce trouble, et la seconde raison évoquée par ces personnes est « *la stigmatisation et la honte* », derrière « *le manque de sensibilisation au problème* ».

Les émotions réflexives de honte et de culpabilité

Ces mêmes résultats sont retrouvés au travers de focus groupes (Wallhed Finn et al., 2014).

Néanmoins, à notre connaissance, aucun modèle de compréhension de l'auto-stigmatisation n'inclut la culpabilité. De plus, aucun outil de mesure ne prend en compte cette dimension émotionnelle.

Synthèse du chapitre 3

Ce chapitre a permis de définir les émotions auto-évaluatives dites réflexives de honte et de culpabilité, à distinguer des émotions dites de base. Cette catégorie émotionnelle varie de par la forte composante culturelle, la survenue plus tardive dans le développement de l'enfant, la nécessité de processus cognitifs élaborés et d'acquisition d'une conscience de soi et de la forte composante sociale. Au sein de celles-ci nous retrouvons deux émotions auto-évaluatives : la honte et la culpabilité. Elles diffèrent, entre autres, de par l'objet visé par l'émotion. La honte atteint la personne dans son entièreté, tandis que la culpabilité touche à une action ou un comportement. Par ailleurs, nous notons une distinction entre des émotions de honte et culpabilité dites état, à savoir un état émotionnel réactionnel à une situation précise ; et une propension à la honte ou propension à la culpabilité. Ces deux émotions sont différemment impliquées dans les conduites addictives, un pan de la littérature mettant en avant un rôle délétère de la honte envers la consommation d'alcool et un rôle protecteur de la culpabilité. Cependant, ces résultats ne font pas consensus et nous trouvons également des études proposant un lien négatif de la culpabilité, ou un lien nul.

PROBLEMATIQUE

La revue de littérature présentée a permis de mettre en lumière différents points. Premièrement, bien que les études sur l'intériorisation des stigmates croissent au niveau international au cours des dernières années, celles-ci sont encore rares en France, malgré un contexte socioculturel particulier en ce qui concerne la stigmatisation des consommateurs et consommatrices d'alcool. Les études internationales mettent en avant un processus d'intériorisation des stigmates auprès des personnes aux prises avec un trouble de l'usage d'alcool engendrant de nombreuses conséquences délétères en termes de santé. Cependant, ce processus reste partiellement incompris, et semble omettre la réalité émotionnelle des personnes le subissant. En effet, alors que honte et stigmatisation semblent intimement liées, de telles émotions auto-dévaluatives ne sont pas incluses dans la conceptualisation du modèle de Corrigan et al., (2006).

Parallèlement, la consommation excessive d'alcool est communément perçue comme une conduite transgressive, jugée moralement. Celle-ci suscite, de fait, des émotions telles que la honte et la culpabilité. Or, aucun consensus quant au rôle de ces dernières ne semble se clarifier au sein de la littérature. Tantôt vues comme protectrices, tantôt comme à risques ou aggravantes, la présence des émotions de honte et de culpabilité influence la consommation d'alcool de manière incertaine. En outre, la distinction entre la culpabilité et la honte dispositionnelle ou réactionnelle n'est pas spontanément exprimée, générant ainsi une confusion dans l'interprétation des résultats.

PROBLEMATIQUE

En somme, en France, nous comptons une proportion élevée de consommateurs et consommatrices d'alcool, notamment à risque de développer des troubles de l'usage. Ainsi, et au vu des conséquences diverses que de tels troubles engendrent, il semble primordial de poursuivre les études afin d'améliorer la compréhension, l'implication et les conséquences émotionnelles dans l'intériorisation des stigmates notamment en vue d'améliorer les pratiques d'accompagnement.

OBJECTIFS

L'objectif général du présent travail est d'explorer les relations entre le processus d'intériorisation des stigmates, la culpabilité et la honte dans le trouble d'usage d'alcool (TUA). Pour y parvenir, celui-ci est découpé en deux axes présentant différents sous objectifs :

1. Tester la validité du modèle progressif d'intériorisation des stigmates dans le TUA

- Étudier la validité du modèle en progressif d'intériorisation des stigmates
- Traduire en français et tester les qualités psychométriques de la *Self-Stigma of Alcohol Dependence Scale*
- Explorer les facteurs prédicteurs de l'intériorisation des stigmates chez des personnes présentant un trouble de l'usage d'alcool

2. Investiguer la place de la honte et de la culpabilité dans le processus d'intériorisation des stigmates liés à la consommation d'alcool

- Explorer le sens du lien entre culpabilité et consommation d'alcool et honte et consommation d'alcool
- Évaluer le rôle de la honte et de la culpabilité dans les processus d'intériorisation des stigmates
- Traduire en français et tester les propriétés psychométriques de la *Perception of Drinking Scale*

HYPOTHESES

1. Les scores d'intériorisation des stigmates mesurés par la *Self-Stigma of Alcohol Dependence Scale (SSAD)* sont *décroissant* linéairement et significativement différents les uns des autres, et des corrélations proximales plus élevées que les corrélations distales sont attendues.
2. La version française de la *SSAD* présente de bonnes qualités psychométriques et une structure factorielle semblable à la version originale. La validité convergente devrait se traduire par une corrélation positive entre la *SSAD* et la *Stigma-Scale* et une corrélation négative avec l'*Rosenberg Self Esteem Scale*.
3. Les scores de stigmatisation intériorisée de la *SSAD* et de honte de la *Perception of Drinking Scale (PODS)* sont plus élevés pour les femmes que pour les hommes.
4. Conformément à la littérature, nous attendons un lien positivement significatif entre la honte mesurée par la *PODS* et la consommation d'alcool mesurée par l'*AUDIT*, à l'inverse, nous attendons un lien négatif significatif entre la culpabilité (*PODS*) et la consommation d'alcool (*AUDIT*).
5. La honte (*PODS*) médiatise positivement le lien entre la consommation d'alcool (*AUDIT*) et l'intériorisation des stigmates, tandis que la culpabilité (*PODS*) médiatise négativement le lien entre consommation d'alcool (*AUDIT*) et intériorisation des stigmates (*SSAD*).

HYPOTHESES

6. Par ailleurs, il est attendu que la honte (*PODS*) prédise significativement l'étape d'application à soi-même d'intériorisation des stigmates (*SSAD*).
7. La version française de la *PODS* présente de bonnes qualités psychométriques et une structure factorielle semblable à la version originale. La validité convergente devrait se traduire par une corrélation positive entre la *PODS* et la *HADS* et une corrélation négative avec l'Rosenberg Self Esteem Scale.

PARTIE EMPIRIQUE

METHODOLOGIE

1. Population

L'ensemble de l'échantillon est composé de participants recrutés dans deux services distincts qui seront décrits ci-après. Afin de pouvoir participer à l'étude, les personnes sollicitées devaient répondre à plusieurs critères :

1.1 Critères d'inclusion

- Être âgé de minimum 18 ans
- Consommer de l'alcool comme substance psychoactive principale
- Avoir un niveau suffisant en langue française (lecture et compréhension)
- Se sentir apte à participer au moment de l'étude
- Avoir lu et signé le formulaire de consentement

1.2 Critères de non-inclusion

- Être en première semaine d'hospitalisation de sevrage (risque accru de présenter les symptômes de sevrage nuisant à la concentration et à la faisabilité d'une participation à une recherche)
- Être, au moment de la passation, en crise aiguë d'une quelconque pathologie mentale ou somatique (*i.e.*, l'ensemble de phénomènes, relevant d'une pathologie, se manifestant de façon brusque et intense et nuisant aux capacités de la personne)
- Déclarer avoir consommé une substance psychoactive au cours des 5 dernières heures (à l'exception du tabac)

1.3 Critère d'exclusion

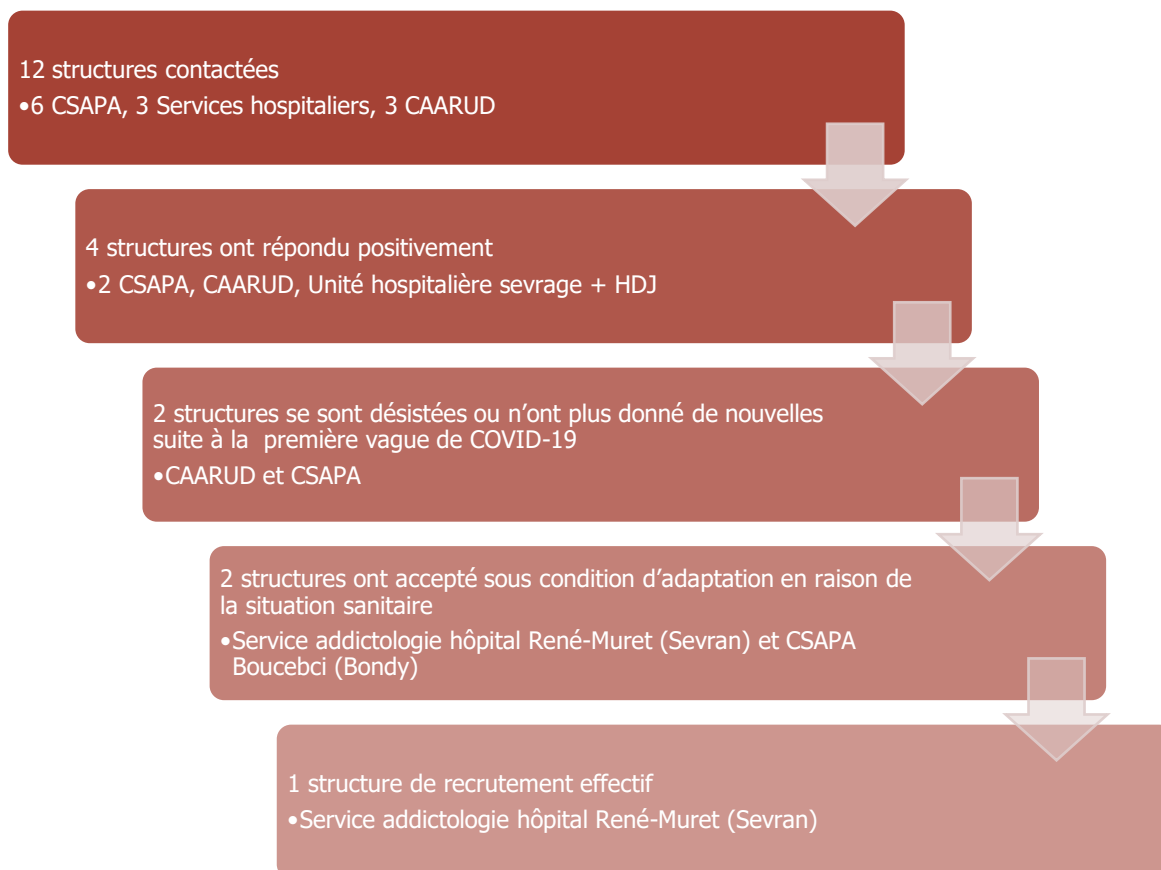
- Ne pas avoir rempli intégralement le protocole de questionnaires

2. Procédure

2.1 Période et lieux de recrutement

Le recrutement s'est déroulé de juillet 2020 à septembre 2021. Initialement prévu en recrutement multicentrique, celui-ci a été impacté par la crise sanitaire de la COVID-19, engendrant une fréquentation moindre des structures, un refus tardif de certaines structures et un abandon d'autres. Il a finalement été décidé de se concentrer sur la structure où le recrutement était le plus effectif. La figure n°3 ci-dessous présente le processus de sélection des structures de recrutement.

Figure n°3. Processus d'inclusion des structures de recrutement



Le service d'addictologie de l'Hôpital René Muret, situé à Sevran (93) propose différentes approches de l'accompagnement des addictions. Il est composé d'un hôpital de jour (HDJ), d'un service de sevrage hospitalier complexe de Médecine, Chirurgie, Obstétrique (MCO) pour séjour de courte durée et d'un Soins de Suite et Réadaptation (SSR) pour faire suite au sevrage. Le service est composé d'une équipe pluridisciplinaire comprenant infirmiers, aide-soignant, médecin généraliste, médecin psychiatre, psychologues, neurologue, psychomotricien, assistant social. Le service d'addictologie accueille des personnes consommant toutes sortes de

METHODOLOGIE

substances psychoactives, dont l'alcool et/ou présentant divers comportements addictifs.

L'investigatrice de l'étude était présente dans le service une à deux fois par semaine, afin d'effectuer les passations et d'informer et proposer l'étude aux patients. De plus, les critères d'inclusion étaient vérifiés auprès des professionnels de santé du service. Tout patient hospitalisé sur la période de recrutement et correspondant aux critères s'est vu proposer de participer à l'étude. Par ailleurs, des documents informatifs (*Cf.* annexes 4 & 7) ont été disposés dans les espaces communs du service.

2.2 Protocole

Le recrutement s'étant déroulé pendant la pandémie de la COVID-19, le bureau initialement prévu pour les passations n'a été utilisé que très peu de fois. Dans la mesure où l'ensemble des patients étaient accueillis en chambre individuelle dans ce contexte sanitaire, les passations se sont effectuées en chambre.

L'ensemble des mesures auto-évaluatives a été placé dans l'ordre suivant : 1) Questionnaire informations de santé et de consommations, 2) *AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test)*, 3) *DAST-10 (Drug Abuse Screening Test)*, 4) *PODS (Perception Of Drinking Scale)*, 5) *Stigma scale*, 6) *SSAD (Self-Stigma in Alcohol Dependence Scale)*, 7) *HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale)*, 8) *RSE (Rosenberg Self-Esteem Scale)*, 9) Questionnaire sociodémographique, 10) Question ouverte sur une autre stigmatisation vécue.

METHODOLOGIE

Il a été choisi de proposer dans un premier temps les questionnaires sur les consommations, suivis de l'échelle traitant de la honte et de la culpabilité liées à ces consommations, ensuite la *SSAD* a été placée au milieu du protocole, notamment au vu de sa longueur, et en amont des échelles évaluant l'anxiété, la dépression, et l'estime de soi, afin que les items de celles-ci n'influencent pas la *SSAD*. Par ailleurs, les questions personnelles ont été réparties au début et à la fin (questionnaire médical et sur les consommations au début et questionnaire socio démographique à la fin), afin de limiter le côté intrusif. Le protocole était proposé sur tablette, *via* le logiciel LimeSurvey, ou sur papier, selon les préférences. La durée de remplissage des mesures auto-évaluatives est assez variable (rapidité de lecture, concentration, facilité d'usage du numérique, etc.). Elle a été estimée à 30min \pm 15.

3. Considérations éthiques et déontologiques

Le présent protocole de recherche a été approuvé par le Comité d'Ethique de la Recherche (CER) de l'Université de Paris, N°00012020-37 (*Cf.* annexe n°1). Qui plus est, des précautions et dispositions liées à la situation sanitaire ont été prises et validées par le comité d'éthique lors de sa soumission. Cependant, nous tenons à mentionner certaines réflexions éthiques et/ou déontologiques inhérentes à cette recherche.

La population ici étudiée comporte diverses fragilités, bien souvent les personnes fréquentant les services d'addictologie des hôpitaux publics peuvent être atteintes de différentes maladies mentales ou somatiques. En outre, il peut s'agir de

METHODOLOGIE

personnes vivant en situation de précarité, étant aux prises avec divers types de parcours complexes (*e.g.*, migratoire, judiciaire) (Palle, 2016). Ainsi, nous avons conscience que la population ciblée est composée de personnes potentiellement fragiles, vulnérables se situant au carrefour de diverses problématiques. Notre souhait premier est bien évidemment d'essayer d'éviter toute stigmatisation au cours de cette étude. Une attention particulière a été portée sur l'ensemble des outils (lettre d'information, formulaire de consentement, échelles, questionnaires) pour user d'un vocabulaire non-stigmatisant et non-déshumanisant (*e.g.*, « personnes consommant de l'alcool »). Enfin, il nous paraît essentiel d'inviter à l'inclusion des femmes, et ce, notamment au travers du langage utilisé.

D'un point de vue méthodologique, il a fallu restreindre l'échantillon aux personnes fréquentant des centres de soin. Les consommateurs et consommatrices d'alcool ne fréquentent pour autant pas nécessairement ce type de structure. Cependant, un recrutement fiable méthodologiquement et applicable en population générale est bien plus compliqué à mettre en place, afin notamment de ne pas pointer du doigt et stigmatiser les usagers d'alcool non-inscrits dans une démarche de soin. Nous sommes donc conscients du manque que soulève ce recrutement en service d'addictologie, et ce notamment car la littérature a mis en avant une part importante de personnes présentant des troubles de l'usage d'alcool mais s'excluant des centres de soin, par exemple par crainte d'être stigmatisées (que ce soit par les professionnels, les proches, les collègues de travail). Ainsi, en connaissance de cette limite, nous mentionnerons que nos résultats ne sont pas généralisables à tous et toutes les consommateurs et consommatrices d'alcool.

METHODOLOGIE

De plus, il paraît plus éthique et déontologique de proposer cette étude dans le cadre le plus sécurisant possible et dans des structures disposant de psychologues disponibles en cas de difficulté liée à la passation, ou à l'évocation de celle-ci.

L'analyse des données a été réfléchi dans le plus grand respect des réponses des participants. Ceux et celles-ci ayant accepté de donner de leur temps pour la recherche, il est primordial que l'analyse des données reflète ce qu'ils et elles ont souhaité exprimer au travers des questionnaires et échelles.

Aussi, les analyses descriptives, dénuées d'hypothèse seront présentes pour représenter l'échantillon, ensuite, une analyse centrée sur la personne permettra d'éclairer sur le fonctionnement de l'échantillon, sans y imputer d'hypothèses inférentielles et ainsi rester au plus proche de la réalité qu'ils et elles ont choisi de nous partager. Enfin, les analyses de régressions et médiations qui ont été effectuées en ajoutant en co-variables toutes variables pouvant influencer les résultats. Le but final de la recherche étant, à notre sens, de représenter la réalité vécue par les participants, peu importe que celle-ci valide ou invalide nos hypothèses.

4. Outils

La participation à la présente recherche comportait la passation d'un protocole composé de 8 mesures cliniques auto-dirigées, ainsi que de deux questionnaires créés pour l'étude (sociodémographique et informations sur la santé). L'ensemble du protocole tel qu'utilisé pour l'étude se trouve en annexes (n°6).

4.1 Questionnaire sociodémographique

Le questionnaire sociodémographique a été créé pour l'étude sur la base des catégories classiquement utilisées par l'INSEE (INSEE, s. d.). Il est ainsi composé de 7 items à réponses catégorielles et numérique (pour l'âge) permettant de décrire l'échantillon.

4.2 Questionnaire des informations relatives à la santé et aux consommations

Ce questionnaire, également créé pour l'étude, apporte une description plus approfondie de la consommation (date de début, conséquences sanitaires, autres substances psychoactives consommées...). Il permet également de questionner la présence de pathologies somatiques et/ou psychiatriques, le traitement médicamenteux, les centres de soins fréquentés. Il est composé de 8 questions.

4.3 *Stigma scale* (King et al., 2007)

Échelle comportant 28 items, la *stigma scale* mesure la stigmatisation perçue. Elle a été validée en français sur une population de patients recrutés dans un large éventail de structures de soins psychiatriques (Morandi et al., 2013). Elle évalue trois dimensions de la stigmatisation : la discrimination, la divulgation, les aspects positifs que la maladie peut avoir eu sur la vie du patient (notamment en termes d'estime de soi et d'engagement dans les soins). La cohérence et la validité interne sont correctes : $\alpha = 0.80$ pour la divulgation, $\alpha = 0.57$ pour la discrimination puis $\alpha = 0.62$ pour les aspects potentiellement positifs.

4.4 *Rosenberg Self-Esteem Scale* (RSE) (Rosenberg, 1965)

Echelle composée de 10 items dont 5 évaluant l'estime de soi positive et 5 l'estime de soi négative. La réponse varie selon une échelle de type Likert en quatre points allant de « tout à fait en désaccord » (1) à « tout à fait en accord » (4). Elle a d'ores et déjà été validée en langue française et présente une bonne cohérence interne avec un alpha de Cronbach variant de .90 à .70 (Vallieres & Vallerand, 1990).

4.5 *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS) (Zigmond & Snaith, 1983)

Cette échelle permet de mesurer la symptomatologie anxieuse et/ou dépressive. Elle est composée de 14 items cotés de 0 à 3, 7 des items correspondent à la

dépression et 7 autres à l'anxiété. La cohérence interne de l'outil est bonne, avec en moyenne des alphas de Cronbach de 0.83 pour le facteur anxiété et de 0.82 pour le facteur dépression, d'après une méta-analyse incluant différents travaux de validation (Bjelland et al., 2002).

4.6 *Drug Abuse Screening Test (DAST-10) (Villalobos-Gallegos et al., 2015)*

Test mesurant la sévérité de la consommation de substances psychoactives en dix items en réponse oui/non, cet outil présente de bonnes qualités psychométriques, tant dans sa version originale que française, $\alpha = 0.88$ (Gavin et al., 1989). Il a été créé pour évaluer : la consommation de solvants, d'anxiolytiques, de barbituriques, de stimulants, d'hallucinogènes, d'opiacés, ainsi que de cannabis, de cocaïne et de crack. Il n'est pas prévu pour évaluer l'alcool ou le tabac et permet ainsi de contrôler les éventuelles autres consommations des participants et participantes.

4.7 *Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) (Saunders et al., 1993)*

Questionnaire permettant de dépister la dépendance à l'alcool, l'AUDIT est utilisé dans de nombreuses recherches en addictologie. Il est composé de 10 items évaluant la consommation sur les 12 derniers mois à l'aide d'une échelle de Likert en 5 points. La validation française a été faite par Gache et al, (2005). Il présente

de bonnes qualités psychométriques avec une consistance interne très élevée ($\alpha = .95$).

4.8 *Perceptions of Drinking Scale (PODS) (Treeby et al., 2020)*

Cette récente échelle, composée de 17 items, évalue la honte et la culpabilité liées à la consommation d'alcool. Questionnés sur leurs consommations des derniers mois, les participants sont invités à indiquer dans quelle mesure leur expérience est cohérente avec chacun des énoncés en utilisant une échelle de Likert en 5 points allant de 1 « pas du tout d'accord » à 5 « tout à fait d'accord ». La structure factorielle propose quatre dimensions : la honte liée à la consommation d'alcool, la culpabilité liée à la consommation d'alcool, la responsabilisation externe et l'indifférence à l'égard de la consommation d'alcool. L'outil présente une bonne validité interne en test retest avec des alphas de Cronbach allant de .69 à .90 sur les différents facteurs. Créé en 2019, cet outil n'a jusqu'alors été que peu utilisé, il a été traduit pour les besoins de l'étude et ses qualités psychométriques ont été étudiées.

4.9 *Self-Stigma in Alcohol Dependence Scale (SSAD) (Schomerus, Corrigan, et al., 2011)*

Cette échelle, adaptée de la *Self-Stigma of Mental Illness Scale* (Corrigan, Watson, & Barr, 2006) évalue l'intériorisation des stigmates des personnes présentant un TUA. Elaborée selon le modèle processuel de l'auto-stigmatisation, la *SSAD* est composée de 4 facteurs : « conscience des stéréotypes », « accord avec les

stéréotypes », « application à soi-même » et « conséquences négatives ». Elle présente de bonnes qualités psychométriques avec des alphas de Cronbach de .93, .93, .86, .87 dans sa version originale. N'ayant jamais été utilisée en langue française, elle a été traduite et évaluée dans ses qualités psychométriques pour les besoins de l'étude.

5. Traduction et adaptation des échelles *SSAD* et *PODS* en langue française

Avant de choisir ces outils, des inventaires des outils utilisés pour mesurer à la fois la stigmatisation intériorisée et des outils mesurant la honte et/ou la culpabilité dans les études en addictologie ont été effectués, la liste des différents outils répertoriés ainsi que leurs présentations se trouve en annexe (n°8 & 9).

Afin d'utiliser la *SSAD* (*Self-Stigma Alcohol Dependance*), et la *PODS* (*Perception of Drinking Scale*) un processus de traduction et d'étude psychométrique a été mis en place, suivant l'exemple des directives de la commission internationale des tests (Hambleton et al., 2005) et des travaux de Vallerand (1989). Les versions originales avec consignes des échelles ont été obtenues grâce à un contact avec les auteurs. Ce processus est composé de 6 étapes : une première traduction dans la langue cible auprès de personnes bilingues, deuxièmement, un consensus entre les versions produites avec l'avis d'une experte, troisièmement, une rétro traduction en langue originale de la part de bilingues, quatrièmement, un consensus avec personnes expertes et les personnes bilingues, cinquièmement, un pré-test à travers

une évaluation de clarté et enfin une validation psychométrique auprès de l'échantillon d'étude.

5.1 Premières traductions

Ainsi, dans un premier temps, les deux questionnaires ont été traduits par deux binômes de personnes bilingues volontaires, natifs et natives français et vivant actuellement en France. Le cadre de cette traduction leur a été communiqué, en revanche aucune de ces personnes n'était « experte » du domaine en question, et ce, volontairement. En effet, il était ici souhaité d'éviter tout « jargon » professionnel et d'obtenir une traduction dans un langage commun, compréhensible par la majorité des personnes. Cette première étape a duré 2 semaines, à la suite desquelles les traducteurs et traductrices ont fait parvenir leurs versions des deux questionnaires.

5.2 Consensus et avis expert

Un consensus a été réfléchi quant aux divergences de formulation de certains items, certaines modifications ont été effectuées et l'avis de Mme Varescon (Professeure des Universités et spécialisée en Addictologie) demandé en complément. Les modifications effectuées ont été réalisées seulement par l'investigatrice de l'étude sur la base des avis et conseils de Mme Varescon, notamment pour certifier que tous les éléments expriment les mêmes idées, pour obtenir des équivalences

sémantiques, idiomatiques et conceptuelles. Une fois deux versions françaises fixées, celles-ci ont été retransmises pour rétro-translation.

5.3 Rétro-translations

Ici, les précédentes versions françaises obtenues de la *SSAD* et de la *PODS* ont été transmises à deux binômes de bilingues différents, natifs anglais dont l'un vivant actuellement aux Etats-Unis. Encore une fois, ces personnes sont de professions différentes, non spécialisées en addictologie, ni même dans le domaine de la santé. Ces deux binômes ont également eu une explication du cadre de la traduction et quelques réponses à leurs questions sur les concepts étudiés (stigmatisation intériorisée, addiction). Trois semaines après, une version rétro-traduite en langue anglaise des deux échelles était obtenue.

5.4 Consensus et avis de l'ensemble traducteurs et traductrices

Les versions proposées présentaient des divergences avec les versions originales, notamment sur certaines appellations (*i.e.*, « *people with alcohol issues* » vs « *people with alcohol problems* »). Une comparaison précise, mot par mot, a été effectuée et un consensus a été obtenu. Ces versions des deux échelles ont été transmises, accompagnées des versions originales, à l'ensemble des traducteurs et experte afin d'obtenir leurs avis.

5.5 Versions finales

Une fois les versions françaises des échelles obtenues, une mise en page semblable à celles des échelles originales a été effectuée. L'ensemble des avis de la part des traducteurs et experts a dû ensuite être évalué auprès des usagers et usagères. La dernière étape consiste ainsi à vérifier que les formes finales étaient adaptées à la population cible, et que chaque item est clair et compréhensible.

5.6 Questionnaire de clarté – pré test

Afin d'évaluer la clarté et la compréhension des outils, et dans le cadre temporel qui nous était attribué, les deux échelles ont été présentées à un échantillon de convenance, interrogé indépendamment sur la facilité de compréhension de tous les éléments. Bien que cela ne se substitue pas à un pré-test à proprement parler, cette évaluation a permis de mettre en avant les items moins compris ou moins bien formulés. Les items des échelles étaient présentés avec comme modalité de réponse une échelle de Likert à cinq points allant de 1 (Je n'ai rien compris) à 5 (J'ai complètement compris). L'objectif était de recruter un échantillon de participants présentant des caractéristiques sociodémographiques équivalentes à l'échantillon de l'étude et la population ciblée par les outils. Aussi, ce questionnaire a été proposé à des usagers du service de sevrage de l'Hôpital René Muret, et ce, avant que l'ensemble des protocoles contenant ces deux échelles ne soit proposé. Au cours du mois de juillet, l'investigatrice de l'étude a ainsi proposé à une trentaine de personnes de remplir ces deux questionnaires. Les participants ayant accepté de

participer à ces prémices essentielles à l'étude se sont vu proposer les deux échelles, une lettre d'information, un formulaire de consentement expliquant le but de ce « pré-test » et l'impossibilité par la suite de repasser le protocole de l'étude dans sa forme définitive.

6. Analyses statistiques

Toutes les analyses ont été conduites avec le logiciel R version 4.1.1, et le logiciel Jamovi version 1.6.23.0.

Afin d'obtenir une fiabilité scientifique et statistique, et dans un souci de généralisabilité des résultats, un échantillon représentatif de la population parente était souhaité.

En Ile de France, nous comptons, en 2020, 12,21 millions d'habitants, parmi eux, 866 910 (7,1%) consommeraient quotidiennement de l'alcool (Richard et al., 2019).

En sachant que ces résultats sont obtenus auprès de personnes recrutées *via* téléphone, parlant français et faisant partie d'un ménage dit traditionnel. Si nous suivons les calculs conseillés pour déterminer la taille de l'échantillon, avec un intervalle de confiance de 95% (Kadam & Bhalerao, 2010), 384 personnes devraient accepter de participer à l'étude pour que l'échantillon soit le plus représentatif possible.

D'après les données de 2016, en se référant aux produits posant le plus de problèmes, l'alcool est cité par environ la moitié du public des CSAPA. Ainsi, 74 142

METHODOLOGIE

sont suivis en CSAPA d'après les données les plus récentes publiées au moment de l'enquête (Palle, 2016), ce chiffre excluant les personnes suivies en CAARUD, clinique privée, hospitalisation public ou autre structure. Or, si nous reprenons le calcul de la taille d'échantillon, en se basant sur les personnes suivies pour un mésusage de l'alcool, ici encore, l'échantillon devrait être composé de 383 personnes.

Étant donné que notre protocole de recherche comprend deux échelles non validées auprès de la population cible (consommateurs et consommatrices d'alcool, francophones), un échantillon conséquent est nécessaire pour en vérifier la validité. Aussi, Anthoine et al., (2014) conseillent un minimum de 100 personnes à des fins de validations d'outils, d'autres auteurs suggèrent qu'il faut 10 participants multipliés par le nombre d'items ; la *SSAD* contenant 40 items, cela amènerait à un échantillon de 400 personnes. Cependant, en connaissance des limites de faisabilité et considérant qu'il est compliqué si ce n'est impossible, de recruter tant de participants dans le temps qui nous est imparti, l'objectif premier est de recruter un minimum de 100 participants.

En prémices des analyses statistiques répondant aux hypothèses, l'ensemble de la base de données a été exporté de *LimeSurvey* puis nettoyé et trié sur Excel. Les scores globaux des échelles et sous échelles ont été calculés. Ensuite, des analyses descriptives de l'ensemble des variables de l'étude ont été réalisées. À l'aide à la fois des indices de centralités (moyenne, médiane, mode(s)), indices de dispersion (écart-type, étendue) ainsi que de représentation graphique (histogramme,

METHODOLOGIE

diagramme en boîte), la tendance de chaque variable a été observée. D'après la définition de Tukey (1977), est considérée comme valeur aberrante toute valeur située au-delà d'une étendue de saut, équivalent à 1,5 fois l'intervalle interquartile en dessous d'un premier quartile ou au-dessus du 3^e quartile. C'est ainsi que figurent visuellement les valeurs aberrantes sur un graphique dit de boîte à moustache.

Ainsi, après une évaluation graphique et visuelle, des données aberrantes semblaient présentes sur plusieurs variables, notamment la variable alcool mesurée par l'*AUDIT*. Parmi l'échantillon un effet plafond semble présent sur l'échelle *AUDIT*. Celle-ci étant initialement faite pour dépister les probables troubles de l'usage d'alcool, elle semble finalement peu appropriée à un échantillon de personnes dont la dépendance est avérée. Aussi, parmi notre échantillon, les rares personnes (5) ayant présenté des scores inférieurs au score seuil établi à 8 sont considérées statistiquement comme des *outliers*. Afin de cibler l'ensemble des données aberrantes, les calculs de différences interquartiles permettant d'établir une borne inférieure ainsi qu'une borne supérieure ont été effectués. Ces calculs, vérifiés par l'étendue retrouvée de mesure des échelles, ont permis de cibler 19 données aberrantes. Afin de ne pas nuire aux analyses, ces données ont été supprimées.

Enfin, les conditions d'applications statistiques des analyses envisagées ont été vérifiées. La taille de l'échantillon le permettant, il a été décidé d'appliquer des analyses paramétriques, car celles-ci permettent une meilleure puissance statistique pour un échantillon de taille suffisante pour tendre vers la normalité ($n > 30$). En anticipation des analyses comparatives prévues, l'homogénéité des variances a été

METHODOLOGIE

évaluée grâce au test de *Levene* et a permis de conclure à une homogénéité quasi totale entre nos groupes (HDJ vs Sevrage) ainsi qu'entre les genres (Femme vs Homme). La colinéarité a également été testée aux vues des analyses de régression prévues par la suite, hormis les 4 facteurs de l'échelle de Stigmatisation intériorisée entre eux, l'ensemble des variables présente bien une indépendance.

RESULTATS

CHAPITRE I

Caractéristiques de l'échantillon

1. Données socio démographiques et statistiques descriptives

1.1 Données socio-démographiques principales

L'âge moyen des participants est de 44.6 ($ET=11.1$), l'ensemble des caractéristiques catégorielles est présenté dans le tableau ci-dessous.

Tableau n°2. Caractéristiques socio-démographiques de l'échantillon (n = 114)

| Variable | $n(\%)$ |
|----------------------------|----------|
| Genre | |
| Femme | 43 (38%) |
| Homme | 71 (62%) |
| Situation maritale | |
| Concubinage | 24 (22%) |
| Célibataire | 41 (38%) |
| Divorcé.e ou séparé. e | 34 (31%) |
| Marié.e | 7 (6.5%) |
| Veuf.ve | 2 (1.9%) |
| Niveau d'études | |
| Jamais été à l'école | 2 (1.8%) |
| Enseignement secondaire | 12 (11%) |
| CAP, BEP | 37 (32%) |
| Baccalauréat ou équivalent | 30 (26%) |
| BAC+3 | 26 (23%) |
| BAC+5 | 6 (6.1%) |

**Tableau n ° 2. Données socio-démographiques (n = 114)
(suite)**

| Variable | n(%) |
|---|------------|
| Situation socio-professionnelle | |
| AAH | 1 (0.9%) |
| En arrêt longue maladie | 18 (16%) |
| En emploi | 38 (33%) |
| En recherche d'emploi | 42 (37%) |
| Handicap | 1 (0.9%) |
| Minimum vieillesse | 1 (0.9%) |
| RSA | 4 (3.5%) |
| Retraité.e | 9 (7.9%) |
| Lieu de vie | |
| Dans un foyer | 21 (18%) |
| En tant que locataire dans un appartement/une maison | 52 (46%) |
| En tant que propriétaire dans un appartement/une maison | 19 (17%) |
| Hebergé.e par un.e tierce personne | 17 (15%) |
| Sans domicile fixe | 5 (4.4%) |
| Langue maternelle | |
| Français | 76 (66.7%) |
| Arabe | 12 (10.5%) |
| Georgien | 6 (5.3%) |
| Portugais | 5 (4.4%) |
| Malien | 4 (3.5%) |
| Tamoul | 2 (1.8%) |
| Ukrainien | 2 (1.8%) |
| Russe | 2 (1.8%) |
| Polonais | 2 (1.8%) |
| Soninké | 2 (1.8%) |
| Pendjabi | 2 (1.8%) |
| Allemand | 1 (0.9%) |

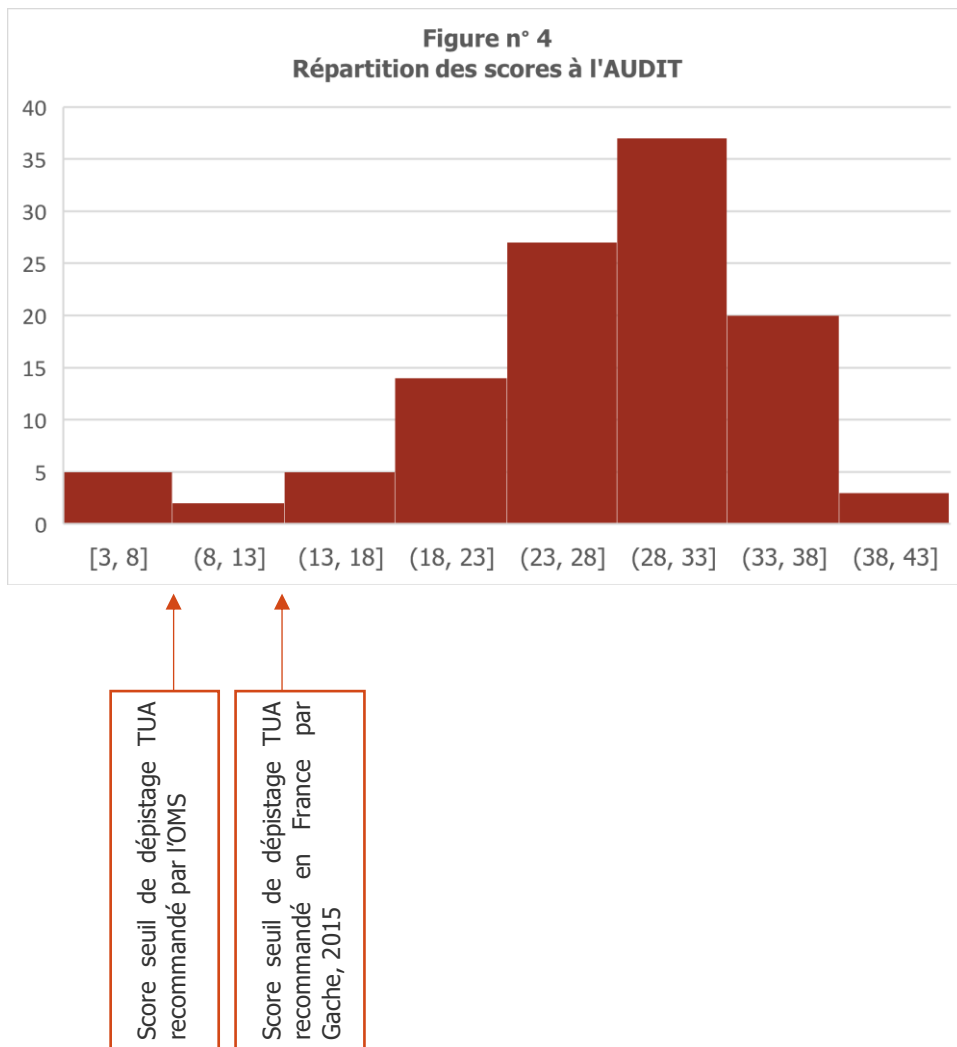
1.2 Informations relatives à la santé et à la consommation

1.2.1 Consommations

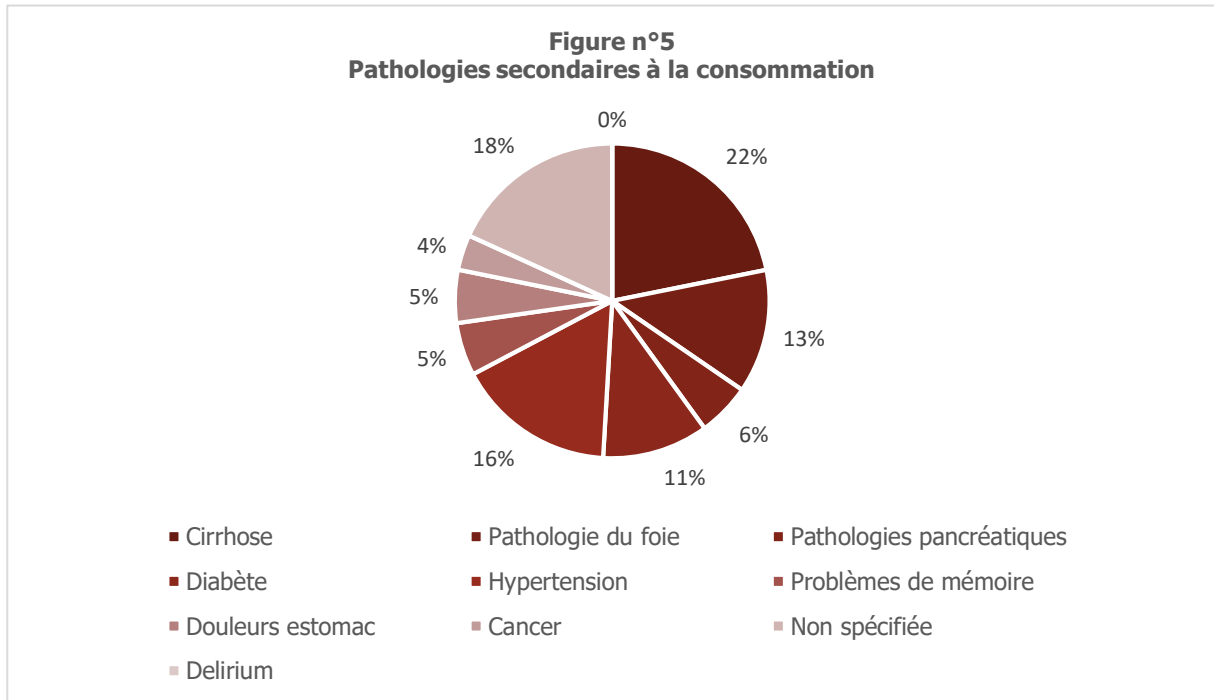
Le score moyen obtenu à l'*AUDIT* est de 28.7, avec un écart-type de 6.16, le plaçant en deçà du seuil établi par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) (>8) permettant de détecter un trouble de l'usage d'alcool. Plus spécifiquement, l'OMS recommande une catégorisation en trois seuils ; consommation dangereuse (8-15), consommation nocive (16-19), et consommation avec dépendance (>20) (Babor et al., 2001). Bien que les *cut off* établis dans le cadre de cet outil soient discutés (Nadkarni et al., 2019), certains proposant un *cut off* à l'échelle de la France au score de 13 pour une consommation avec dépendance (Gache et al., 2005), et une revue systématique démontre que les *cut off* choisis pour dépister le TUA varient de >7 to >24, ainsi une grande majorité de notre échantillon présente une moyenne au-dessus de tout seuil établi.

Pour une vue plus précise sur la répartition des scores à l'*AUDIT* de l'échantillon, l'histogramme ci-dessous les présente avec les scores seuils de références.

Caractéristiques de l'échantillon

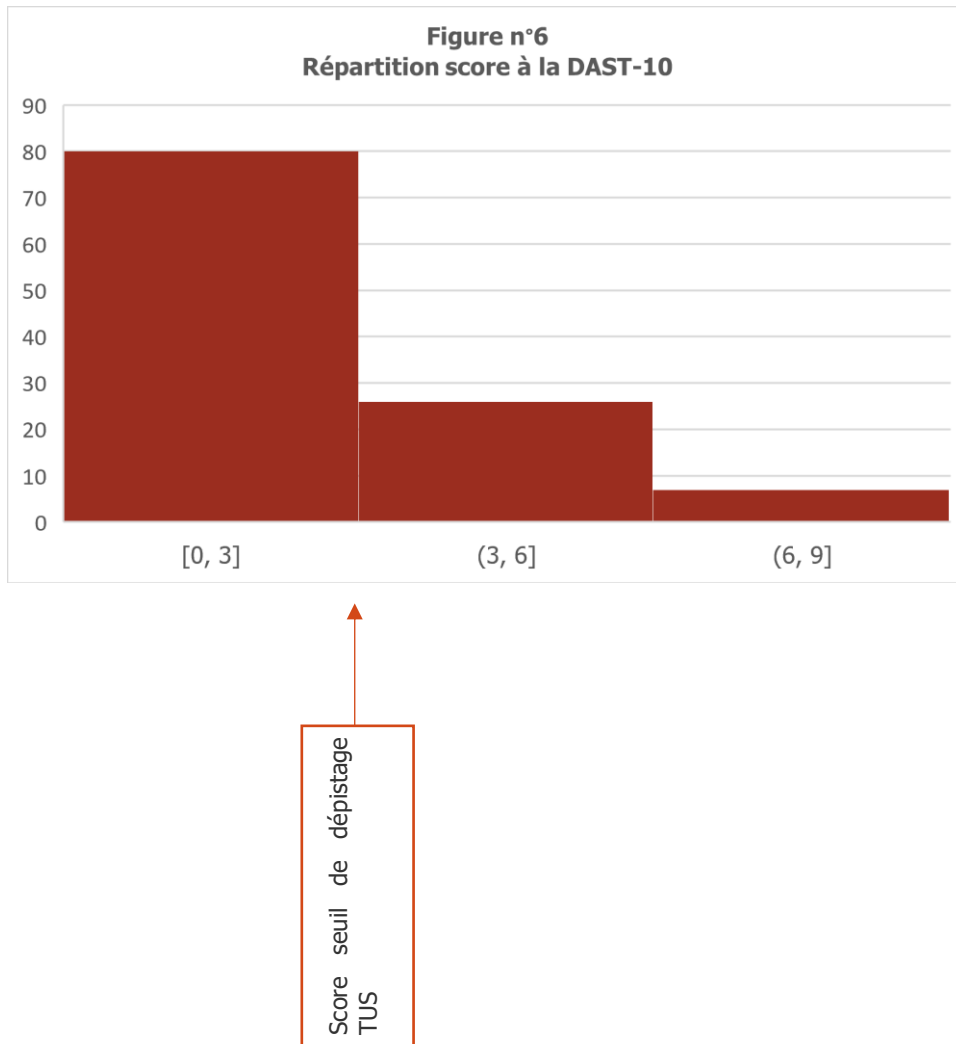


Par ailleurs, à la suite du remplissage de l'*AUDIT*, les participants étaient questionnés sur la présence potentielle de troubles somatiques en lien avec la consommation d'alcool. Ainsi, 31% de l'échantillon a affirmé avoir une ou plusieurs affections somatiques découlant de la consommation, 4% ne pas savoir, et le reste de l'échantillon s'est abstenu de répondre à la question. Parmi les affections somatiques les plus fréquemment mentionnées, nous retrouvons la cirrhose, l'hypertension, puis les maladies du foie non spécifiées. La figure n°5 regroupe l'ensemble des réponses tel qu'énoncé par les participants, et leurs fréquences.

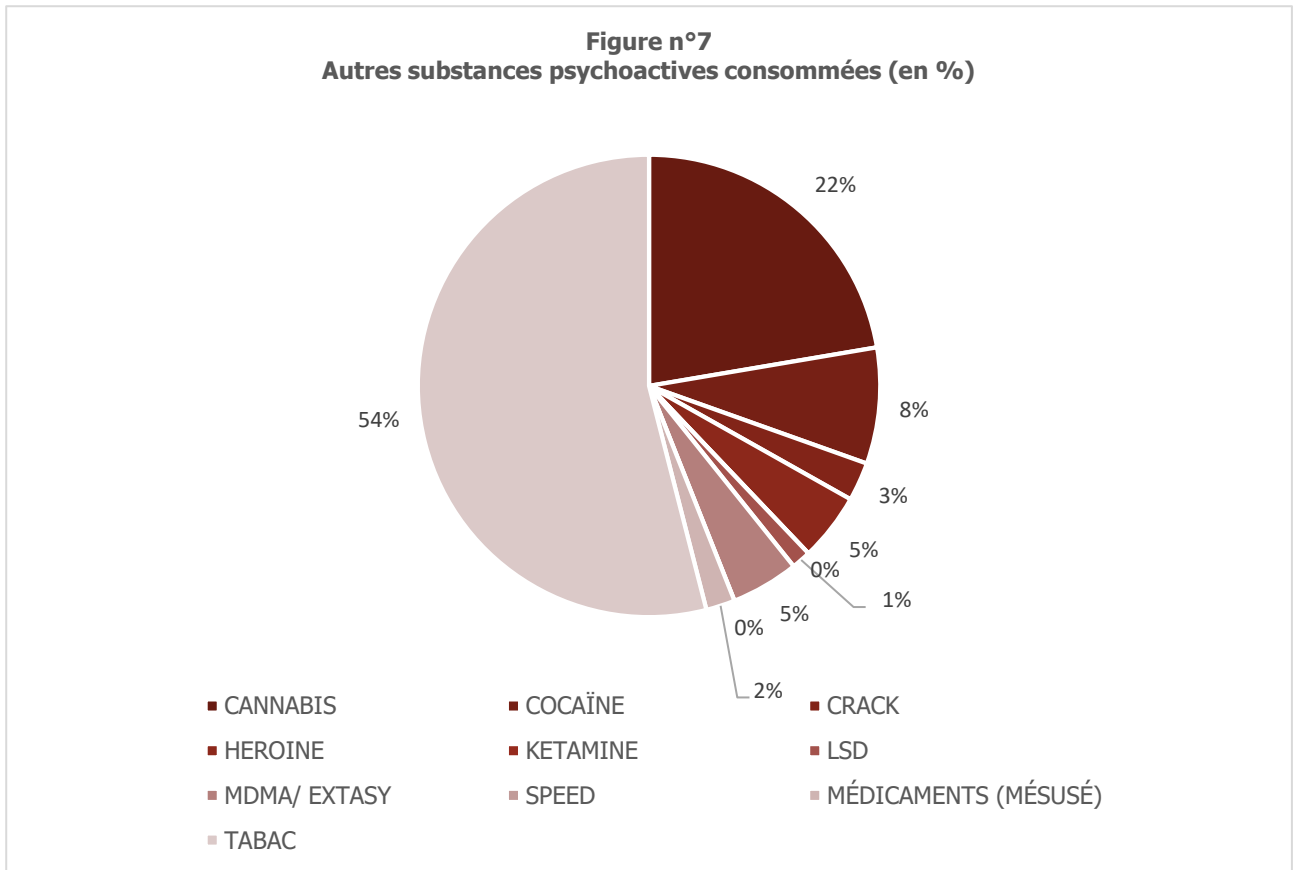


Les participants de l'étude se sont vus questionner sur leurs consommations de substances psychoactives. Bien que les scores à la *DAST* soient en moyenne en deçà des seuils permettant d'affirmer un trouble de l'usage d'autres substances psychoactives, différentes consommations ont été rapportées. Le score seuil établi à 3 d'après Villalobos et al., (2015) concerne 28% de l'échantillon, pour autant, la moyenne globale se trouve en dessous ($M=2.58$, $ET= 2.26$).

Caractéristiques de l'échantillon



Bien que le *DAST* ne mesure pas la dépendance au tabac, nous retrouvons au sein de notre échantillon 70% de consommateurs actifs de tabac. Par ailleurs, la consommation d'autres substances psychoactives est rapportée par les participants, la répartition de celles-ci est présentée dans la figure n°7.



1.2.2 Suivi addictologique et centres fréquentés

Dans l'accompagnement de ces consommations, qu'elles soient relatives à l'alcool ou à d'autres substances psychoactives, les participants ont indiqué en majorité (58%) être suivis en centre de sevrage (lieu de recrutement de l'étude), puis, être suivis en CSAPA (27%). 25% ont également été suivis en post cure et 10% au sein de communauté thérapeutique. Par ailleurs, une majorité de personnes est accompagnée par un addictologue (41%), et autour d'un quart par un psychiatre (14%) ou un psychologue (17%).

1.2.3 Comorbidités

Connaissant la forte prévalence de comorbidité présente dans les troubles addictifs (Cf partie théorique, chapitre 1) il a été demandé aux participants s'ils avaient été diagnostiqués de pathologie(s), qu'elles soient chroniques ou somatiques. Ainsi, 23% des participants rapportent avoir un trouble psychiatrique en parallèle de leur trouble de l'usage d'alcool, et 13% un trouble somatique. Les troubles psychiatriques rapportés par les participants sont des troubles dépressifs pour 12%, bipolaires pour 4% et schizophréniques pour 1.75%. 4% ont également signalé avoir une pathologie psychiatrique sans en spécifier l'appellation. Enfin, le trouble neurodéveloppemental déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité est rapporté par 3% de l'échantillon comme pathologie comorbide.

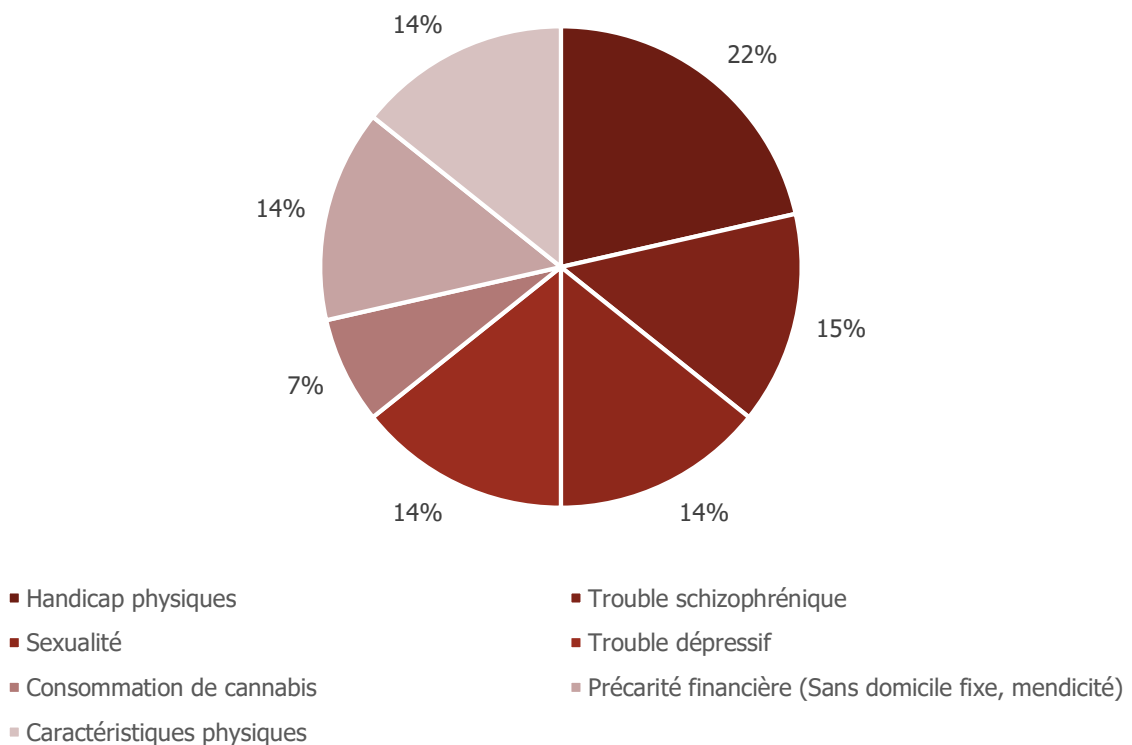
Pour ce qui est des pathologies somatiques, 7% de l'échantillon déclare un trouble diabétique, 4% des troubles cardiaques, et 0.88% soit une personne pour l'épilepsie, le cancer et le VIH.

De plus, 25% des participants prennent un traitement psychiatrique au moment de la passation, parmi lesquels 13% ne savent de quels médicaments est composé leur traitement (*e.g.*, « Oui mais je ne connais pas les noms », « Oui mais je ne sais pas ce que c'est », « Oui 11 médicaments quotidiens mais nsp quoi »).

1.2.4 Stigmatisation perçue

Enfin, après passation des auto-questionnaires une question ouverte permettait aux participants d'indiquer s'ils se sentaient stigmatisés pour quelque raison (à l'exception de leur consommation d'alcool). Bien qu'une minorité de personnes ait répondu à cette question, nous pouvons observer que certains rapportent vivre de la stigmatisation pour d'autres raisons (*e.g.*, « Les gens regarde de travers car je vie dans la rue et aussi les infirmière quand je suis aux urgences ou que j fais mes soins pour le pancréas, ils jugent parce que c'est à cause de l'alcool », « Oui handicap physique le fauteille roulant », « l'absence de logement, demander de l'argent aux gens »).

Figure n°8
Motif de stigmatisation déclarés (excepté consommation)



1.3 Statistiques descriptives

Sur l'échantillon total, les statistiques descriptives nous permettent de constater un score à l'AUDIT situant l'échantillon dans un TUA ($M=28.7$, $E-T=6.16$) et un score à la DAST ne permettant pas de conclure que l'échantillon dans son entièreté présente un risque de poly-addiction ($M=2.40$, $E-T=2.01$). Par ailleurs, les scores moyens à la sous échelle de la honte sont de 17.7 ($E-T=3.69$), et ceux de la sous échelle culpabilité de 18.6 ($E-T=3.22$) (Cf. Tableau n°3).

Les scores des sous échelles de stigmatisation intériorisée suivent une courbe descendante ($M_{conscience}=49.4$, $E-T=15.6$; $M_{accord}=43.7$, $E-T=15.4$; $M_{application}= 34.8$, $E-T=12.9$; $M_{conséquences}= 31.5$, $E-T=13.7$), et le score moyen à l'échelle de stigmatisation perçue est de 18.4 ($E-T=5.45$).

Enfin, conformément aux *cut off* établis par Lépine et al., (1985) l'échantillon présente une probable symptomatologie dépressive et anxieuse, avec des moyennes respectivement de 9.57 ($E-T=3.99$) et de 8.76 ($E-T=3.12$). Par ailleurs, les scores moyens d'estime de soi sont de 24.8 ($E-T=4.41$).

Tableau n°3. Statistiques descriptives des variables cliniques (n=114)

| | Moyenne (Ecart-Type) |
|-----------------------------|----------------------|
| Durée d'usage problématique | 13.1 (12.3) |
| AUDIT | 28.7 (6.16) |
| DAST | 2.4 (2.01) |
| PODS-Honte | 17.7 (3.69) |
| PODS-Culpabilité | 18.6 (3.22) |
| Stigma scale | 18.4 (5.45) |
| Conscience | 49.4 (15.6) |
| Accord | 43.7 (15.4) |
| Application | 34.8 (12.9) |
| Conséquences | 31.5 (13.7) |
| HADS-Anxiété | 8.76 (3.12) |
| HADS-Depression | 9.57 (3.99) |
| RES | 24.8 (4.41) |

Note. AUDIT = Alcohol Use Disorders Identification Test, DAST = Drug Abuse Screening Test, PODS = Perceptions of Drinking Scale, HADS = Hospital Anxiety and Depression Scale, RSE = Rosenberg Self-Esteem Scale

2. Comparaison des variables par groupes

2.1 En fonction du genre

Bien que des différences soient observables d'un point de vue descriptif, il ne semble pas y avoir de différence significative en fonction du genre sur aucune des variables cliniques (*Cf.* tableau n°4).

Caractéristiques de l'échantillon

Tableau n°4. Comparaison des variables cliniques en fonction du genre (Homme (n=71) vs Femme (n=43))

| Variables | Moyenne (écart-type) | | <i>t</i> | <i>ddl</i> | <i>p</i> |
|-------------------|----------------------|-------------|----------|------------|----------|
| | Homme | Femme | | | |
| AUDIT | 28.5 (6.58) | 28.8 (5.94) | -0.2314 | 105 | 0.817 |
| DAST | 2.74 (2.12) | 2.19 (1.93) | 1.4001 | 109 | 0.164 |
| PODS-Honte | 18.4 (3.92) | 17.2 (3.50) | 1.6229 | 111 | 0.107 |
| PODS-Blâme | 10.1 (5.45) | 11.8 (4.99) | -1.6706 | 112 | 0.098 |
| PODS-Culpabilité | 19.0 (3.02) | 18.4 (3.33) | 1.0302 | 108 | 0.305 |
| PODS-Indifférence | 5.67 (3.15) | 5.97 (2.84) | -0.5199 | 112 | 0.604 |
| Stigma Scale | 17.4 (5.29) | 19.0 (5.48) | -1.5523 | 112 | 0.123 |
| SSAD-Conscience | 48.6 (13.8) | 49.8 (16.6) | -0.4263 | 112 | 0.671 |
| SSAD-Accord | 44.9 (15.5) | 43.0 (15.4) | 0.6410 | 112 | 0.523 |
| SSAD-Application | 33.7 (11.9) | 35.4 (13.6) | -0.6586 | 112 | 0.511 |
| SSAD-Conséquences | 29.3 (12.0) | 32.9 (14.5) | -1.3811 | 112 | 0.170 |
| HADS-Anxiété | 8.84 (3.39) | 8.71 (2.97) | 0.2087 | 110 | 0.835 |
| HADS-Dépression | 9.16 (3.98) | 9.81 (4.00) | -0.8424 | 111 | 0.401 |
| RSE | 24.8 (4.84) | 24.8 (4.17) | -0.0638 | 111 | 0.949 |

Note.

AUDIT: Alcohol Use Disorder Test, DAST: Drug Abuse Screening Test, PODS: Perception Of Drinking Scale, SS: Stigma Scale, SSAD: Self-Stigma in Alcohol Dependence, HADS: Hospital Anxiety and Depression Scale, RSE: Rosenberg Self Esteem Scale

2.2 En fonction du service de recrutement

Afin d'évaluer l'influence du service de recrutement, à savoir un hôpital de jour (n=35) et un service de sevrage dit complexe⁴ (n=79), des analyses comparatives ont été menées. Les seules variations significatives semblent être le score de

⁴ Le "sevrage complexe" est réalisé dans des unités dédiées. D'une durée d'au moins 2 semaines, il fait appel à une organisation plus complexe des soins et notamment à des ateliers thérapeutiques (Ministère de la Santé et des Solidarités, 2006).

Caractéristiques de l'échantillon

sévérité de la consommation d'alcool ($t = -3.00, p < .05$) et la stigmatisation perçue ($t = 4.37, p < .001$) (Cf. Tableau n°5).

Tableau n°5. Comparaison des variables cliniques en fonction du service addictologique de suivis (HDJ=35 vs Sevrage=79)

| Variable | Moyenne (écart-type) | | <i>t</i> | <i>ddl</i> | <i>p</i> |
|-------------------|----------------------|-------------|----------|------------|-----------|
| | HDJ | Sevrage | | | |
| AUDIT | 25.9 (6,92) | 29.7 (5,53) | -3.0020 | 105 | 0.003* |
| DAST | 2.23 (1.90) | 2.47 (2.08) | -0.5938 | 109 | 0.554 |
| PODS-Honte | 17.0 (3.88) | 18.0 (3.60) | -1.2345 | 111 | 0.220 |
| PODS-Blâme | 11.8 (4.80) | 10.8 (5.38) | 0.9510 | 112 | 0.344 |
| PODS-Culpabilité | 17.9 (2.91) | 19.0 (3.32) | -1.5746 | 108 | 0.118 |
| PODS-Indifférence | 6.17 (2.97) | 5.72 (2.95) | 0.7495 | 112 | 0.455 |
| SS | 21.5 (5.59) | 17.1 (4.81) | 4.3762 | 112 | < .001*** |
| SSAD-Conscience | 50.9 (15.6) | 48.7 (15.6) | 0.6821 | 112 | 0.497 |
| SSAD-Accord | 45.8 (16.8) | 42.8 (14.8) | 0.9366 | 112 | 0.351 |
| SSAD-Application | 37.3 (12.7) | 33.7 (12.9) | 1.3709 | 112 | 0.173 |
| SSAD-Conséquences | 31.6 (14.2) | 31.5 (13.5) | 0.0438 | 112 | 0.965 |
| HADS-Anxiété | 8.48 (3.23) | 8.87 (3.09) | -0.5991 | 110 | 0.550 |
| HADS-Dépression | 10.2 (3.30) | 9.27 (4.24) | 1.1850 | 111 | 0.239 |
| RSE | 23.5 (3.88) | 25.4 (4.53) | -2.1514 | 111 | 0.034 |

Note.

AUDIT: Alcohol Use Disorder Test, DAST: Drug Abuse Screening Test, PODS: Perception Of Drinking Scale, SS: Stigma Scale, SSAD: Self-Stigma in Alcohol Dependence, HADS: Hospital Anxiety and Depression Scale, RSE: Rosenberg Self Esteem Scale

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

3. Matrice de corrélations

Enfin, avant d'effectuer toutes analyses permettant de répondre aux hypothèses, une matrice de corrélation de l'ensemble des variables a été effectuée. Celle-ci permet de rendre compte des liens entre chacune des variables cliniques. De par cette matrice de corrélation (Cf. Tableau n°6), on observe des corrélations significatives entre chaque stade d'intériorisation des stigmates, et la honte (conscience $r=0.260$, $p<.01$, accord $r=0.494$, $p<.001$, application $r=0.446$, $p<.001$, conséquence $r=0.493$, $p<.001$). La culpabilité, quant à elle, corrèle significativement avec les trois derniers stades d'intériorisation des stigmates (accord $r=0.269$, $p<.01$, application $r=0.281$, $p<.01$, conséquences $r=0.296$, $p<.01$), bien que l'ampleur des corrélations soit plutôt faible. Aussi, les corrélations observées confirment le lien supposé et permettent de passer aux analyses suivantes.

Caractéristiques de l'échantillon

Tableau n°6. Matrice de corrélations de l'ensemble des variables

| | Durée usage | AUDIT | DAST | PODS-Honte | PODS-Culpabilité | Stigma Scale | Conscience | Accord | Application | Conséquences | Anxiété | Dépression | Estime de soi |
|------------------|-------------|---------|----------|------------|------------------|--------------|------------|----------|-------------|--------------|---------|------------|---------------|
| Durée usage | — | | | | | | | | | | | | |
| AUDIT | 0.220* | — | | | | | | | | | | | |
| DAST | -0.017 | 0.239* | — | | | | | | | | | | |
| PODS-Honte | 0.033 | -0.146 | -0.062 | — | | | | | | | | | |
| PODS-Culpabilité | 0.034 | 0.078 | 0.353*** | 0.287** | — | | | | | | | | |
| Stigma scale | -0.010 | -0.190 | 0.189* | 0.111 | 0.034 | — | | | | | | | |
| Conscience | 0.141 | -0.058 | 0.124 | 0.260** | 0.139 | 0.198* | — | | | | | | |
| Accord | 0.044 | 0.250** | 0.099 | 0.494*** | 0.269** | 0.146 | 0.589*** | — | | | | | |
| Application | 0.059 | -0.030 | 0.219* | 0.446*** | 0.281** | 0.308*** | 0.565*** | 0.767*** | — | | | | |
| Conséquences | 0.019 | 0.059 | 0.157 | 0.493*** | 0.296** | 0.301** | 0.381*** | 0.586*** | 0.777*** | — | | | |
| Anxiété | 0.096 | 0.210* | 0.258** | 0.197* | 0.144 | -0.008 | 0.074 | 0.125 | 0.181 | 0.231* | — | | |
| Dépression | 0.046 | -0.050 | -0.036 | 0.139 | 0.139 | 0.148 | 0.063 | 0.071 | 0.159 | 0.101 | 0.072 | — | |
| Estime de soi | -0.034 | 0.129 | -0.008 | -0.106 | 0.020 | 0.337*** | -0.085 | -0.221* | -0.268** | -0.230* | -0.054 | -0.440*** | — |

Note.

AUDIT: Alcohol Use Disorder Test, DAST: Drug Abuse Screening Test, PODS: Perception Of Drinking Scale.

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

CHAPITRE II

Analyse du modèle progressif d'intériorisation des stigmates

Ce chapitre retranscrit les résultats concernant l'analyse psychométrique de l'échelle de mesure de stigmatisation intériorisée et l'évaluation du modèle progressif d'intériorisation des stigmates auprès d'un échantillon de personnes avec un trouble de l'usage d'alcool.

1. Évaluation psychométrique de la *SSAD*

1.1 Étude de clarté

L'étude de clarté effectuée auprès de $n=27$ patients et patientes du service a montré des résultats satisfaisants. La clarté moyenne du facteur 1 (conscience) était de 3.79, celle du facteur 2 (accord) de 3.02, le facteur 3 (application) a obtenu un score de 2.82 et le facteur 4 (conséquence), un score de clarté de 2.74. Le score de clarté total de l'échelle est ainsi de 3.09, pour rappel l'échelle de clarté s'étendait de 0 à 5. Aussi, la traduction des items a été jugée acceptable, compréhensible, et a permis le passage du protocole entier.

1.2 Sensibilité de l'échelle

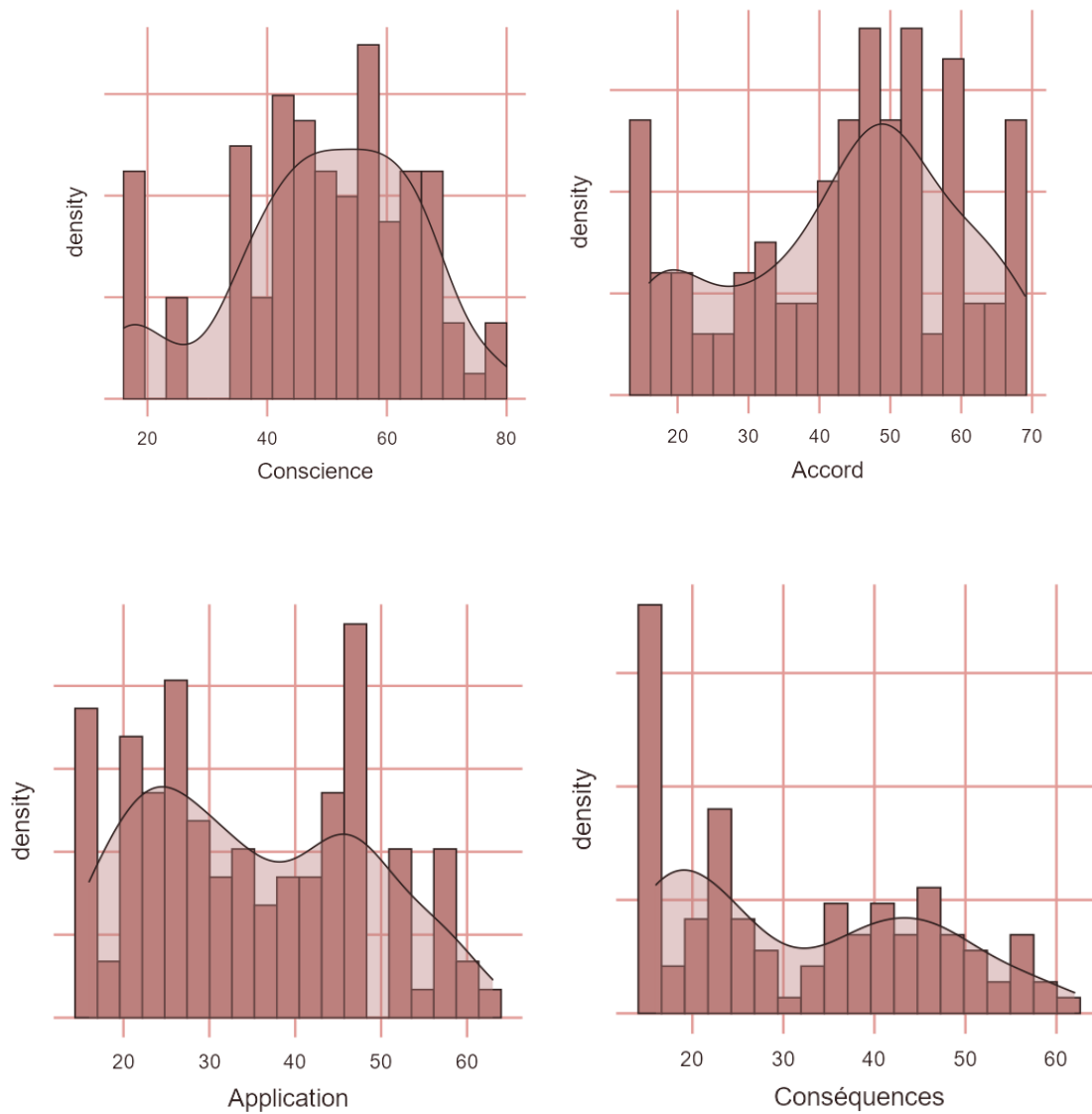
Afin d'évaluer la sensibilité de mesure des différents facteurs de l'outil, il est attendu que la moyenne \approx médiane \approx mode. Ainsi, les indices de centralités sont plutôt bons. Par ailleurs, comme en atteste la figure des distributions pour les trois premiers facteurs (conscience, accord, application), la répartition des scores est homogène bien qu'un léger effet plafond soit présent pour l'accord, et une tendance à se répartir en deçà ou en dessus de la moyenne pour l'application.

Cependant, pour le facteur de conséquences, nous observons un effet planché important avec une surreprésentation des scores minimum.

Tableau n°7. Statistiques descriptives des facteurs de stigmatisation intériorisée

| | Conscience | Accord | Application | Conséquences |
|------------|------------|--------|-------------|--------------|
| Moyenne | 49.4 | 44.0 | 35.0 | 32.0 |
| Médiane | 51 | 47 | 33 | 28 |
| Mode | 58.0 | 46 | 33 | 16.0 |
| Ecart-type | 15.4 | 15.6 | 13.1 | 13.9 |
| Minimum | 16 | 16 | 16 | 16 |
| Maximum | 80 | 69 | 63 | 62 |

Figure n°9. Histogramme de densité des facteurs de la *SSAD*



1.3 Analyse de la structure factorielle

Au vu du nombre d'items présents dans ce questionnaire ($n=64$), la taille d'échantillon nécessaire à une analyse fiable de la validité factorielle serait comprise entre 320 et 640 minimum (Falissard, 2008). Aussi, il n'est possible, avec un

échantillon trois à six fois plus petit que l'échantillon minimum requis, d'effectuer de telles analyses.

1.4 Validité convergente

Bien que nous ne puissions évaluer la structure factorielle de l'outil, nous pouvons tout de même en étudier la validité. Ainsi, la validité dite convergente (Broc, 2016) consiste en la vérification que l'échelle mesure bien le construit qu'elle est censée mesurer, en évaluant le lien avec une autre échelle préexistante, validée, avec laquelle elle devrait corrélérer. Pour ce faire, la *Stigma Scale* (Morandi, 2013), ainsi que l'échelle d'estime de soi (Rosenberg, 1965) ont été inclus dans le protocole de recherche.

Comme en témoigne le tableau ci-dessous, les facteurs de la *SSAD* corrélaient majoritairement avec la *Stigma Scale*, à l'exception du facteur accord. Par ailleurs, une corrélation négative est observée entre les scores d'estime de soi, et les facteurs d'accord, d'application et de conséquences de la *SSAD*, indiquant que plus les scores d'intériorisation des stigmates sont élevés moins bonne est l'estime de soi.

Tableau n°8. Matrice de corrélation évaluant la validité convergente de la SSAD

| | Stigma-scale | Conscience | Accord | Application | Conséquences | Estime de soi |
|---------------|--------------|------------|----------|-------------|--------------|---------------|
| Stigma-scale | — | | | | | |
| Conscience | 0.198* | — | | | | |
| Accord | 0.146 | 0.589*** | — | | | |
| Application | 0.308*** | 0.565*** | 0.767*** | — | | |
| Conséquences | 0.301** | 0.381*** | 0.586*** | 0.777*** | — | |
| Estime de soi | -0.337*** | -0.085 | -0.221* | -0.268** | -0.230* | — |

Note.

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

1.5 Cohérence interne

Le facteur conscience tel que conceptualisé dans l'outil original présente une excellente cohérence interne, $\alpha=0.93$, de même pour le facteur accord $\alpha=0.94$ et conséquence $\alpha=0.92$. Le facteur application présente également une très bonne cohérence interne $\alpha=0.89$. Qui plus est, aucune de ces valeurs ne serait améliorée par le retrait d'item dans la dimension.

1.6 Conclusion de l'analyse de l'échelle

Bien que la taille d'échantillon n'ait pas permis d'effectuer l'ensemble des analyses nécessaires à l'exploration et la validation de la structure factorielle de l'outil traduit, la cohérence et la consistance interne semblent bonnes.

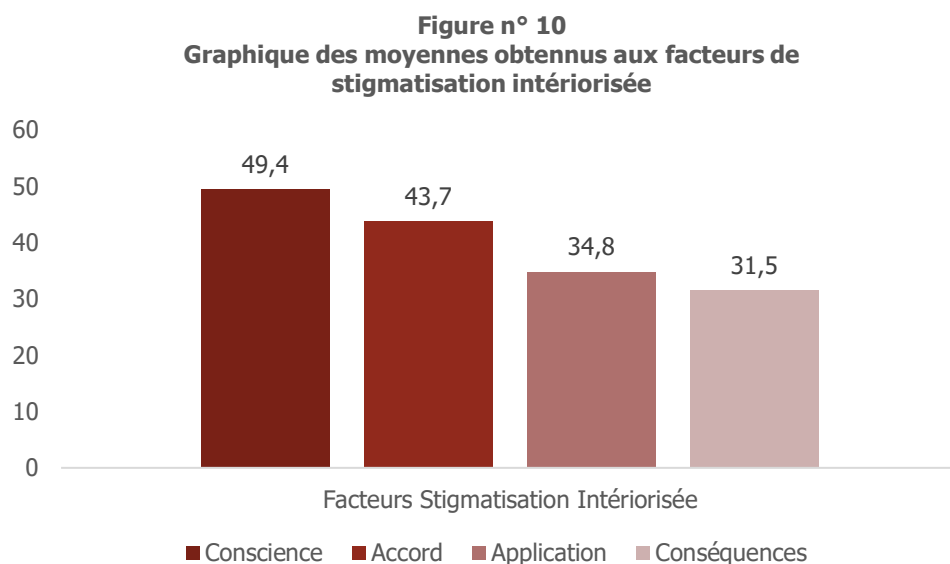
Par ailleurs, bien que les cultures occidentales se ressemblent en nombreux points, il n'est pas à exclure que la validité culturelle soit questionnable. En effet, la création de l'outil initial est basée sur l'étude des stéréotypes représentant les personnes présentant un trouble de l'usage d'alcool aux Etats-Unis (Corrigan, Watson, & Barr,

2006). Les stéréotypes étant culturo-dépendants, il est possible que la sélection utilisée pour les items ici présents ne soit pas pleinement congruente.

2. Validation du modèle progressif d'intériorisation des stigmates

Afin de vérifier le postulat du modèle progressif de la stigmatisation intériorisée, différentes analyses ont été conduites basées sur des travaux antérieurs (Melchior et al., 2019; Schomerus, Corrigan, et al., 2011; Yang et al., 2019).

Dans un premier temps descriptif, nous constatons que les moyennes se présentent comme le postulent Corrigan et al, à savoir des scores progressivement descendants à chaque étape du modèle.



Analyse du modèle progressif d'intériorisation des stigmates

Une analyse ANOVA à mesure répétée a permis de mettre avant que chacune de ces étapes diffère significativement des autres ($F(2.34,264.21) = 91.0, p < .001, \eta^2 = .19$). En raison d'un score significatif au test de sphéricité, la correction *Huynh-Feldt* a été appliquée. Le test *post-hoc* de *Holmes Bonferonni* démontre que chaque combinaison de comparaison entre les étapes est significativement différente.

Tableau n°9. Comparaison ANOVA des facteurs de la SSAD

| | Correction Sphéricité | Somme des Carrés | ddl | Carré Moyen | F | p | η^2 |
|---|-----------------------|------------------|--------|-------------|------|--------|----------|
| Facteurs de Stigmatisation Intériorisée | Huynh-Feldt | 22836 | 2.34 | 9767 | 91.0 | < .001 | 0.195 |
| Residus | Huynh-Feldt | 28359 | 264.21 | 107 | | | |

Tableau n°10. Test post hoc de comparaison des facteurs de la SSAD

| Facteurs | | Différence de moyenne | Différence standardisée | ddl | t | $p_{bonferroni}$ | p_{holm} |
|-------------|----------------|-----------------------|-------------------------|-----|-------|------------------|------------|
| Conscience | - Accord | 5.62 | 1.316 | 113 | 4.27 | < .001 | < .001 |
| | - Application | 14.59 | 1.264 | 113 | 11.54 | < .001 | < .001 |
| | - Conséquences | 17.82 | 1.531 | 113 | 11.63 | < .001 | < .001 |
| Accord | - Application | 8.96 | 0.934 | 113 | 9.60 | < .001 | < .001 |
| | - Conséquences | 12.19 | 1.250 | 113 | 9.76 | < .001 | < .001 |
| Application | - Conséquences | 3.23 | 0.834 | 113 | 3.87 | 0.001 | < .001 |

Analyse du modèle progressif d'intériorisation des stigmates

Pour confirmer ce résultat, nous avons conduit un test-t pour échantillons appariés démontrant également une différence significative entre les deux premiers stades entre eux et les deux derniers entre eux ($t=4.27, p<.001, n^2=.40$; $t=3.87, p<.001, n^2=.36$).

Enfin, les auteurs postulent que les corrélations des stades proximaux devraient être plus élevées que les corrélations des stades distaux. Aussi, la corrélation entre le premier et le second stade ainsi que la corrélation entre le troisième et le quatrième stade devraient être plus élevées que la corrélation entre le premier et le dernier stade.

Effectivement ici nous observons que la corrélation entre le premier et le second stade est de $r=0.59, p<.001$, celle entre le troisième et le dernier stade est de $r=0.78, p<.001$, en revanche la corrélation entre le premier et le dernier stade est de $r=0.38, p<.001$, ce qui va dans le sens des résultats princeps (*Cf.* tableau n°8).

CHAPITRE III

Analyses de l'implication de la honte et de la culpabilité dans l'usage d'alcool et l'intériorisation des stigmates

Pour rappel, l'objectif de la présente partie est d'investiguer la place de la honte et de la culpabilité dans le processus d'intériorisation des stigmates liés à la consommation d'alcool.

1. Evaluation des qualités psychométriques de la version française de la *PODS*

1.1 Etude de clarté

L'évaluation de la clarté des items traduits de la *PODS*, a été effectuée en amont des passations, auprès de 27 patients du service. Les résultats se sont montrés bons, avec un score global de clarté de 3.88 pour l'ensemble des items (échelle de clarté de 1 à 5). La moyenne de score de clarté des items évaluant la culpabilité était de 4.35, et ceux évaluant la honte, de 4. Aussi, les items ont été conservés tels quels pour les passations. En ce qui concerne le facteur blâme, le test de clarté a démontré une moyenne de 3.12 pour les items ; et pour le facteur indifférence, les items ont obtenu un score de 3.95.

1.2 Analyse de sensibilité

L'analyse de sensibilité de chacun des items et dimensions du test a été effectuée afin d'évaluer la capacité de ce dernier à discriminer les individus entre eux. La sensibilité intra-individuelle, à savoir la capacité de l'instrument à détecter des différences chez un même sujet au cours de mesures répétées, n'a pu être évaluée.

À l'aide des caractéristiques de centralité, de dispersion ainsi que de représentations visuelles basées sur des histogrammes, nous avons pu apprécier la capacité de l'outil à distinguer les individus entre eux, jugée faible notamment sur certains facteurs.

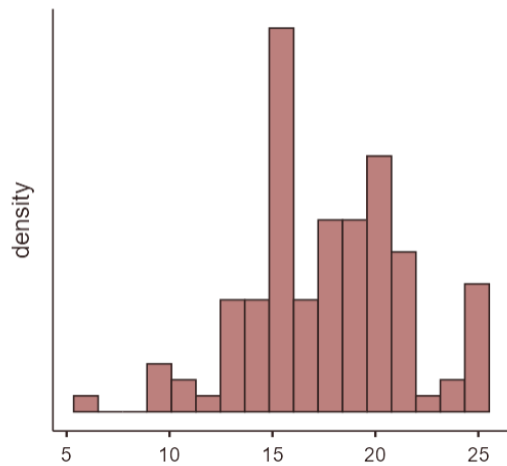
1.2.1 Facteur Honte

Le facteur honte présente à la fois une légère asymétrie à droite et une surreprésentation des réponses légèrement en deçà de la moyenne. Cependant, de manière générale, il présente une sensibilité qui semble correcte.

Tableau n°11. Données descriptives des items du facteur honte

| Indice statistique | PODS-Honte | Item 3 | Item 5 | Item 12 | Item 15 | Item 17 |
|--------------------|------------|--------|--------|---------|---------|---------|
| Moyenne | 17.7 | 4.12 | 3.23 | 3.45 | 3.53 | 3.34 |
| Médiane | 18 | 4 | 3 | 4 | 4 | 3 |
| Mode | 20.0 | 4.00 | 4.00 | 4.00 | 4.00 | 4.00 |
| Ecart type | 3.74 | 0.821 | 1.19 | 1.04 | 1.06 | 1.16 |
| Minimum | 6 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Maximum | 25 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 |

Figure n°12. Histogramme de répartition des scores au facteur honte de la PODS



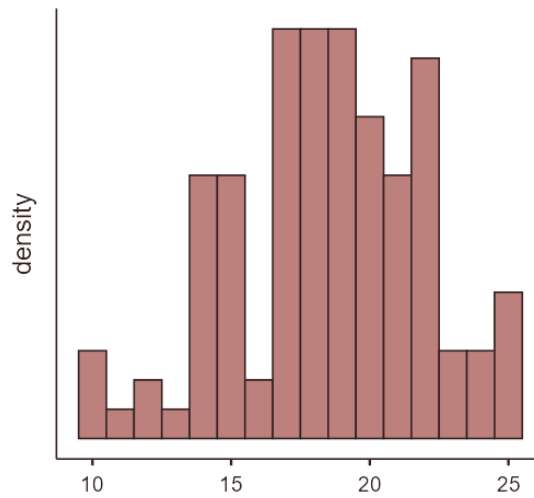
1.2.2 Facteur Culpabilité

Le facteur culpabilité présente une sensibilité acceptable, avec des tendances centrales équitables, une courbe à l'allure quasi gaussienne, malgré une légère asymétrie à droite.

Tableau n°12. Données descriptives des items du facteur culpabilité

| Indice statistique | Facteur culpabilité | Item 1 | Item 7 | Item 9 | Item 11 | Item 16 |
|--------------------|---------------------|--------|--------|--------|---------|---------|
| Moyenne | 18.5 | 3.74 | 3.69 | 3.73 | 3.78 | 3.54 |
| Médiane | 19 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 |
| Mode | 17.0 | 4.00 | 4.00 | 4.00 | 4.00 | 4.00 |
| Ecart type | 3.45 | 1.11 | 1.11 | 1.05 | 0.853 | 1.12 |
| Minimum | 10 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Maximum | 25 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 |

Figure n°13. Histogramme de répartition des scores au facteur culpabilité de la PODS



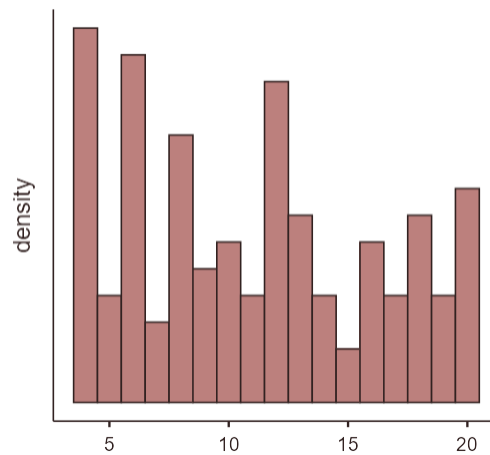
1.2.3 Facteur Blâme

Le facteur du blâme de soi ne semble pas pertinemment différencier les individus. En effet, le mode diffère amplement de la médiane et de la moyenne, et nous observons une équivalence des représentations des participants sur tous les scores, allant à l'encontre d'une représentation dite normale.

Tableau n°13. Données descriptives des items du facteur culpabilité

| Indice statistique | PODS-Blâme | Item 2 | Item 6 | Item 10 | Item 13 |
|--------------------|------------|--------|--------|---------|---------|
| Moyenne | 11.1 | 2.91 | 2.85 | 2.76 | 2.55 |
| Médiane | 11 | 3 | 3 | 3 | 2 |
| Mode | 4.00 | 1.00 | 1.00 | 1.00 | 1.00 |
| Ecart type | 5.15 | 1.44 | 1.43 | 1.37 | 1.40 |
| Minimum | 4 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Maximum | 20 | 5 | 5 | 5 | 5 |

Figure n°14. Histogramme de répartition des scores au facteur blâme de la PODS



1.2.4 Facteur indifférence

Bien qu'aucune des quatre dimensions de l'échelle ne présente une parfaite courbe de gauss, témoignant d'une répartition dite normale de la population sur le phénomène mesuré par le facteur, il semblerait que la dimension indifférence présente davantage de difficultés.

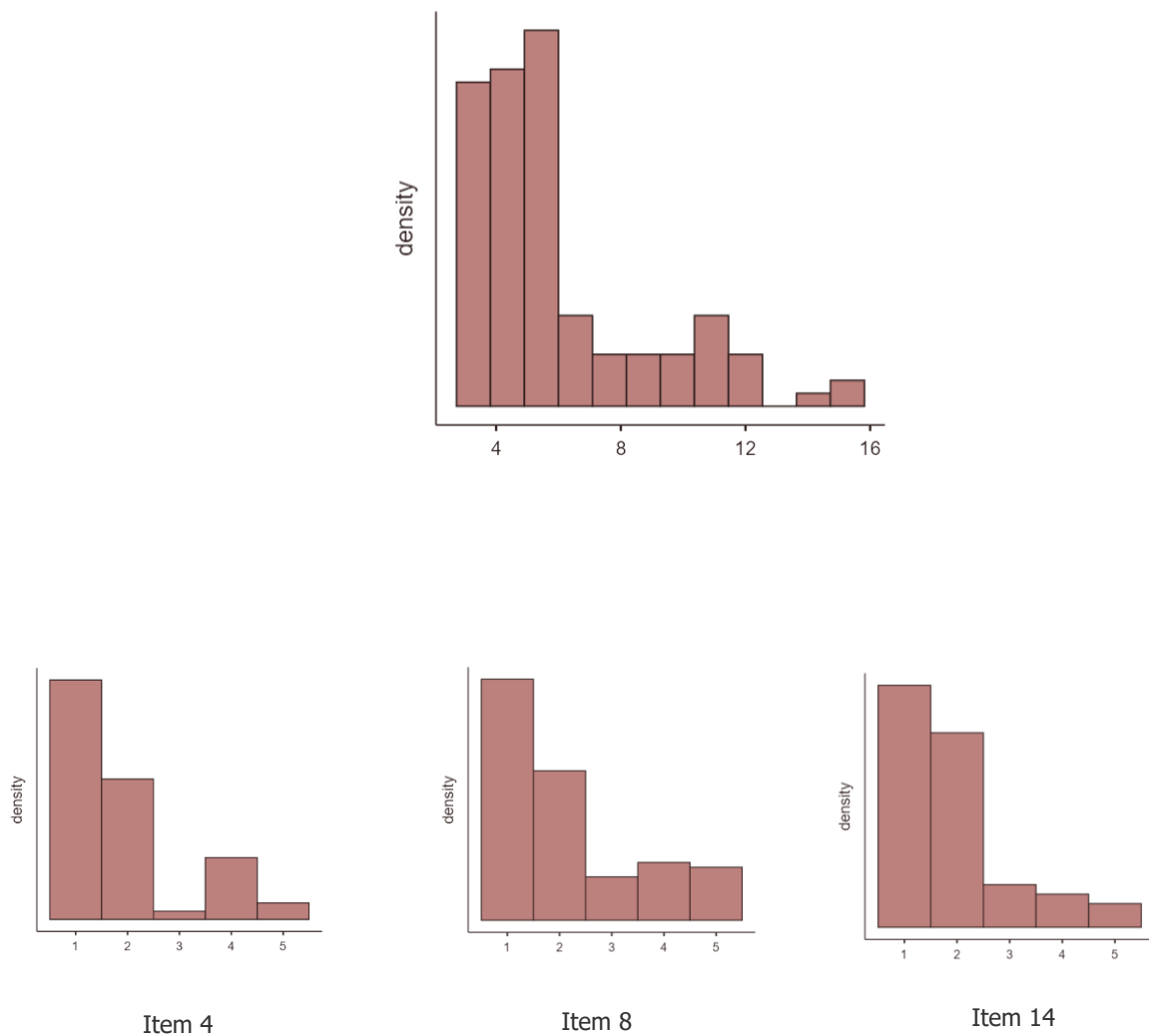
En effet, comme en attestent le graphique et les statistiques descriptives ci-dessous, la dimension présente un effet plancher, retrouvé sur chacun des items de cette même dimension. Ainsi, les items ne permettent pas ou peu d'évaluer la variabilité individuelle quant à l'indifférence ressentie à propos de la consommation d'alcool.

Analyses de l'implication de la honte et de la culpabilité dans l'usage d'alcool et l'intériorisation des stigmates

Tableau n°14. Données descriptives des items du facteur indifférence

| Indice statistique | PODS-Indifférence | Item 4 | Item 8 | Item 14 |
|--------------------|-------------------|--------|--------|---------|
| Moyenne | 5.90 | 1.88 | 2.14 | 1.88 |
| Médiane | 5 | 1 | 2 | 2 |
| Mode | 4.00 | 1.00 | 1.00 | 1.00 |
| Ecart type | 3.00 | 1.17 | 1.35 | 1.08 |
| Minimum | 3 | 1 | 1 | 1 |
| Maximum | 15 | 5 | 5 | 5 |

Figure n°15. Histogramme de répartition des scores au facteur indifférence de la PODS



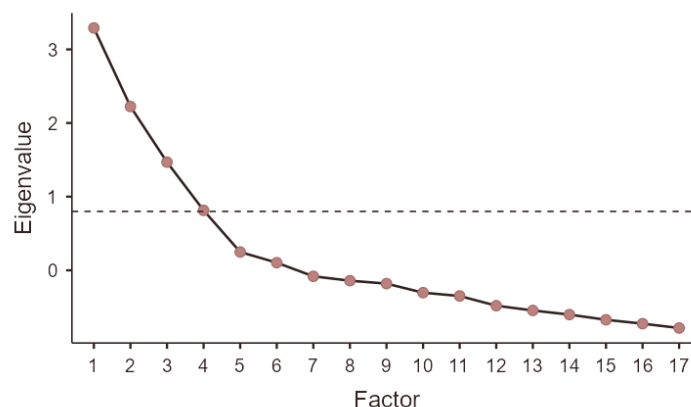
1.3 Analyse factorielle exploratoire

L'analyse factorielle exploratoire a été effectuée sur le logiciel R à l'aide du package « *psych* » (Revelle, 2012).

La mesure de Kaiser-Meyer-Olkin a été utilisée afin de vérifier l'adéquation de l'échantillon à l'analyse. Le KMO total est égal à 0,67, ce qui est jugé médiocre à moyen selon les critères de Kaiser (Kaiser, 1974). Par ailleurs, le test de sphéricité de Bartlett est significatif $\chi^2(2136) = 953.2036, p < .001$.

L'analyse factorielle avec rotation *oblimin* basée sur la minimisation des résidus, et le critère de Kaiser de valeurs propres supérieures à 1 (Field & Miles, 2009; Stevens, 2012) a donné une solution factorielle en 4 facteurs, représentant 55% de la variance.

Figure n° 16. Graphique des valeurs propres déterminant solution factorielle de la *PODS*



Analyses de l'implication de la honte et de la culpabilité dans l'usage d'alcool et l'intériorisation des stigmates

Ici, le facteur 1 explique 19,3% de la variance, le facteur 2 14,6%, le facteur 3 10,7% puis le facteur 4 10,4% (*Cf.* Tableau n°15).

Tableau n°15. Contribution des facteurs de la *PODS*

| Facteur | Somme des carrés | % de Variance | Variance cumulée |
|---------|------------------|---------------|------------------|
| 1 | 3.28 | 19.3 | 19.3 |
| 2 | 2.48 | 14.6 | 33.9 |
| 3 | 1.82 | 10.7 | 44.6 |
| 4 | 1.77 | 10.4 | 55.0 |

En revanche, au regard de la répartition des items sur les facteurs (*Cf.* Tableau n°16), nous observons des incohérences quant à la version initiale de l'outil. Conformément aux recommandations de la littérature, une saturation $>.40$ a été choisie pour déterminer l'appartenance de l'item au facteur (Hair et al., 1995; Taherdoost et al., 2014).

Analyses de l'implication de la honte et de la culpabilité dans l'usage d'alcool et l'intériorisation des stigmates

Tableau n °16. Saturation des items sur chacun des facteurs de la *PODS* (>.40)

| | Facteur | | | | Uniqueness |
|--------|---------|-------|-------|-------|------------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | |
| PODS1 | | | | 0.768 | 0.405 |
| PODS2 | 0.903 | | | | 0.184 |
| PODS3 | | 0.587 | | | 0.415 |
| PODS4 | | | 0.709 | | 0.483 |
| PODS5 | | 0.527 | | | 0.631 |
| PODS6 | 0.870 | | | | 0.238 |
| PODS7 | | | | 0.774 | 0.316 |
| PODS8 | | | 0.736 | | 0.390 |
| PODS9 | | | | 0.420 | 0.775 |
| PODS10 | 0.910 | | | | 0.166 |
| PODS11 | | 0.411 | | | 0.725 |
| PODS12 | | 0.715 | | | 0.485 |
| PODS13 | 0.851 | | | | 0.273 |
| PODS14 | | | 0.731 | | 0.457 |
| PODS15 | | 0.730 | | | 0.438 |
| PODS16 | | 0.405 | | | 0.717 |
| PODS17 | | 0.619 | | | 0.549 |

Note.

Extraction en MINRES (*minimum residual factor method*) avec rotation *oblimin*

Ainsi, le facteur n°1 rassemble les items 2, 6, 10 et 13. Conformément à la version originale, ces items mesurent le facteur blâme. Le facteur n°2 rassemble les items 3,5,11,12,15,16,17. Il s'agit ici, en majorité, des items voués à mesurer la honte auxquels se sont accolés deux items censés mesurer la culpabilité. Le facteur n°3 regroupe quant à lui les items 4, 8 et 14. Conformément à la version originale, ces items mesurent l'indifférence. Enfin, le facteur n°4 regroupant les items 1,7 et 9, mesure la culpabilité.

Analyses de l'implication de la honte et de la culpabilité dans l'usage d'alcool et l'intériorisation des stigmates

Au regard de l'ensemble des saturations sur les facteurs (*Cf.* Tableau n°17), on observe que différents items saturent dans plusieurs facteurs, notamment au seuil de saturation de .30 (seuil minimal de saturation d'après Hair et al., (1995)).

Tableau n °17. Saturation des items sur chacun des facteurs de la *PODS*

| | Facteur | | | | Uniqueness |
|--------|---------|---------|----------|----------|------------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | |
| PODS1 | -0.0979 | -0.1324 | 0.04460 | 0.76802 | 0.405 |
| PODS2 | 0.9034 | 0.0342 | -0.01340 | -0.02302 | 0.184 |
| PODS3 | -0.0830 | 0.5869 | -0.27250 | 0.37538 | 0.415 |
| PODS4 | 0.0329 | 0.1255 | 0.70906 | -0.01122 | 0.483 |
| PODS5 | 0.0938 | 0.5268 | -0.24798 | -0.17087 | 0.631 |
| PODS6 | 0.8703 | -0.0804 | 0.02504 | 0.00323 | 0.238 |
| PODS7 | 0.1327 | 0.0649 | 0.11220 | 0.77370 | 0.316 |
| PODS8 | -0.0893 | -0.0574 | 0.73632 | 0.16219 | 0.390 |
| PODS9 | 0.0814 | 0.1554 | -0.02797 | 0.42019 | 0.775 |
| PODS10 | 0.9096 | -0.0132 | 7.19e-4 | 0.04374 | 0.166 |
| PODS11 | 0.0783 | 0.4110 | -0.04076 | 0.26759 | 0.725 |
| PODS12 | 0.0954 | 0.7147 | 0.03508 | -0.11493 | 0.485 |
| PODS13 | 0.8515 | 0.0386 | 0.00465 | -0.00934 | 0.273 |
| PODS14 | 0.0891 | 0.0330 | 0.73133 | -0.00714 | 0.457 |
| PODS15 | -0.0494 | 0.7300 | 0.12722 | 0.05217 | 0.438 |
| PODS16 | 0.1878 | 0.4054 | 0.01582 | 0.22826 | 0.717 |
| PODS17 | -0.1719 | 0.6189 | 0.22032 | -0.15696 | 0.549 |

Note.

Extraction en MINRES (*minimum residual factor method*) avec rotation *oblimin*

Ainsi, nous observons quelques divergences entre la structure factorielle de la version traduite et l'outil original. Il semblerait que deux items (l'item 11 : « J'ai pris de mauvaises décisions concernant ma consommation d'alcool » et l'item 16 : « J'ai besoin d'améliorer mon comportement, quand je bois ») discriminent mal la honte de la culpabilité.

Tableau n°18. Répartition des items en facteurs selon la version traduite analysée et la version originale

| Version traduite | | | |
|--------------------------|---------------------|---------------|----------------------|
| Facteur honte | Facteur culpabilité | Facteur blame | Facteur indifférence |
| 3 | 1 | 2 | 4 |
| 5 | 7 | 6 | 8 |
| 11 | 9 | 10 | 14 |
| 12 | | 13 | |
| 15 | | | |
| 16 | | | |
| 17 | | | |
| Version originale | | | |
| Facteur honte | Facteur culpabilité | Facteur blame | Facteur indifférence |
| 3 | 1 | 2 | 4 |
| 5 | 7 | 6 | 8 |
| 12 | 9 | 10 | 14 |
| 15 | 11 | 13 | |
| 17 | 16 | | |

1.4 Analyse factorielle confirmatoire

Afin de vérifier la structure factorielle obtenue grâce à l'analyse factorielle exploratoire, nous avons conduit une analyse factorielle confirmatoire. Avant de se pencher sur la structure factorielle, nous pouvons observer que le test du χ^2 apparaît significatif ($\chi^2(113)=289, p<.001$), ce qui ne correspond pas aux recommandations d'un bon ajustement des données au modèle, bien que cet indicateur puisse être

influencé par la taille de l'échantillon. Aussi, nous observons une différence significative entre les matrices de covariance attendues et observées.

Par ailleurs, l'erreur quadratique moyenne d'approximation (RMSEA) évite les problèmes de taille d'échantillon en analysant l'écart entre le modèle hypothétique, avec des estimations de paramètres choisies de manière optimale, et la matrice de covariance de la population (Hooper et al., 2008). Ici, le RMSEA est égal à .12, soit bien en deçà des valeurs indiquant un bon ajustement du modèle (>0.06 pour un ajustement acceptable du modèle) (Brown, 2015; Hu & Bentler, 1999).

De la même façon, la moyenne quadratique résiduelle standardisée (SRMR) est supérieure aux recommandations avec une estimation à 0.12 (une valeur de 0.08 ou moins indiquant un modèle acceptable) (Hu & Bentler, 1999).

Enfin, l'indice d'ajustement comparatif (CFI) évaluant l'ajustement du modèle en examinant l'écart entre les données et le modèle hypothétique (et ce, en contrôlant la taille d'échantillon), dont les valeurs s'étendent de 0 à 1, se doit d'être *a minima* de 0.95 afin d'être acceptée comme indicateur d'un bon ajustement (Gatignon, 2014).

Bien que l'ensemble des items prédisent significativement le facteur auquel ils appartiennent, les indices globaux du modèle ne permettent pas de le retenir comme pertinent. Par ailleurs, les techniques confirmatoires sont soumises à des tailles d'échantillons conséquentes afin de présenter une bonne validité, d'après

Analyses de l'implication de la honte et de la culpabilité dans l'usage d'alcool et l'intériorisation des stigmates

Tabachnick et Fidell, (2007) elles requièrent *a minima* plus de 200 sujets, et au moins davantage de sujets que « 8 fois le nombre de variables + 50 ».

Tableau n°19. Analyse factorielle confirmatoire de la structure factorielle de la *PODS*

| Facteur | Item | Estimate | SE | Z | p | Stand. Estimate |
|--------------|--------|----------|--------|-------|--------|-----------------|
| Blâme | PODS2 | 1.318 | 0.1038 | 12.69 | < .001 | 0.921 |
| | PODS6 | 1.203 | 0.1105 | 10.89 | < .001 | 0.842 |
| | PODS10 | 1.266 | 0.0986 | 12.84 | < .001 | 0.928 |
| | PODS13 | 1.150 | 0.1085 | 10.60 | < .001 | 0.828 |
| Indifférence | PODS4 | 0.765 | 0.1164 | 6.57 | < .001 | 0.655 |
| | PODS8 | 1.159 | 0.1347 | 8.60 | < .001 | 0.863 |
| | PODS14 | 0.721 | 0.1048 | 6.89 | < .001 | 0.669 |
| Honte | PODS3 | 0.537 | 0.0797 | 6.73 | < .001 | 0.656 |
| | PODS5 | 0.549 | 0.1181 | 4.65 | < .001 | 0.464 |
| | PODS12 | 0.715 | 0.0975 | 7.33 | < .001 | 0.688 |
| | PODS15 | 0.763 | 0.0984 | 7.76 | < .001 | 0.722 |
| | PODS16 | 0.488 | 0.1123 | 4.34 | < .001 | 0.438 |
| | PODS11 | 0.445 | 0.0860 | 5.18 | < .001 | 0.524 |
| Culpabilité | PODS17 | 0.601 | 0.1153 | 5.21 | < .001 | 0.520 |
| | PODS1 | 0.655 | 0.1141 | 5.74 | < .001 | 0.593 |
| | PODS9 | 0.388 | 0.1117 | 3.47 | < .001 | 0.370 |
| | PODS7 | 1.166 | 0.1397 | 8.34 | < .001 | 1.054 |

1.5 Cohérence interne

L'analyse de la consistance interne de l'échelle et de ses facteurs démontre de bons résultats avec un alpha total de .74. Le facteur honte obtient un alpha de .76, le facteur culpabilité .70, le facteur indifférence .77, le facteur blâme .93. Par ailleurs, la consistance ne serait améliorée si un item était enlevé (Cf. Tableau n°20).

Tableau n°20. Analyse de la cohérence interne de l'échelle *PODS*

| <hr/> | |
|------------------|--------------------|
| α échelle totale | 0.744 |
| items | α si item supprimé |
| PODS1 | 0.747 |
| PODS2 | 0.715 |
| PODS3 | 0.736 |
| PODS4 | 0.735 |
| PODS5 | 0.749 |
| PODS6 | 0.723 |
| PODS7 | 0.721 |
| PODS8 | 0.751 |
| PODS9 | 0.735 |
| PODS10 | 0.714 |
| PODS11 | 0.732 |
| PODS12 | 0.730 |
| PODS13 | 0.716 |
| PODS14 | 0.737 |
| PODS15 | 0.728 |
| PODS16 | 0.722 |
| PODS17 | 0.746 |

1.6 Validité de convergence

N'ayant pas d'autre questionnaire validé en langue française évaluant la culpabilité dite état ou situationnelle liée à la consommation d'alcool, la validité de convergence a été testée avec des outils mesurant des concepts liés, d'après la littérature. En effet, de nombreuses études attestent de la corrélation entre la culpabilité et l'estime de soi (Tangney, 1999), et entre la culpabilité et la dépression (Zahn-Waxler & Van Hulle, 2011). Or, comme en atteste le tableau ci-dessous, l'échantillon ne permet pas de rendre compte de tels résultats. Ici, aucune dimension de l'échelle de perception de la consommation d'alcool ne corrèle significativement ni avec l'estime de soi ni avec la symptomatologie dépressive.

Tableau n°21. Matrice de corrélation évaluant la validité de convergence de la *PODS*

| | Honte | Blâme | Culpabilité | Indifférence | Dépression | Estime de soi |
|-------------------|---------|-------|-------------|--------------|------------|---------------|
| PODS-Honte | — | | | | | |
| PODS-Blâme | -0.069 | — | | | | |
| PODS-Culpabilité | 0.287** | 0.116 | — | | | |
| PODS-Indifférence | -0.021 | 0.057 | 0.135 | — | | |
| HADS-Dépression | 0.139 | 0.079 | 0.139 | 0.099 | — | |
| Estime de soi | -0.106 | 0.074 | 0.020 | -0.006 | -0.440*** | — |

Note.

PODS: Perception Of Drinking Scale, HADS: Hospital Anxiety and Depression Scale

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

1.7 Conclusion des analyses psychométriques de la *Perception Of Drinking Scale French Version*

Au vu des résultats présentés en amont, la version française de la *Perception Of Drinking Scale* présente de nombreux biais. Premièrement, les facteurs nous intéressant dans le cadre du présent travail de thèse, à savoir la honte et la culpabilité, ne présentent pas les mêmes items que dans la structure factorielle initiale. Par ailleurs, certains items saturent dans ces deux mêmes facteurs, laissant supposer qu'ils mesurent un construit entrecroisé ne permettant pas amplement de distinguer la culpabilité de la honte. Qui plus est, une plus grande partie de la variance de cet outil est expliquée par le blâme de soi. Les résultats d'analyse de validité convergente vont également en ce sens.

Il semble donc nécessaire de se questionner sur le bien-fondé de ces items, employés tels quels, pour mesurer la culpabilité et la honte liées à la consommation d'alcool. Aussi, l'ensemble des résultats subséquent est à interpréter dans le cadre de ces limites psychométriques.

2. Prédiction des étapes de stigmatisation intériorisée

Afin d'évaluer le rôle de la culpabilité et de la honte dans le modèle d'intériorisation des stigmates, une analyse de régression hiérarchique a été conduite. Celle-ci permet d'évaluer le rôle prédictif de ces variables, ainsi que d'autres variables incluses. Pour chaque stade du modèle d'intériorisation des stigmates, un premier bloc de variables explicatives comprenant les données inhérentes à la consommation a été introduit. Ensuite, un second bloc comprenant les variables de honte et de culpabilité a été introduit. Et enfin, un bloc comprenant des variables dites contrôles, à savoir la dépression et l'anxiété, permettant d'évaluer la contribution en variance expliquée des variables d'intérêts.

Les résultats de l'analyse, exposés dans le tableau ci-dessous, démontrent un rôle prédictif de la honte à chacune des étapes du modèle d'intériorisation des stigmates, le bloc comprenant la honte et la culpabilité permet d'accroître la variance expliquée de quasiment 10%.

Analyses de l'implication de la honte et de la culpabilité dans l'usage d'alcool et l'intériorisation des stigmates

Tableau n°22. Analyse de régression hiérarchique des variables cliniques sur les facteurs de stigmatisation intériorisée

| Etapas | Predicteurs | SSAD Conscience | | | SSAD Accord | | | SSAD Application | | | SSAD Conséquences | | | Test du model global | |
|--------|-----------------------|-----------------|----------|----------|-------------|----------|----------|------------------|----------|----------|-------------------|----------|----------|---|---|
| | | <i>b</i> | <i>t</i> | <i>p</i> | <i>b</i> | <i>t</i> | <i>p</i> | <i>b</i> | <i>t</i> | <i>p</i> | <i>b</i> | <i>t</i> | <i>p</i> | | |
| 1 | AUDIT score | -0.09 | -0.9 | 0.36 | 0.27 | 2.70 | 0.008 | 0.05 | 0.58 | 0.56 | 0.23 | 2.60 | 0.01* | $F(2,97)=1.65,$ $p=0.20$ $R^2=0.03$ | |
| | Durée de consommation | 0.18 | 1.7 | 0.08 | 0.08 | 0.80 | 0.42 | 0.03 | 0.32 | 0.75 | - | - | 0.21 | | $F(2,97)=3.68,$ $p=0.03^*$ $R^2=0.07$ |
| 2 | PODS-Culpabilité | 0.11 | 1.16 | 0.25 | 0.14 | 1.62 | 0.12 | 0.13 | 1.44 | 0.15 | 0.09 | 1.10 | 0.27 | $F(5,94)=3.85,$ $p=0.003^{**}$ $R^2=0.17$ | |
| | PODS-Honte | 0.23 | 2.25 | 0.02* | 0.44 | 4.81 | <.001*** | 0.36 | 3.83 | <.001*** | 0.47 | 5.32 | <.001*** | | $F(5,94)=9.58,$ $p<.001^{***}$ $R^2=0.33$ |
| | Stigma-scale | 0.20 | 2.06 | 0.04* | 0.06 | 0.71 | 0.48 | 0.25 | 2.74 | 0.007** | 0.27 | 3.16 | 0.002* | | $F(5,94)=8.97,$ $p<.001^{***}$ $R^2=0.32$ |
| 3 | HADS-Anxiété | 0.03 | 0.35 | 0.72 | 0.10 | 1.13 | 0.26 | 0.12 | 1.32 | 0.19 | 0.14 | 1.60 | 0.11 | $F(8,91)=2.35,$ $p=0.02^*$ $R^2=0.17$ | |
| | HADS-Dépression | 0.002 | 0.01 | 0.98 | - | - | 0.71 | 0.05 | 0.56 | 0.58 | - | - | 0.61 | | $F(8,91)=6.18,$ $p<.001^{***}$ $R^2=0.35$ |
| | | | | | | | | | | | | | | $F(8,91)=8.45,$ $p<.001^{***}$ $R^2=0.43$ | |

Note.

AUDIT= Alcohol Use Disorder Test, SSAD= Self-Stigma in Alcohol Dependence, PODS: Perception Of Drinking Scale, HADS= Hospitality Anxiety Depression Scale; *b* = coefficient standardisé $p<.05^*$, $p<.01^{**}$, $p<.001^{***}$

3. Rôle de la honte et de la culpabilité dans l'intériorisation des stigmates

Afin de tester le rôle potentiellement médiateur de la honte et de la culpabilité entre le trouble de l'usage d'alcool et chacun des stades d'intériorisation des stigmates, des analyses de médiations ont été effectuées selon la méthode recommandée par Hayes (2009). Cette approche permet d'évaluer directement les effets indirects et directs par régressions des Moindres Carrés Ordinaires (MCO). Conformément aux recommandations, un *bootstrap* de 10000 a été appliqué (Hayes, 2009).

Ainsi, 4 modèles à double médiateurs ont été testés, avec en VD chacun des stades d'intériorisation des stigmates. La figure n°17 regroupe les 4 modèles de médiations en une seule image. Afin de gagner en lisibilité, seuls les coefficients significatifs sont rapportés sur la figure, les tableaux regroupant l'ensemble des coefficients des effets directs et des effets indirects se trouvent en annexe. Les résultats permettent de constater qu'aucun effet indirect n'est significatif. En revanche, le lien entre la honte et chacune des étapes d'intériorisation des stigmates apparaît comme significatif.

Ainsi, au vu des analyses de médiation, les résultats mettent en avant un effet direct non significatif entre le score à l'*AUDIT* et le score à la première étape du modèle d'intériorisation des stigmates, la conscience ($\beta=-0.00794$, $t=-0.101$, $p=0.919$). Par ailleurs, aucun effet indirect, ni de la honte ($\beta= -0.04$, $t=-1.19$, $p=0.233$), ni de la culpabilité ($\beta= 0.009$, $t=0.501$, $p=0.616$) ne s'est révélé être significatif,

indiquant l'absence de lien médiateur. Cependant, la honte prédit bien le score à la première étape du modèle d'intériorisation des stigmates ($\beta= 0.26$, $t=2.017$, $p=0.044$).

Ensuite, une seconde analyse de médiation a permis d'évaluer le rôle de la honte et de la culpabilité dans le lien entre le score à l'*AUDIT* et le score d'accord avec les stéréotypes, la deuxième étape du modèle d'intériorisation des stigmates. Les résultats révèlent un effet direct significatif ($\beta= -0.18$, $t=-2.449$, $p=0.014$), mais des effets indirects de la honte ($\beta= -0.0705$, $t=-1.640$, $p=0.101$), et de la culpabilité ($\beta=0.0106$, $t=0.622$, $p=0.534$) non significatifs. En revanche, ici aussi la honte prédit de manière significative la seconde étape du modèle d'intériorisation des stigmates ($\beta=0.4541$, $t=4.596$, $p< .001$).

En ce qui concerne l'analyse de médiation évaluant le rôle de la honte et de la culpabilité sur le lien entre le score à l'*AUDIT* et la troisième étape du modèle d'intériorisation des stigmates, l'application, l'effet direct se révèle être non significatif ($\beta=0.0265$, $t=0.273$, $p=0.785$). De plus, l'effet indirect, tant de la honte ($\beta=-0.0654$, $t=-1.534$, $p=0.125$), que de la culpabilité ($\beta=0.0117$, $t=0.608$, $p=0.543$) s'avère être non significatif. Cependant, la honte prédit l'application à soi-même des stigmates ($\beta=-0.4212$, $t=4.803$, $p< .001$).

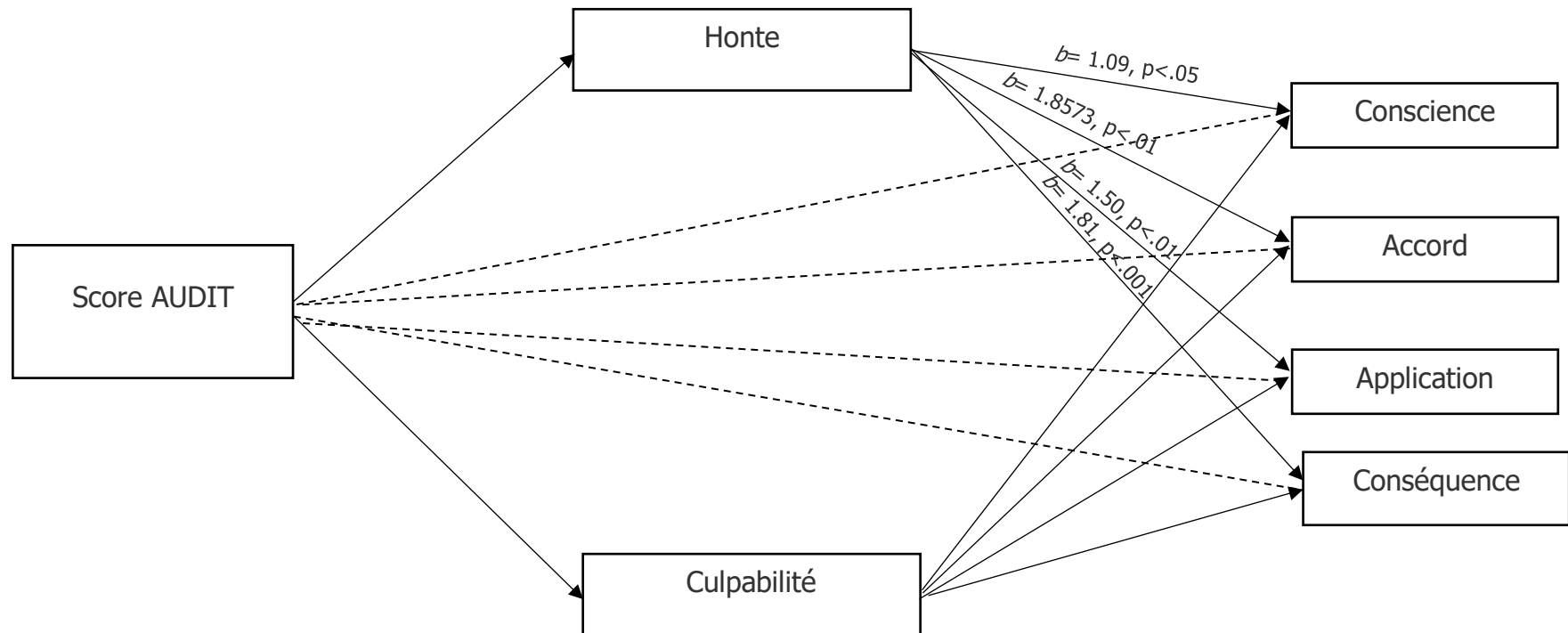
Enfin, l'analyse de médiation portant sur le rôle de la honte et de la culpabilité sur le lien entre le score à l'*AUDIT* et les conséquences découlant de l'intériorisation des stigmates présente des résultats semblables aux précédents. L'effet direct entre le score à l'*AUDIT* et les conséquences est non significatif ($\beta=0.13206$, $t=1.633$,

Analyses de l'implication de la honte et de la culpabilité dans l'usage d'alcool et l'intériorisation des stigmates

$p=0.103$), et les effets indirects de la honte ($\beta=-0.07553$, $t=-1.590$, $p=0.112$), et de la culpabilité ($\beta=0.00863$, $t=0.568$, $p=0.570$), le sont également. Or, la honte prédit significativement les conséquences, quatrième étape du modèle d'intériorisation des stigmates ($\beta= 0.49$, $t=5.866$, $p< .001$).

Ainsi, malgré le rôle prédictif de la honte dans l'intériorisation des stigmates, celle-ci ne se présente pas comme médiatrice du lien entre le trouble de l'usage d'alcool et le phénomène d'intériorisation des stigmates, mais l'influence de manière indépendante.

Figure n°17. Modèles de médiations multiples évaluant le rôle de la honte et de la culpabilité sur la relation entre l'usage d'alcool et l'intériorisation des stigmates



4. Exploration des profils de consommateurs en fonction des émotions réflexives

Les analyses centrées sur la personne, auxquelles appartiennent les analyses en profils latents, permettent une exploration du fonctionnement de l'échantillon, sans y imputer d'hypothèses *a priori*. Celles-ci ont été effectuées sur le logiciel R à l'aide des packages « *TidyLPA* » (Rosenberg et al., 2019), « *Tidyverse* » (Wickham et al., 2019).

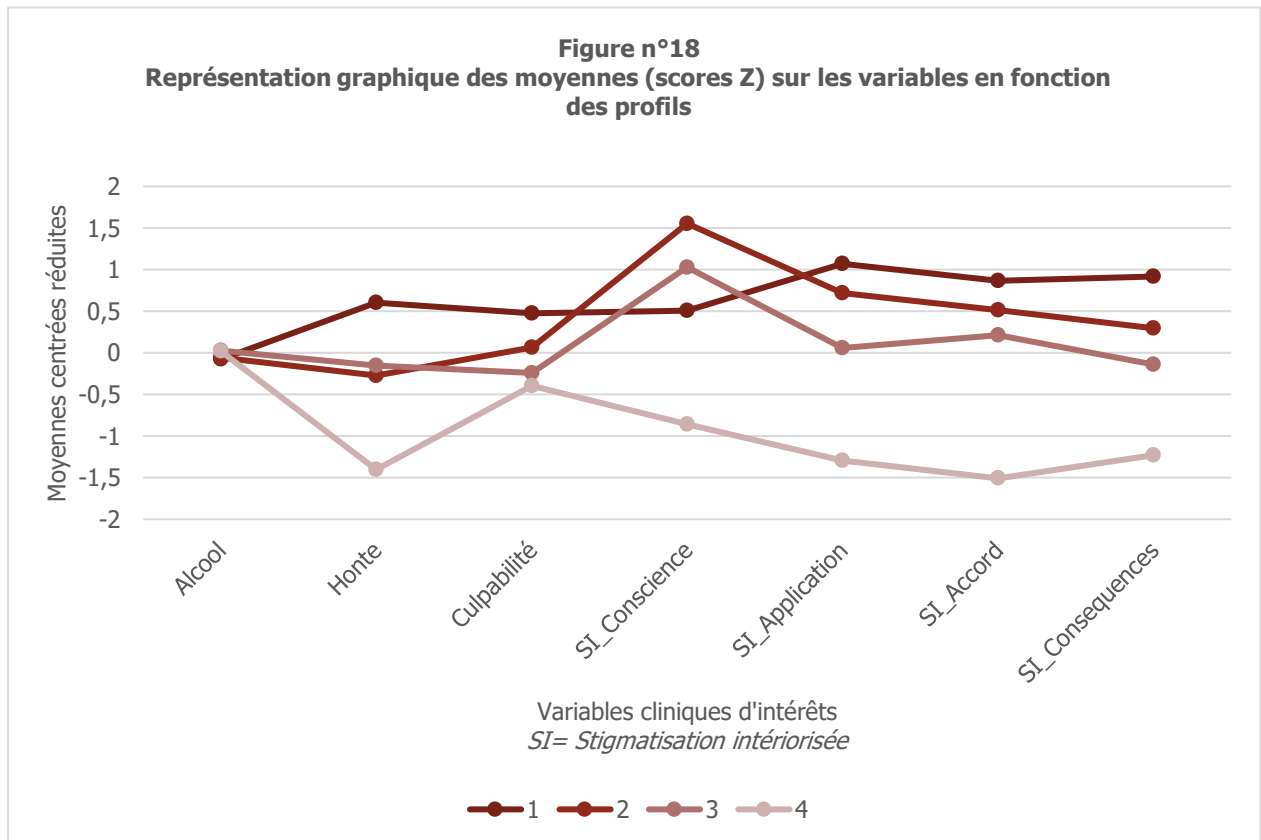
L'analyse en profils latents a été réalisée en utilisant les sous scores de honte, culpabilité et les sous scores de stigmatisation intériorisée comme indicateurs continus pour identifier les profils dans l'échantillon. Les modèles ajustés de 1 à 6 profils ont été comparés en utilisant l'AIC (Akaike, 1987); et le BIC (Schwarz, 1978) afin de sélectionner le nombre optimal de profils. Le modèle devra correspondre aux critères suivant : le BIC et l'AIC les plus faibles (Henson et al., 2007), un *bootstrap likelihood ratio test* (BLRT) significatif, un score élevé d'*entropy*, et tout cela pour un nombre minimal de profils visés. Ainsi, le modèle en 4 profils présentait un bon compromis entre parcimonie et propriétés statistiques.

Analyses de l'implication de la honte et de la culpabilité dans l'usage d'alcool et l'intériorisation des stigmates

Tableau n°23. Caractéristiques des profils issus de l'analyse en profils latents

| Classes | AIC | BIC | Entropy | BLRT p |
|---------|---------|---------|---------|--------|
| 1 | 2285.60 | 2323.90 | 1 | |
| 2 | 2046.53 | 2106.72 | 0.94 | 0.01 |
| 3 | 1975.26 | 2057.35 | 0.95 | 0.01 |
| 4 | 1946.70 | 2050.68 | 0.94 | 0.01 |
| 5 | 1932.25 | 2058.11 | 0.94 | 0.01 |
| 6 | 1905.41 | 2053.17 | 0.93 | 0.01 |

Les scores obtenus sur chacune des variables en fonction des quatre profils sont présentés dans le tableau et graphique ci-dessous.



Analyses de l'implication de la honte et de la culpabilité dans l'usage d'alcool et l'intériorisation des stigmates

Nous constatons sur ces quatre profils distincts, des différences :

Le profil 1 présente plus de honte et de culpabilité que les autres groupes, et des scores plus élevés de honte que de culpabilité en intra. Par ailleurs, dans ce profil, les individus présentent des scores élevés d'intériorisation des stigmates.

Le profil 2 présente les scores de honte et de culpabilité les plus faibles (avec une prédominance de la culpabilité en intra), ainsi qu'une forte conscience des stéréotypes, mais plus faiblement intériorisée.

Le profil 3 présente des scores élevés de honte et un peu moindres de culpabilité, et une intériorisation des stigmates linéaires conforme au modèle.

Le profil 4 présente les scores les plus faibles de honte, plus élevé en culpabilité et des scores faibles d'intériorisation des stigmates.

Alors que les scores de chaque variable varient significativement d'un profil à l'autre, les scores d'AUDIT sont statistiquement égaux sur l'ensemble des profils, rejoignant l'idée évoquée en amont d'un effet plafond sur cette variable.

Analyses de l'implication de la honte et de la culpabilité dans l'usage d'alcool et l'intériorisation des stigmates

Tableau n°24. Différences inter-profils sur les variables d'intérêts

| | χ^2 | <i>df</i> | <i>p</i> | ε^2 |
|-------------------|----------|-----------|----------|-----------------|
| PODS-Honte | 48.016 | 3 | < .001 | 0.42492 |
| PODS- Culpabilité | 17.815 | 3 | < .001 | 0.15766 |
| Conscience | 81.520 | 3 | < .001 | 0.72142 |
| Accord | 74.482 | 3 | < .001 | 0.65914 |
| Application | 91.098 | 3 | < .001 | 0.80618 |
| Conséquences | 68.254 | 3 | < .001 | 0.60401 |
| AUDIT | 0.237 | 3 | 0.971 | 0.00210 |

Note.

AUDIT= Alcohol Use Disorder Test, SSAD= Self-Stigma in Alcohol Dependence, PODS: Perception Of Drinking Scale,

La présente analyse laisse à penser que chez les individus, des scores faibles de honte et élevés de culpabilité minimisent l'intensité des stigmates intériorisés (profil 4) tandis que des scores élevés de honte avec une culpabilité moindre ou légèrement supérieure présenteraient plus d'intériorisation des stigmates (profil 1, 2 et 5). Plus en détail, nous pouvons observer que lorsque la honte est la plus élevée (profil 1), la conscience des stéréotypes est moins importante que l'application des stéréotypes à soi-même. En revanche, les profils 2 et 3, chez qui la culpabilité et la honte sont tous deux présents (bien que la culpabilité légèrement plus élevée que la honte pour le profil 2 et vice versa pour le profil 3), la conscience des stéréotypes est très élevée, mais l'intériorisation des stigmates moindre.

DISCUSSION GENERALE ET CONCLUSION

DISCUSSION

1. Retour sur objectifs et hypothèses

L'étude présentée dans ce travail visait à évaluer et améliorer la compréhension de la stigmatisation intériorisée des personnes présentant un Trouble de l'Usage d'Alcool (TUA). Pour ce faire, différents objectifs avaient été fixés : il s'agissait d'explorer 1) le modèle progressif d'intériorisation des stigmates de Corrigan et al., (2005), d'en traduire et étudier un outil en langue française, et d'évaluer les facteurs prédictifs à l'intériorisation de ces stigmates. 2) le rôle des émotions réflexives de honte et de culpabilité, tant dans la consommation d'alcool que dans l'intériorisation des stigmates, et d'en traduire et étudier un outil spécialisé en langue française.

Tel que nous le postulions, les scores obtenus aux stades de stigmatisation intériorisée sont progressifs et significativement différents les uns des autres, à savoir un score plus élevé au stade de conscience des stéréotypes qu'au stade d'accord avec les stéréotypes, lui-même plus élevé que le stade d'application, plus élevé que le score au stade de conséquence (H1). Ensuite, nous posions l'hypothèse d'une bonne validité et structure factorielle de la version française de la *SSAD* auprès d'un échantillon de personnes avec un TUA, qui a été partiellement validée (H2). De la même manière, nous posions l'hypothèse d'une bonne validité et structure factorielle de la version française de la *PODS* auprès d'un échantillon de personnes

1. Retour sur objectifs et hypothèses

avec un TUA, hypothèse partiellement validée également (H7). Par ailleurs nous nous attendions à des scores plus élevés de stigmatisation intériorisée et de honte pour les femmes que pour les hommes, hypothèse invalidée auprès de notre échantillon (H3). Conformément à la littérature, nous attendions un lien positivement significatif entre la honte et la consommation d'alcool, à l'inverse, nous attendions un lien négatif significatif entre la culpabilité et la consommation d'alcool, ce qui n'a pu être vérifié ici (H4). De plus, nous posions l'hypothèse que la honte médiatise positivement le lien entre la consommation d'alcool et l'intériorisation des stigmates, tandis que la culpabilité médiatise négativement le lien entre consommation d'alcool et intériorisation des stigmates, or le lien médiateur n'a pu être confirmé, bien qu'un lien prédictif existe pour la honte (H5). Par ailleurs, il était attendu que la honte prédise significativement l'étape d'application à soi-même d'intériorisation des stigmates, ce qui a été confirmé (H6).

Ainsi, la dernière partie de ce manuscrit propose une discussion générale des résultats obtenus, au sein de laquelle seront énoncées au fur et à mesure les limites inhérentes à la présente étude. Dans un premier temps, les résultats principaux sont présentés, accompagnés de réflexions méthodologiques, ensuite, des perspectives cliniques et scientifiques sont avancées.

2. Apport et réflexions méthodologiques

2.1 Retour sur les particularités de l'échantillon

Un des atouts majeurs du présent travail est de présenter des résultats concernant la honte, la culpabilité et la stigmatisation intériorisée de l'usage d'alcool, obtenus auprès d'un échantillon clinique de personne aux prises avec un TUA. En effet, comme nous l'avons constaté au travers de deux revues systématiques de la littérature (Milan & Varescon, 2021 ; Milan, Hamonniere & Varescon, *soumis*) (Cf. Annexes n°11 & 12), peu d'études portant sur la stigmatisation intériorisée et sur l'implication de la culpabilité dans la consommation d'alcool sont effectués auprès d'échantillon clinique. Malgré cela, il est important de considérer l'ensemble des résultats présentés avec les risques de biais qu'ils comprennent. Parmi ces éventuels biais, l'échantillon ayant permis d'obtenir les résultats n'en est pas dénué, aussi nous allons explorer différents points qu'il semble primordial de garder en tête à la lecture des résultats.

2.1.1 Un trouble de l'usage d'alcool chronicisé

Tout d'abord, bien que le recrutement se veuille initialement multicentrique, en raison de l'impact de la pandémie de COVID-19 et des aménagements inhérents pour les structures de soin ; celui-ci s'est finalement déroulé uniquement dans une unité hospitalière en addictologie, comprenant à la fois un service de sevrage et un hôpital de jour. Le souhait d'une pluralité de centres était en partie motivé par la

2. Apport et réflexions méthodologiques

diversité des consommateurs et consommatrices fréquentant les différentes structures, en termes de niveau de consommation, de profils sociodémographiques, de suivi addictologique entamé (Hesse & Duhamel, 2014). L'unité de sevrage et l'hôpital de jour sont des lieux de soin transitoire dans le parcours d'un usager d'alcool, avec une durée moyenne de quelques semaines, contrairement à d'autres centres de soin (*e.g.*, CSAPA ou CAARUD, ou aucune durée n'est définie *a priori*). De la même façon, la motivation inhérente à la consultation n'est pas la même, l'unité hospitalière où s'est déroulé le recrutement est une unité de sevrage, ayant ainsi pour but principal l'abstinence, abstinence que l'hôpital de jour vise à accompagner et maintenir.

Par ailleurs, l'âge moyen de fréquentation de telles unités de sevrage pour une personne présentant un TUA est relativement élevé, contrairement au CSAPA, CAARUD ou encore au CJC (Consultations Jeunes Consommateurs) (Palle & Rattanatrav, 2018). De façon corollaire, à un âge relativement élevé, la sévérité de consommation des usagers recrutés est également très élevée, avec assez peu de variabilité interindividuelle, ce qui fut une des observations au sein de notre échantillon. Il est ainsi possible de dire que les personnes présentant un TUA fréquentant les unités hospitalières présentent une consommation chronicisée, avec, souvent des comorbidités psychiatriques ou somatiques, éléments que nous retrouvons au sein de notre échantillon.

2. Apport et réflexions méthodologiques

2.1.2 Contexte socio-géographique

Par ailleurs, le service hospitalier est à prendre en compte dans son secteur géographique, notamment du fait d'une sectorisation inhérente aux soins hospitaliers psychiatriques auxquels sont parfois rattachés les soins addictologiques. Ainsi, il est important de garder à l'esprit que la démographie du secteur hospitalier ici présente ne peut être représentative de l'ensemble des consommateurs et consommatrices d'alcool en France. Bien que situé en Ile-de-France, à proximité de Paris, l'Hôpital René Muret se trouve à la frontière de Sevrans et Aulnay-sous-Bois dans le département de la Seine Saint Denis et s'inscrit dans une zone de précarité et d'inégalité sociale.

Le territoire y est enclavé de Quartiers Prioritaires (Bidoux & Couleaud, 2017). Le taux de pauvreté y est de 27,9% (*Comparateur de territoires – Département de la Seine-Saint-Denis (93) / Insee, s. d.*) (INSEE), le revenu moyen y est nettement plus faible que dans les autres régions d'Ile de France et le niveau d'étude ainsi que le nombre de personnes détentrices de diplôme est inférieur. Le taux de chômage est quant à lui élevé (avec une faible proportion des femmes qui ont accès au marché du travail) (Estèbe, 2018). Or, nombreux articles rapportent des taux de consommations plus élevés, et des conséquences plus importantes chez les personnes sans emplois ou en emploi précaires (Egan et al., 2021; Junna et al., 2021; Kposowa & Breault, 2021; Thern et al., 2020; Virtanen et al., 2016). De manière systémique, des études ont mis en avant une consommation accrue, davantage de conséquences délétères liées à la consommation d'alcool chez des

2. Apport et réflexions méthodologiques

personnes d'un niveau socio-économique bas, et ce, d'autant plus chez les minorités raciales (Collins, 2016; Glass et al., 2017). Qui plus est, il s'agit d'un département à forte mixité culturelle et ethnique (composé à 20,1 % de personnes étrangères contre 5,4 % de la population nationale, 11,5 % en Île-de-France) (Estèbe, 2018). Parmi celles-ci, les personnes d'origine immigrée sont près de 5 fois plus présentes que dans le reste du territoire. Cette diversité d'origine ethnique n'est malheureusement pas dénuée de stigmatisation et de discrimination, couplée à une précarité culturelle (Abdullah & Brown, 2011; Earnshaw et al., 2013; Eylem et al., 2020; Wong et al., 2021). Bien qu'il n'ait pas été possible, pour la présente recherche, de questionner l'origine ethnique des participants, nous notons que nombreux sont ceux ayant déclaré une autre langue que le français comme langue natale. Découlant de cela, le niveau de français requis afin de participer à une recherche en psychologie avec auto-questionnaires étant élevé, une partie non négligeable des personnes hospitalisées ne remplissait pas les critères d'inclusions de l'étude.

2.1.3 Un recrutement durant la pandémie de COVID-19

Ces inégalités sociales de territoire se sont également manifestées au cours de la pandémie de COVID-19, période au cours de laquelle le recrutement de l'étude a été effectué, avec une surreprésentation des contaminations et un moindre accès aux soins (Brun & Simon, 2020; Mariette & Pitti, 2020).

2. Apport et réflexions méthodologiques

Au-delà du côté territorial, l'épidémie de Coronavirus a pu avoir divers impacts sur l'étude présentée ici. Les différents confinements, l'isolement social, la fermeture de dispositifs, mais aussi la fermeture des bars et lieux de consommation collective d'alcool ont impacté les usagers. Depuis, nous disposons de connaissances scientifiques mettant en avant un impact de la période de pandémie sur la consommation d'alcool notamment engendrant une entrave à l'accompagnement, et une facilitation des rechutes d'après certaines recherches (Dubey et al., 2020; Ornell et al., 2020), une influence sur la quantité d'alcool consommée, des problèmes liés à l'alcool plus importants et des facteurs de risques psychologiques accrus (anxiété, perte d'espoir, idées suicidaires, solitude et isolement) (Roberts et al., 2021).

Qui plus est, la pandémie a amplement influencé le recrutement, avec des calculs de tailles d'échantillon revu à la baisse comparativement aux estimations initiales. En effet, en plus des structures ayant répondu négativement dû à l'incapacité d'accueillir dans un contexte sanitaire raisonnable, le recrutement en CSAPA s'est vu infructueux notamment en raison d'une forte propension de consultation téléphonique pour les usagers d'alcool (ne venant pas chercher de traitement substitutif), enfin, au sein de l'unité hospitalière, la capacité d'accueil a été réduite de moitié afin de proposer des chambres individuelles aux patients.

2. Apport et réflexions méthodologiques

2.1.4 Une taille d'échantillon limitée pour des analyses plus inférentielles

De ce recrutement découle une limite importante de la présente étude. L'échantillon, d'une centaine de personnes, bien que suffisant pour effectuer des analyses paramétriques, demeure petit et difficilement interprétable comme représentatif de la population parente. De plus, la taille d'échantillon a limité les analyses possibles, notamment en termes de validation des outils traduits. Aussi, de telles études devraient être reconduites auprès d'échantillons cliniques de taille conséquente, afin de s'approcher d'une représentativité des usagers et usagères d'alcool, et ce, à la fois dans le but de valider des outils spécialisés pour cette population, et de généraliser les résultats obtenus.

2.2 Discussion des résultats concernant la stigmatisation intériorisée

Ce travail de recherche a permis de vérifier la validité du modèle progressif d'intériorisation des stigmates (Corrigan, Kerr, et al., 2005) auprès de personnes présentant un TUA en France. L'évaluation de ce modèle se veut linéaire et progressif, postulant des scores significativement décroissants d'étape en étape. En effet, les participants obtiennent des scores plus élevés de conscience des stéréotypes que d'accord avec les stéréotypes, scores eux-mêmes plus élevés que ceux d'application des stéréotypes, eux-mêmes plus élevés que les scores obtenus aux conséquences des stéréotypes. Ces résultats sont donc congruents avec ceux effectués auprès d'échantillons de consommateurs et consommatrices d'alcool dans

2. Apport et réflexions méthodologiques

d'autres pays (Melchior et al., 2019 ; Schomerus et al., 2011), mais aussi d'autres substances psychoactives (Yang et al., 2019). Cependant, l'échelle étant dimensionnelle sans *cut-off* défini, il n'est possible d'avancer si les scores obtenus par les usagers recrutés dénotent d'une intériorisation des stigmates faible, modérée ou sévère, et ainsi de positionner la gravité de l'intériorisation des stigmates comparativement à un seuil de référence fiable.

2.2.1 Réflexions sur la Self Stigma Alcohol Dependence French Version

Par ailleurs, le présent travail a permis de proposer une première ébauche d'une version française de la *SSAD*. De part un processus de traduction, rétro-traduction et d'évaluation de clarté, une version française présentant une bonne sensibilité et une bonne cohérence interne a été obtenue. Cependant, comme énoncé dans la partie Résultats, il n'a été possible d'évaluer la structure factorielle de l'échelle ni d'en vérifier les qualités psychométriques de manière approfondie. En effet, l'échelle étant d'une longueur conséquente (16 items par facteurs, 4 facteurs), la taille d'échantillon nécessaire à de telles analyses n'a pu être recrutée dans la temporalité impartie.

Par ailleurs, les passations de l'échelle ont été décrites comme longues et fatigantes pour les participants qui ont, pour nombreux, rapportés une impression de questions redondantes. Aussi, on ne peut que recommander de tester l'usage de l'outil dans sa version courte (*Self-Stigma of Mental Illness – Short Form*) (Corrigan et al.,

2. Apport et réflexions méthodologiques

2012), comportant les mêmes facteurs et moitié moins d'items. Cela permettrait du moins d'améliorer la longueur de passation, malgré qu'un aspect fastidieux puisse perdurer. En effet, les quatre facteurs regroupant les mêmes stéréotypes, bien qu'introduits au sein de phrases dont la formulation varie afin d'évaluer le stade d'intériorisation des stigmates, peuvent expliquer ce phénomène. Par exemple, dans le facteur 1 se trouve l'item « Je pense que les gens croient que...La plupart des gens qui ont des problèmes d'alcool ne sont pas dignes de confiance », dans le facteur 2 il figure de la façon suivante : « Je pense que...La plupart des gens qui ont des problèmes d'alcool ne sont pas dignes de confiance », puis dans le facteur 3 : « Parce que j'ai des problèmes d'alcool...Je ne suis pas digne de confiance. ». Ainsi, la formulation des consignes n'est pas la plus facile d'accès. En effet, il est d'abord demandé aux participants ce qu'ils pensent que les gens pensent [au sujet des consommateurs ou consommatrices d'alcool], puis, ce qu'ils pensent eux-mêmes [au sujet des consommateurs ou consommatrices d'alcool], ensuite, il leur est demandé de se positionner quant aux stéréotypes parce qu'ils ont des problèmes d'alcool, et pour finir, il leur est demandé s'ils se respectent moins en fonction de ces mêmes stéréotypes.

Par conséquent, cet outil demande à la fois de l'attention et de la concentration pour être rempli dûment, mais aussi une capacité de conscience de soi et de conscience d'autrui.

La capacité de projeter ce que pense l'autre fait amplement appel à la théorie de l'esprit dont « le principe de base [est] celui de l'attribution ou de l'inférence, les

2. Apport et réflexions méthodologiques

états affectifs ou cognitifs d'autres personnes sont déduits sur la base de leurs expressions émotionnelles, de leurs attitudes ou de leur connaissance supposée de la réalité » (Duval et al., 2016, p. 41). C'est aussi la capacité à décoder les croyances ou intentions abstraites d'autrui en situation (Kornreich et al., 2002), correspondant ainsi à ce qui est demandé en première partie du questionnaire *SSAD*. Or, la théorie de l'esprit, tout comme certaines fonctions de reconnaissance émotionnelle et donc d'imputation d'états cognitifs et/ou émotionnels à autrui, peut être influencée négativement par l'usage d'alcool d'après une récente méta-analyse sur le sujet (Onuoha et al., 2016).

En effet, le TUA est associé à des difficultés dans le traitement des émotions et de la cognition sociale, y compris dans l'expression des émotions (*i.e.*, l'alexithymie), le décodage des émotions des autres, la déduction des états mentaux ou des sentiments des autres. De plus, il existe un inconnu sur la persistance ou non de ces atteintes de la théorie de l'esprit une fois l'individu sobre et abstinente, avec des résultats contradictoires. Certaines études mettent en avant des déficits persistants malgré une abstinence prolongée (Bosco et al., 2014; Gizewski et al., 2013; Schmidt et al., 2016), tandis que d'autres études n'ont montré aucune difficultés chez les patients présentant un TUA abstinents à long terme dans la reconnaissance des émotions sociales complexes et des états mentaux (Mátyássy et al., 2006). En parallèle, les études des dernières décennies sur la cognition sociale ont montré que les personnes atteintes d'un TUA présentent des déficiences dans la capacité de reconnaître et de décoder les expressions faciales émotionnelles (Kornreich et al.,

2. Apport et réflexions méthodologiques

2002; Maurage et al., 2009; Philippot et al., 1999; Townshend & Duka, 2003; Uekermann et al., 2005).

D'autres difficultés liées au TUA peuvent également contribuer à une mise en question des résultats obtenus en auto-évaluation. La conscience de son propre trouble, appelé *insight*, semble appauvrie chez les personnes présentant un TUA. En effet, une récente revue systématique sur le sujet rapporte que mesurée avec une échelle spécifique, la *Hanil Alcohol Insight Scale* (HAIS), seuls 7% des participants de plusieurs études présentaient un bon *insight* contre 36% un *insight* dit juste et 57% un faible *insight* (Raftery et al., 2020).

Une autre définition de l'*insight* a été élaborée, qui met l'accent sur les processus métacognitifs ; l'*insight* « cognitif » (Beck et al., 2004) est défini comme la capacité de réfléchir à ses propres pensées et expériences, et de prendre en compte le point de vue des autres sur ces pensées et expériences. Présent dans les troubles de l'usage de substances, dont l'alcool, de futures études sont nécessaires afin d'établir dans quelle mesure cette composante cognitive de l'*insight* peut influencer l'intériorisation des stigmates (Raftery et al., 2019).

S'apparentant à l'*insight*, la conscience altérée de la maladie (« *Impaired illness awareness* ») est étudiée dans d'autres troubles psychiatriques et addictifs (*i.e.*, addictions comportementales aux jeux de hasards et d'argents) (Kim et al., 2021; Shah et al., 2020), ces travaux basés sur une définition proche permettent de définir un modèle de compréhension. Ce modèle définit l'altération de conscience de la maladie en quatre domaines : 1) la conscience générale de la maladie (par exemple,

2. Apport et réflexions méthodologiques

« J'ai un problème d'alcool »), 2) l'attribution précise des symptômes à la maladie (par exemple, « Mes crises de manque sont dues à ma consommation d'alcool »), 3) la conscience du besoin de traitement (par exemple, « J'ai besoin d'aide pour ma consommation d'alcool»), et 4) la conscience des conséquences négatives du trouble (par exemple, « Ma consommation d'alcool a entraîné des conséquences négatives dans ma vie »).

Alors que l'*insight* favorise l'adhésion au soin et, à son tour, l'efficacité du traitement ou rétablissement, la stigmatisation intériorisée engendre une réticence à consulter des structures de soin et demander de l'aide. La prise en compte de la conscience et connaissance de la maladie semble nécessaire dans l'auto-évaluation de la stigmatisation intériorisée du TUA. Alors que ce lien est évalué et étudié pour nombreux autres troubles tels que la schizophrénie (Alhadidi et al., 2021; Lien et al., 2018a, 2018b; Valiente et al., 2015), les troubles dépressifs (Woon et al., 2020) et de manière générale, ce que la littérature considère comme les troubles psychiatriques sévères persistants (Hasson-Ohayon, 2018), peu d'études sont effectuées auprès de personnes aux prises avec un TUA.

D'après les travaux auprès d'autres population, un *insight* élevé a été lié à une meilleure adhésion au traitement, à un meilleur fonctionnement social et à de meilleurs résultats cliniques chez les personnes atteintes de troubles du spectre de la schizophrénie (Johnson et al., 2011; Kurtz et al., 2013; Mohamed et al., 2009; van Baars et al., 2013). Cependant, un degré élevé d'*insight* est également lié à un certain nombre d'effets néfastes, notamment une diminution de l'estime de soi et

2. Apport et réflexions méthodologiques

de la qualité de vie ainsi qu'une augmentation de l'intériorisation des stigmates, du désespoir et de la dépression (Chio et al., 2018; Cooke et al., 2007; Grover et al., 2018; Karow & Pajonk, 2006; Lincoln et al., 2007; Mahmoud & Berma, 2016; Mak & Wu, 2006; Misdrahi et al., 2014; Mohamed et al., 2009).

Ainsi, le travail thérapeutique sur l'amélioration de la conscience du trouble a donc posé un dilemme, qui est décrit comme le "paradoxe de l'*insight*", car il est associé à des conséquences à la fois positives et négatives (Lysaker et al., 2007). Lysaker et al., (2007), au travers une analyse en cluster auprès de patients atteints de schizophrénies, ont permis de mettre en avant trois groupes : les personnes ayant un faible *insight* et une auto-stigmatisation légère, les personnes ayant un fort *insight* et une auto-stigmatisation minimale, et les personnes ayant un fort *insight* et une auto-stigmatisation modérée. D'après l'analyse, le groupe avec un *insight* élevé et une auto-stigmatisation minimale a montré les meilleurs résultats en ce qui concerne la gravité des symptômes, l'espoir, l'estime de soi et le fonctionnement social. Des résultats concordants ont été rapportés par Or et al., (2013). Dans ces deux études, les personnes ayant un haut niveau d'*insight* qui n'intériorisaient pas les stigmates sociétaux présentaient de meilleurs résultats subjectifs que les personnes ayant un haut niveau d'*insight* et un niveau haut ou modéré d'auto-stigmatisation (Lysaker et al., 2007 ; Or et al., 2013).

Une des rares études que nous ayons trouvée au sujet du trouble de l'usage d'alcool rapporte un lien corrélationnel non significatif entre l'intériorisation des stigmates et

2. Apport et réflexions méthodologiques

l'insight (Lyu et al., 2017). De futures études semblent donc nécessaires pour confirmer ou infirmer ce résultat.

Qui plus est, l'intérêt n'est pas seulement du côté de la recherche, mais aussi de la clinique, pour rappel, environ 55 % des personnes diagnostiquées comme souffrant d'un trouble lié à l'alcool ne cherchent pas à se faire soigner en raison d'un manque de conscience de la maladie (Probst et al., 2015). En revanche, *l'insight* peut évoluer dans le temps et semble bien pouvoir se travailler en thérapie, et une amélioration de celui-ci permet une meilleure capacité de motivation au changement (Raftery et al., 2020).

2.2.2 Variation de la stigmatisation en fonction des structures de soin

De manière concomitante, la conscience de la maladie tout comme la stigmatisation intériorisée sont liées à la capacité d'entamer une démarche de soin et notamment d'envisager une abstinence totale et un sevrage. Nous avons pu observer une différence significative entre les usagers recrutés dans le service de sevrage et les usagers recrutés au sein de l'hôpital de jour. En effet, au sein de notre échantillon, les usagers de l'hôpital de jour présentaient des scores à l'AUDIT plus faible, indiquant une moindre sévérité de la consommation d'alcool, mais aussi une plus importante stigmatisation perçue. Certaines études tendent à montrer que la stigmatisation intériorisée aurait tendance à inhiber les personnes dans l'entreprise de démarche de soin et la fréquentation de structures spécialisées (Hammarlund et

2. Apport et réflexions méthodologiques

al., 2018; Jennings et al., 2015; Lannin et al., 2016). Nous savons qu'en moyenne au niveau mondial près de 80 % des usagers nécessitant un accompagnement ne fréquentent pas de structure adaptée (Kohn et al., 2004), aussi, il paraît important de se demander ce qu'il en est de l'intériorisation des stigmates de cette grande propension d'usagers n'étant pas pris en compte dans les études effectuées en structures de soin.

Un objectif initialement prévu dans le présent travail de thèse n'a pu être mis en œuvre. Il s'agissait de recruter des usagers dans différents types de structures (CAARRUD, CSAPA, Unité hospitalière), afin d'évaluer si une différence de stigmatisation intériorisée se retrouvait en fonction du type de structure fréquentée et d'obtenir un échantillon plus représentatif de la pluralité des profils en addictologie.

2.3 Discussion des résultats concernant l'implication de la honte et de la culpabilité

Un des objectifs de la présente recherche consistait à mettre en lumière les rôles respectifs de la honte et de la culpabilité à la fois dans la consommation d'alcool et dans l'intériorisation des stigmates liée à celle-ci. L'hypothèse du rôle protecteur de la culpabilité et délétère de la honte sur la consommation d'alcool n'a pu être vérifiée, probablement expliquée par le peu de variabilité inter-individuelle chez les usagers d'alcool recrutés, tel qu'énoncé en début de discussion. Cependant, des distinctions de ressentis entre la culpabilité et la honte apparaissent tout de même chez les

2. Apport et réflexions méthodologiques

usagers, avec des scores de honte plus élevés. De plus, les résultats de l'analyse en profil latent permettent d'évoquer une intrication des rôles lorsque la culpabilité est plus élevée que la honte. En effet, dès que les scores de culpabilité apparaissent plus élevés, l'intériorisation des stigmates apparaissait moindre.

2.3.1 Honte, culpabilité et TUA

Alors que la honte est plus douloureuse que la culpabilité, du fait de l'atteinte à l'identité de la personne (Tracy et al., 2007) et s'accompagne généralement d'un sentiment de dévalorisation, d'incompétence et d'infériorité (Bastin et al., 2016; Tangney et al., 2011); les participants recrutés dans le cadre de la présente étude présentent des scores élevés de honte et des scores plus faibles de culpabilité. Ces résultats vont dans le sens de nombreuses études présentées dans la partie théorique de ce manuscrit (*Cf.* Chap. n°3). En effet, la culpabilité génèrerait une tendance à l'action de réparation et d'excuse des actions commises (tel que le fait de consommer), conduisant ainsi à limiter les consommations successives et limiter le risque de développement d'un trouble de l'usage (Dearing et al., 2005; Stuewig et al., 2015; Tangney, 1999).

Une distinction semble primordiale, un des principaux résultats obtenus dans une revue systématique que nous avons conduite (Milan, Hamonnière & Varescon, 2022) démontre qu'il s'agit davantage de la tendance à la culpabilité (émotion trait ou

2. Apport et réflexions méthodologiques

dispositionnelle) qui agit comme un facteur protecteur que la culpabilité situationnelle ou réactionnelle (émotion état).

Pour aller plus loin, il serait intéressant d'évaluer respectivement l'aspect situationnel et dispositionnel tant de la honte que de la culpabilité. En effet, les émotions réflexives dispositionnelles ou situationnelles n'influencent pas la consommation de la même manière. Au sein de notre étude, la *PODS* n'évalue que l'aspect situationnel de la culpabilité et de la honte spécifiquement liée à la consommation d'alcool en questionnant de manière précise des actions (ou non actions) pouvant avoir eu lieu au cours des derniers mois.

L'un des résultats d'une méta-analyse sur le sujet montre que le type de honte modère l'association entre la honte et la consommation de substances psychoactives. Ces analyses de modération ont montré une tendance à ce que la honte situationnelle soit légèrement associée positivement à la consommation de substances et que la tendance à la honte soit légèrement associée négativement à la consommation de substances (Luoma et al., 2019). De même, la tendance à la culpabilité peut être un facteur de protection contre la consommation d'alcool, tandis que la culpabilité situationnelle peut avoir des conséquences négatives sur cette consommation. Qui plus est, la tendance à la culpabilité présente un rôle protecteur dans l'initiation à la consommation d'alcool, son maintien, la disposition à changer et les comportements à risque (Dearing et al., 2005 ; O'Connor et al., 1994 ; Ohannessian & Hesselbrock, 2009 ; Patock-Peckham et al., 2018 ; Rodriguez et al., 2015 ; Stuewig et al., 2015 ; Treeby et al., 2018, 2020).

2. Apport et réflexions méthodologiques

D'autre part, la culpabilité situationnelle pourrait être liée à la consommation d'alcool, car le fait de violer la limite de consommation que l'on s'est imposée est un facteur essentiel dans l'expérience de la culpabilité après avoir bu (Muraven et al., 2005). De nombreuses autres études présentent des résultats pointant un lien bidirectionnel délétère de la culpabilité sur la consommation d'alcool (Braun et al., 2018; Locke et al., 2015; Luoma et al., 2017; Tran et al., 2019).

Ces résultats sont en revanche à nuancer de l'apport des études qualitatives, dans lesquelles la culpabilité, et la honte apparaissent souvent comme thème principal de la part des usagers d'alcool (Freeman-McGuire, 2010; Jakobsson et al., 2008; McCann et al., 2018; Sari et al., 2017).

2.3.2 Honte, culpabilité et intériorisation des stigmates

Cette thèse est, à notre connaissance, le premier travail permettant de mettre en avant le lien entre la honte et chacune des étapes de stigmatisation intériorisée du modèle de Corrigan et al., (2005), et l'absence de lien de la culpabilité. La capacité de la honte à nuire à l'identité pourrait faciliter le développement d'intériorisation des stigmates, et, de manière bidirectionnelle, l'intériorisation des stigmates sociétaux pourrait renforcer la honte et la dégradation de la perception de soi. En outre, les stéréotypes les plus fréquents quant aux usagers et usagères d'alcool sont en grande partie centrés sur l'individu, plus que ces actions (*e.g.*, être indigne de

2. Apport et réflexions méthodologiques

confiance, sale, menteurs, responsable de ses problèmes...) (Schomerus et al., 2011).

Or, l'intrication de la honte et de l'intériorisation des stigmates paraît très délétère dans la mesure où elles génèrent toutes deux individuellement des conséquences négatives et réduisent les possibilités d'un pronostic positif (Luoma et al., 2008).

Une étude cherchant à comprendre l'aspect évolutionniste de la honte et la culpabilité, et des façons d'agir qu'elles sous-tendent, a mis en avant plusieurs stratégies. La honte peut générer tantôt de l'évitement (se cacher), tantôt du déni, tandis que la culpabilité générerait un comportement de réparation. Les résultats ont montré que les comportements de dissimulation engendrés par la honte sont la stratégie la plus plébiscitée tant au niveau individuel que groupal. Le déni, en revanche, semble plus délétère pour les participants. Les auteurs en déduisent qu'une personne sujette à la honte aura tendance à nier lorsque se cacher ou éviter n'est pas possible (Shen, 2018). Couplées à la stigmatisation, ces tendances à l'action suscitées par la honte peuvent expliquer l'anosognosie souvent présente dans le TUA (Le Berre & Sullivan, 2016; Ritz et al., 2012), mais aussi la tendance à éviter les structures de soin, à nier les rechutes ou les consommations. Qui plus est, ces stratégies de déni ou d'évitement ont tendance à conduire à un cercle social restreint et à l'isolement.

Par ailleurs, les résultats démontrent que la culpabilité, et la tendance poussées vers la réparation qu'elle suscite, sont plus adaptatives et plus fonctionnelles au niveau groupal, bien que moins fréquente et seulement dans le cadre de comportements

2. Apport et réflexions méthodologiques

de rédemptions stables, auquel cas, la honte serait plus adaptative au niveau individuel (Shen, 2018).

2.3.3 Réflexions sur la *Perception Of Drinking Scale*

Pour les besoins de cette recherche, un outil évaluant la honte et la culpabilité liés à la consommation d'alcool à dû être traduit, car il n'en existait aucun en langue française. Aussi, le choix s'est porté sur la *PODS*, permettant, au travers d'un processus rigoureux, d'en obtenir une version française présentant une bonne cohérence interne, et une bonne sensibilité. Certains biais sont cependant à considérer dans la compréhension des résultats obtenus grâce à cette mesure. La *Perception Of Drinking scale* est une échelle récente, ayant fait preuve de peu de validation empirique. Par ailleurs, il s'agit de sa première évaluation dans une version traduite en langue française.

Alors qu'une partie des critères psychométriques de sensibilité et de validité sont bons, la taille de l'échantillon ne permet pas d'effectuer des analyses approfondies et d'en attester les propriétés de manière inférentielle. Ainsi, une analyse factorielle exploratoire a permis de confirmer quatre dimensions distinctes : la honte, la culpabilité, le blâme de soi et l'indifférence. Or, la dimension de blâme de soi semble être celle expliquant la plus grande proportion de variance de l'échelle. Qui plus est, les deux dimensions nous intéressant ici (la honte et la culpabilité), au-delà de n'expliquer qu'une variance inférieure, comportent des items en commun qui

2. Apport et réflexions méthodologiques

s'enchevêtre et semble à la fois mesurer la dimension de honte et de culpabilité, se différenciant alors de la version originale où ce problème n'était pas présent. Bien que la littérature ait souvent mis en avant une forte corrélation entre honte et culpabilité (*e.g.*, Tangney, 1999; Treeby et al., 2020), il semble primordial d'obtenir des mesures permettant de les distinguer de façon fiable pour attribuer des résultats pertinents à chacune de ces émotions réflexives.

Les items, saturant à la fois dans le facteur honte et le facteur culpabilité sont les suivants :

Item °3 : « Je me sens nul.le quand je pense à ma consommation d'alcool. », se référant au soi, cet item mesure la honte dans la version originale de l'outil (« *I feel worthless when I reflect on my drinking* »), c'est également le cas dans notre étude des qualités psychométriques, bien qu'il sature également à .37 dans le facteur culpabilité.

Item n°11 : « J'ai pris de mauvaises décisions concernant ma consommation d'alcool. », est supposé mesurer la culpabilité dans la version originale (« *I have made some poor decisions with regard to drinking* »), or il sature davantage dans le facteur honte dans notre étude. Se référant aux actes commis, cet item correspond pourtant aux définitions de la culpabilité mais sa formulation peut paraître imprécise.

Enfin, l'item n°16 : « J'ai besoin d'améliorer mon comportement, quand je bois. », supposé mesurer la culpabilité dans la version originale (« *I need to improve my*

2. Apport et réflexions méthodologiques

behaviour while I'm drinking ») sature davantage pour la honte auprès de notre échantillon. Pour autant, ici aussi l'item se réfère clairement aux actions commises et non à l'individualité et correspond donc bien à ce que nous comprenons comme la culpabilité. La formulation peut en revanche être améliorée (*e.g.*, « J'ai besoin d'améliorer le comportement que j'ai quand j'ai bu ») pour faciliter sa compréhension.

L'attribution des items dans les facteurs dépend directement des réponses produites par les usagers, et rejoint un questionnement fondamental quant à la capacité des personnes présentant un TUA à distinguer finement leur ressentis de honte ou de culpabilité. Il apparaît que les déficits de cognitions émotionnelles et sociales pourraient résulter d'une neurotoxicité liée à la consommation chronique et excessive d'alcool. Une méta-analyse récente a rapporté des tailles d'effet plus importantes pour les déficits de reconnaissance des émotions faciales dans les études incluant des personnes présentant un TUA avec une plus longue durée d'abus d'alcool (Bora & Zorlu, 2017). Or, les personnes recrutées dans le cadre de notre étude présentent une durée moyenne de consommation plutôt longue (13 ans). Bien qu'aucune différence entre les groupes n'ait été observée dans une autre étude, une consommation d'alcool plus importante au cours de la vie était associée à de moins bonnes performances dans une tâche de reconnaissance des émotions faciales (Charlet et al., 2014). Des périodes de consommation excessive d'alcool plus longues étaient liées à une moins bonne identification des émotions faciales et de plus grandes quantités d'alcool consommées par jour étaient associées à une moins bonne capacité à faire correspondre le ton émotionnel aux expressions

2. Apport et réflexions méthodologiques

faciales chez les personnes abstinentes à long terme atteintes de troubles de l'attention (Valmas et al., 2014).

D'après la littérature, il existe un lien entre les troubles de l'usage d'alcool et l'alexithymie, soit « l'incapacité à identifier et décrire ses propres états émotionnels et ceux d'autrui » (Ritz et al., 2012, p. 20). La prévalence de l'alexithymie serait de l'ordre de 63 % auprès des personnes présentant un TUA en France (Guilbaud et al., 2002) et entre 30 et 67% dans la littérature internationale (Le Berre, 2019). Les troubles alexithymiques seraient une conséquence directe de l'alcoolodépendance et seraient d'autant plus sévères que la quantité et la fréquence des alcoolisations sont élevées, que les troubles exécutifs sont sévères et que les symptômes dépressifs fréquemment observés dans l'alcoolodépendance sont importants (Le Berre, 2019). Aussi, questionner les usagers d'alcool sur leurs émotions comporte les risques de biais inhérent aux difficultés liés au TUA, et évaluer la reconnaissance et la capacité d'identification émotionnelle semble un précurseur essentiel à l'obtention de résultat fiable concernant la propension à la honte ou à la culpabilité.

De l'ensemble de ces résultats découle des perspectives portant sur trois niveaux : les perspectives cliniques visant à réfléchir sur la portée et l'application thérapeutique des résultats obtenus, les perspectives préventives questionnant l'intérêt d'améliorer les pratiques de prévention limitant la stigmatisation perçue (source de la stigmatisation intériorisée et d'émotions réflexives) et enfin, les perspectives de recherche, découlant des résultats, de leurs limites et des réflexions les suivant.

3. Perspectives théoriques et cliniques

3.1 Perspectives cliniques

La nécessité d'approches basées sur les preuves implique, dans tout accompagnement thérapeutique, des recherches aux résultats probants permettant d'orienter les axes de travail. Des résultats exposés dans la présente thèse découlent la possibilité d'agir, au travers de thérapies individuelles ou groupales sur la honte pour prévenir ou minimiser l'intériorisation des stigmates. En trouvant des leviers thérapeutiques et des modalités d'actions déjà validées, l'abord du travail psychothérapeutique sur la stigmatisation intériorisée semble possible.

En effet, les émotions (et émotions réflexives) sont d'ores et déjà un sujet traité dans les recommandations psychothérapeutiques du TUA (Coriale et al., 2018; Cungi & Nicole, 2014; Graziani & Romo, 2013; Washton & Zweben, 2006). Que ce soit dans les programmes de prévention de la rechute, les thérapies cognitives et comportementales ou encore la psychoéducation, le travail émotionnel est au cœur de l'accompagnement.

En effet, celles-ci se présentent comme un frein, les personnes qui éprouvent de la honte tentant généralement de nier, de se cacher et de se retirer physiquement et/ou psychologiquement de la situation (Tignor & Colvin, 2019; Tracy et al., 2007), tandis que les personnes se sentant coupables sont souvent motivées pour réparer leurs erreurs en prenant des mesures réparatrices, telles que la confession et les excuses (Bastin et al., 2016; Lawrence & Taft, 2013). Un des premiers axes

3. Perspectives théoriques et cliniques

thérapeutiques pertinents semble ainsi d'accompagner dans la reconnaissance et l'identification émotionnelle afin de favoriser la distinction entre honte et culpabilité, voir entre honte et culpabilité dispositionnelle et honte ou culpabilité situationnelle.

Alors que certains suggèrent de travailler thérapeutiquement la honte en termes de régulation émotionnelle ou de remplacement par une émotion plus « bénéfique » telle que la culpabilité qui orienterait vers des comportements réparateurs (Treeby et al., 2018), d'autres alarment sur les risques à user de ces émotions en raison de leurs possibilités respectives à être tant adaptatives que mal-adaptatives, et de leurs présences parfois mutuelles (Snoek et al., 2021). En revanche, un travail sur le vécu des situations émotionnelles, que ce soit de culpabilité ou de honte, et sur le blâme de soi, l'auto-punition et l'auto-critique peut être un axe privilégié pour renforcer le sentiment d'espoir, de confiance en soi et de valorisation de soi (Flanagan, 2013; Sawyer et al., 2020). Il s'agit, *in fine*, de développer une posture d'acceptation en trouvant de nouvelles stratégies d'adaptation face aux ressentis de honte et/ou de culpabilité, en passant d'un mode « blâme de soi » subi, à un mode pro actif orienté vers le futur de travail sur la gestion de ces situations, de leurs minimisations au travers d'actions orientées par des valeurs (*i.e* l'excuse, le pardon le cas échéant) (Snoek et al., 2021). Ces éléments relèvent plus d'un travail sur le registre cognitif et comportemental, pour le côté affectif, l'auteur suggère non pas de travailler à un changement d'émotion, mais davantage à un changement dans la relation entretenue avec l'émotion, quelle qu'elle soit, en développant une posture empathique envers soi-même.

3. Perspectives théoriques et cliniques

Nous tenons à spécifier que ces axes thérapeutiques avancés par Snoek et al., (2021) sont basés sur des études de cas uniques et mériteraient d'être soumises à une étude d'efficacité thérapeutique de grande ampleur. Par ailleurs, de bons résultats ont été obtenus dans l'évaluation de psychothérapie basée sur l'apprentissage de l'auto-compassion (issu de la psychologie positive) sur la réduction de la honte (ici liée à une perception négative de son corps), et à l'engagement dans des comportements proactifs pour sa santé (Carter et al., 2021). Enfin, une étude d'évaluation thérapeutique d'une thérapie cognitive basée sur la pleine conscience visant à réduire la honte, la rumination, l'auto-compassion et la détresse psychologique chez des personnes atteintes de troubles anxieux ou dépressif démontre une bonne efficacité pour réduire , entre autres, la tendance à la honte, cependant aucun résultat significatif sur la tendance à la culpabilité n'est apparu (Proeve et al., 2018).

En parallèle et aux vues de la connaissance croissante sur l'intériorisation des stigmates des personnes atteintes de pathologies mentales et plus spécifiquement de trouble de l'usage de substance psychoactives, des programmes d'interventions ont vu le jour. D'après la revue de Yanos et al., (2015) : six approches d'intervention (*Healthy Self-Concept* (McCay et al., 2006), *Self-Stigma Reduction Program* (Fung et al., 2011), *Ending Self-Stigma* (Lucksted et al., 2011), *Narrative Enhancement and Cognitive Therapy* (Yanos et al., 2011), *Coming Out Proud* (Corrigan et al., 2013) et *Anti-Stigma Photo-Voice Intervention* (Rusinova et al., 2014)) ont été identifiées. Majoritairement effectuées sous un format groupal de plusieurs séances (ou mixte individuelle + groupale), les approches les plus utilisées semblent

3. Perspectives théoriques et cliniques

appartenir au courant TCC (restructuration cognitive, couplée à une psychoéducation, l'entretien motivationnel et du travail de réhabilitation psychosociale (Mittal et al., 2012; Yanos et al., 2015).

L'auto-stigmatisation a des effets négatifs omniprésents sur de nombreuses personnes atteintes de maladie mentale et peut constituer un obstacle majeur au rétablissement (Yanos et al., 2008). Or, à l'heure actuelle, une majorité de ces programmes thérapeutiques ont été pensés et construits uniquement pour des personnes atteintes de troubles psychotiques (Mittal et al., 2012; Štrkalj Ivezić et al., 2017; Yanos et al., 2015). Le programme *Ending Self Stigma*, plus ouvert sur les populations, est destiné aux personnes touchées par la maladie mentale et/ou d'autres identités marginalisées (racisme intériorisé, homophobie, sexisme...), le programme *Coming Out Proud* est quant à lui destiné aux personnes de la communauté LGBT.

Une des seules études abordant une évaluation d'un dispositif thérapeutique de réduction de la stigmatisation intériorisée auprès d'usagers de substances psychoactives est l'étude de Luoma et al., (2008) basée sur un protocole thérapeutique d'acceptation et d'engagement. Après avoir suivi les séances du programme, les patients présentaient des scores moindres de honte intériorisée et une amélioration de la stigmatisation intériorisée, bien qu'aucun effet sur la stigmatisation perçue n'ait été obtenu.

3. Perspectives théoriques et cliniques

Aussi, à notre connaissance seule cette proposition thérapeutique travaille le versant émotionnel dans la réduction des stigmates intériorisée, qui plus est, auprès d'échantillons présentant un trouble de l'usage de substance psychoactives. Par ailleurs, les études sur le sujet sont exclusivement des enquêtes exploratoires ou pilotes présentant des limites importantes, telles que la petite taille de l'échantillon, l'absence de randomisation, l'absence de groupe témoin et l'absence de réévaluation longitudinale mesurant la durabilité de l'effet. De même, peu de variables contrôle ou médiatrice sont prises en compte dans le calcul des effets. Il paraît ainsi primordial, au vu des résultats du présent travail de thèse, de poursuivre par la mise en place d'interventions thérapeutiques centrée sur la réduction des stigmates.

En parallèle, et à des fins de cohérence, il semble primordial d'entamer un travail de prévention et de sensibilisation auprès du grand public, afin de minimiser la stigmatisation publique, aux sources de la stigmatisation intériorisée. L'évolution des politiques en ce sens, conduites depuis plusieurs années en portant attention aux vocabulaires utilisés, à la reconnaissance et la considération du trouble de l'usage d'alcool comme une pathologie médicale à part entière doit être poursuivie et partagée auprès du grand public.

3. Perspectives théoriques et cliniques

3.2 Perspectives préventives

De par la tendance à l'action qu'elles comportent, les émotions ont souvent été utilisées comme des leviers à des fins de changements comportementaux. C'est le cas notamment des campagnes de préventions basées sur la culpabilisation et/ou la honte des usagers pour tenter d'éradiquer les comportements de consommation.

Or, la prévention par la culpabilité peut se présenter comme une prémisse des stigmates intériorisés. Qui plus est, à l'intention des non consommateurs, les campagnes de prévention primaires comptent sur l'effroi, la peur voire le choc, basées sur la pensée que les émotions faciliteraient la persuasion (Becheur, 2006). Les travaux Becheur (2006) suggèrent qu'au-delà de la peur, l'utilisation de culpabilisation suscitait en elle-même de la peur et du stress. Il s'agit de solliciter une menace, ainsi qu'une vulnérabilité à la menace pour appeler la personne spectatrice à se sentir concernée, impliquée, et en danger. De telles campagnes ne prennent pas en compte l'aspect addictif inhérent aux comportements de consommation dans le cadre de troubles de l'usage, et rejoignent ainsi implicitement une vision responsabilisatrice des consommateurs d'alcool tout en décuplant leurs ressentis négatifs. Une distinction en fonction du genre semble établie, avec une tendance masculine à être plus réceptif aux messages portant sur des conséquences à court terme, à l'opposition des femmes pour qui les messages préventifs portant sur les conséquences à long terme sont plus efficaces (Smith & Stutts, 2003). De même, les femmes réagissent plus intensément aux stimuli émotionnels que les hommes (Lithari et al., 2010; Poláčková Šolcová & Lačev, 2017).

3. Perspectives théoriques et cliniques

Ces pratiques sont non sans conséquences pour les usagers. Certains individus lorsqu'ils sont exposés à des messages publicitaires chargés émotionnellement peuvent montrer une tendance à éprouver leurs émotions avec de plus grandes intensités. De plus, de telles pratiques participent à une vision moralisatrice et stigmatisante des consommations de substances et des troubles qu'elles peuvent engendrer. Au-delà de ces conceptualisations, la honte et la culpabilité étant fortement corrélées, comme nous l'avons vu dans la première partie de ce manuscrit, un risque contre-productif était déjà évoqué par Bennett (1998), suggérant que la culpabilité ne pouvait être « efficace » qu'à la condition que la honte ne soit pas activée, celle-ci ayant tendance à engendrer des comportements d'évitement.

Ainsi, ces stratégies marketing, commerciales ou publicitaires, sont loin d'être inoffensives et doivent être comprises comme une part du problème de stigmatisation - et ainsi, d'intériorisation des stigmates – et de la honte qui y est liée. Parallèlement à cela, le développement de pratiques préventives efficaces touchant tantôt le grand public tantôt les personnes concernées semble nécessaire afin de minimiser les risques à la fois de généralisation des stigmates, et d'intériorisation de ceux-ci.

3. Perspectives théoriques et cliniques

3.3 Perspectives de recherche

Enfin, la présente étude a permis d'ouvrir différents axes de travail pour les recherches à venir. Dans un premier temps, le travail d'adaptation des outils en langue française présentement effectué permet d'initier les recherches sur le sujet auprès d'une population francophone, cependant, ces outils nécessitent d'être soumis à de futurs échantillons afin de confirmer leurs validités scientifiques. Tel qu'énoncé dans la partie « analyses », un échantillon d'environ 400 personnes serait nécessaire pour effectuer l'ensemble des analyses psychométriques évaluant en profondeur l'outil de mesure de stigmatisation intériorisée. De plus, comme nous l'avons quelque peu discuté au cours des réflexions méthodologique plus haut, l'interaction de variable tel que l'insight, la conscience émotionnelle ou l'alexithymie pourrait être bénéfique à l'interprétation des résultats et à une compréhension plus globale du phénomène mesuré (qu'il s'agisse de la mesure de stigmatisation intériorisée ou d'émotions réflexives).

Aussi, s'intéresser à la mesure en elle-même dans la compréhension des résultats escomptés est primordial. Pour des concepts tels que la stigmatisation intériorisée, mais aussi les émotions réflexives, les modalités de mesure en auto-questionnaires interrogent. Les mesures implicites dans des contextes d'études expérimentales permettraient de limiter les biais inhérents à l'évaluation de tels variables. Inspirée des travaux de Von Hippel et al., (2008), une mesure par tâche implicite permettrait de compléter les mesures par auto-questionnaires, et d'obtenir des résultats plus spontanés, en dehors d'un champ conscient et réflexif possible avec un auto-questionnaire. De plus, la difficulté à identifier et nommer ses propres émotions

3. Perspectives théoriques et cliniques

présente sur les mois précédents (telle que demandé dans la consigne de la *PODS*, mais aussi de nombreux outils) pourrait être facilitée par un dispositif de mesure en EMA. En ce qui concerne la honte et la culpabilité, il apparaît également nécessaire de les évaluer tant dans leurs composantes dispositionnelles que situationnelles, afin d'obtenir des résultats clairs sur le rôle respectif de ces émotions réflexives.

Par ailleurs, dans le cadre du présent travail, les critères d'inclusion étaient vérifiés sur la base du déclaratif des patients ou des professionnels de santé du service de recrutement, or l'évaluation systématique et objectives des troubles cognitifs paraît plus judicieuse et plus juste dans la limitation des biais obtenus, compte tenu de la fréquence de ces troubles dans le TUA.

Enfin, il apparaît nécessaire d'alimenter la recherche par des études longitudinales ou de mesures écologiques comme cela a été proposé dans des études récentes (Batchelder et al., 2022) afin d'observer la causalité inférentielle des résultats obtenus ici (prédiction de la honte sur la stigmatisation intériorisée) et d'observer plus en profondeur et en terme temporel le processus d'intériorisation des stigmates.

CONCLUSION

Ce travail de thèse a permis de mettre en évidence la pertinence de l'étude conjointe des processus cognitif et émotionnel dans l'intériorisation des stigmates des usagers présentant un trouble de l'usage d'alcool. Il s'agit, à notre connaissance, de la seule étude française sur l'intériorisation des stigmates des usagers d'alcool, et d'une des seules études internationales incluant l'analyse de la culpabilité et de la honte dans le modèle processuel d'intériorisation. Qui plus est, ce travail fait partie des rares études sur le sujet réalisées auprès d'un échantillon clinique de personnes présentant un TUA.

Un travail conséquent de synthétisation des connaissances actuelles, au travers de deux revues systématiques, a permis une ample compréhension de la littérature actuelle. Ces synthèses théoriques ont permis divers constats : la première revue systématique comporte un éclairage sur l'ensemble des implications et rôle de la stigmatisation intériorisée dans le champ des troubles de l'usage de substances psychoactives. La seconde revue systématique, à, entre autres, permis de révéler la distinction primordiale entre les typologies de culpabilité dans les études auprès de personnes consommatrices d'alcool, et à la faible proportion d'étude réalisée en population clinique. Ainsi, ce travail est également un moyen de diffuser à la communauté francophone les connaissances actuelles sur la stigmatisation intériorisée, phénomène très peu étudié tant en recherche qu'en clinique.

CONCLUSION

Pour mener à bien la recherche ci présente, deux outils de mesure spécialisés évaluant la stigmatisation intériorisée et les émotions de honte et de culpabilité dans l'usage d'alcool ont été analysés. Ce travail a permis d'apporter une première version d'outils pour la communauté francophone, bien qu'ils nécessitent des analyses psychométriques approfondies auprès d'échantillons de tailles plus conséquentes, en vue d'une validation scientifique complète.

Ensuite, les résultats de la présente recherche ont permis de confirmer le côté processuel et linéaire de l'intériorisation des stigmates chez les usagers d'alcool. Puis, l'intrication de la honte dans chacune des étapes du processus d'intériorisation des stigmates, lui conférant une place importante dans la compréhension de ce phénomène. Par ailleurs, les résultats ont permis d'avancer une absence de lien entre la culpabilité et la consommation d'alcool, et l'intériorisation des stigmates liées à celle-ci, conformément à la littérature scientifique, suggérant un lien tantôt absent, tantôt protecteur.

Diverses perspectives sont ressortis des suites de ce travail, et des réflexions qu'il a suscité, s'orientant vers une validation complète et fiable d'outils mesurant la stigmatisation intériorisée des usagers d'alcool, et les émotions réflexives de honte et de culpabilité liées à l'usage d'alcool. Et ce, afin de poursuivre les recherches sur le sujet, de mieux comprendre les aspects sous-jacents, tant cognitifs, émotionnels que comportementaux afin d'élaborer des moyens d'actions thérapeutiques.

En parallèle, le complément d'études usant d'autres designs et méthodologies est nécessaire pour approfondir les résultats obtenus, que ce soit au travers d'études qualitatives laissant la pleine parole aux usagers pour retranscrire le vécu de la

CONCLUSION

stigmatisation mais aussi les croyances auto-stigmatisantes dans un contexte socio-culturel français, d'études usant de mesures dites implicites au travers de tâches en milieu expérimental ou encore d'études longitudinales en mesure écologique. L'ensemble de ces recherches doit pouvoir alimenter la pratique clinique et la création de programmes psychothérapeutiques basés sur les preuves, minimisant ou évitant l'intériorisation des stigmates et les conséquences liées à celle-ci afin de favoriser le mieux être des personnes aux prises avec un trouble de l'usage d'alcool.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Abdullah, T., & Brown, T. L. (2011). Mental illness stigma and ethnocultural beliefs, values, and norms : An integrative review. *Clinical Psychology Review, 31*(6), 934-948. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2011.05.003>
- Acosta, M. P. J., Charry, M. P. C., Restrepo, J. M. U., Cepeda, M., Cubillos, L., Bartels, S. M., Castro, S., Marsch, L. A., & Gómez-Restrepo, C. (2021). Characterizing the perceived stigma towards mental health in the early implementation of an integrated services model in primary care in Colombia. A qualitative analysis. *Revista Colombiana de Psiquiatría (English ed.), 50*, 91-101.
- Adewuya, A. O., Owoeye, O. A., Erinfolami, A. R., Coker, A. O., Ogun, O. C., Okewole, A. O., Dada, M. U., Eze, C. N., Bello-Mojeed, M. A., & Akindipe, T. O. (2009). Prevalence and correlates of poor medication adherence amongst psychiatric outpatients in southwestern Nigeria. *General hospital psychiatry, 31*(2), 167-174.
- Adlaf, E. M., Hamilton, H. A., Wu, F., & Noh, S. (2009). Adolescent stigma towards drug addiction : Effects of age and drug use behaviour. *Addictive behaviors, 34*(4), 360-364.
- Ahern, J., Stuber, J., & Galea, S. (2007). Stigma, discrimination and the health of illicit drug users. *Drug and alcohol dependence, 88*(2-3), 188-196.
- Airagnes, G., Lakhdar, C. B., Daepfen, J.-B., Gallopel-Morvan, K., Girandola, F., Mezger-Lallemand, V., Lartigot, L., Lecrique, J.-M., Melchior, M., & Naassila,

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- M. (2021). *Réduction des dommages associés à la consommation d'alcool* [PhD Thesis]. Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM).
- Airagnes, G., Lemogne, C., Goldberg, M., Hoertel, N., Roquelaure, Y., Limosin, F., & Zins, M. (2018). Job exposure to the public in relation with alcohol, tobacco and cannabis use : Findings from the CONSTANCES cohort study. *PLOS ONE*, *13*(5), e0196330. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0196330>
- Akaike, H. (1987). Factor analysis and AIC. In *Selected papers of hirotugu akaike* (p. 371-386). Springer.
- Alhadidi, M., Abdullah, K. L., Tang, L. Y., Danaee, M., & Al Hadid, L. A. R. (2021). Knowledge about schizophrenia, insight into illness, and internalized stigma and their associated factors among people diagnosed with schizophrenia in a long-term care facility. *Perspectives in psychiatric care*, *57*(1), 225-234.
- Al-Khouja, M., & Corrigan, P. (2017). Self-Stigma, Identity, and Co-Occurring Disorders. *The Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, *54*(1). https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28857759/?utm_source=research-news
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders : DSM-5*. (5th edition). American Psychiatric Association.
- Andler, R., Quatremère, G., Gautier, A., Soullier, N., Lahaie, E., Richard, J. B., & Nguyen Thanh, V. (2021). *Dépassement des repères de consommation d'alcool à moindre risque en 2020 : Résultats du Baromètre santé de Santé publique France*. , 304-312. *17*, 304-312.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Anker, J. J., & Kushner, M. G. (2019). Co-Occurring Alcohol Use Disorder and Anxiety. *Alcohol Research: Current Reviews, 40*(1), arcr.v40.1.03.
<https://doi.org/10.35946/arcr.v40.1.03>
- Anthoine, E., Moret, L., Regnault, A., Sébille, V., & Hardouin, J.-B. (2014). Sample size used to validate a scale : A review of publications on newly-developed patient reported outcomes measures. *Health and quality of life outcomes, 12*(1), 1-10.
- APA. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders : DSM-IV*. Fourth edition. Washington, DC : American Psychiatric Association, [1994] ©1994. <https://search.library.wisc.edu/catalog/999733358502121>
- Arnold, M. B. (1960). *Emotion and personality. Vol. I. Psychological aspects*.
- Arpin, S. N., Mohr, C. D., & Brannan, D. (2015). Having friends and feeling lonely : A daily process examination of transient loneliness, socialization, and drinking behavior. *Personality & Social Psychology Bulletin, 41*(5), 615-628.
<https://doi.org/10.1177/0146167215569722>
- Ashford, R. D., Brown, A. M., Ashford, A., & Curtis, B. (2019). Recovery dialects : A pilot study of stigmatizing and nonstigmatizing label use by individuals in recovery from substance use disorders. *Experimental and clinical psychopharmacology, 27*(6), 530.
- Aubin, P. H.-J., Gillet, C., & Rigaud, A. (2015). Mésusage de l'alcool dépistage, diagnostic et traitement. *Alcoologie Addictologie, 37*(1), 5-84.
- Ausubel, D. P. (1955). Relationships between shame and guilt in the socializing process. *Psychological review, 62*(5), 378.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Babor, T. F., Higgins-Biddle, J. C., Saunders, J. B., & Monteiro, M. G. (2001).
Audit. The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): guidelines for use in primary care.
- Bagozzi, R. P., Verbeke, W., & Gavino Jr, J. C. (2003). Culture moderates the self-regulation of shame and its effects on performance : The case of salespersons in The Netherlands and the Philippines. *Journal of applied psychology, 88*(2), 219.
- Barrett, K. C. (1995). A functionalist approach to shame and guilt. In *Self-conscious emotions : The psychology of shame, guilt, embarrassment, and pride* (p. 25-63). Guilford Press.
- Barry, C. L., McGinty, E. E., Pescosolido, B. A., & Goldman, H. H. (2014). Stigma, discrimination, treatment effectiveness, and policy: public views about drug addiction and mental illness. *Psychiatric Services, 65*(10), 1269-1272.
- Bastin, C., Harrison, B. J., Davey, C. G., Moll, J., & Whittle, S. (2016). Feelings of shame, embarrassment and guilt and their neural correlates : A systematic review. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews, 71*, 455-471.
- Batchelder, A. W., Glynn, T. R., Moskowitz, J. T., Neilands, T. B., Dilworth, S., Rodriguez, S. L., & Carrico, A. W. (2022). The shame spiral of addiction : Negative self-conscious emotion and substance use. *PLOS ONE, 17*(3), e0265480. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0265480>
- Batchelder, A. W., Moskowitz, J. T., Jain, J., Cohn, M., Earle, M. A., & Carrico, A. W. (2020). A novel technology-enhanced internalized stigma and shame

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- intervention for HIV-positive persons with substance use disorders. *Cognitive and behavioral practice*, 27(1), 55-69.
- Batel, P. (2011). Evolution des modes d'alcoolisation. *Rev Prat*, 61(10), 1364-1368.
- Baumeister, R. F. (1997). *Evil. Inside human violence and cruelty*. New York: W. H. Freeman and company.
- Baumeister, R. F., Stillwell, A. M., & Heatherton, T. F. (1994). Guilt: An interpersonal approach. *Psychological bulletin*, 115(2), 243.
- Becheur, I. (2006). *Les effets de la peur, de la culpabilité et de la honte en persuasion sociale : Application aux messages anti-alcool* [PhD Thesis]. Grenoble 2.
- Beck, A. T., Baruch, E., Balter, J. M., Steer, R. A., & Warman, D. M. (2004). A new instrument for measuring insight : The Beck Cognitive Insight Scale. *Schizophrenia research*, 68(2-3), 319-329.
- Beck, F., Legleye, S., & De Peretti, G. (2006). L'alcool donne-t-il un genre? *Travail, genre et sociétés*, 1, 141-160.
- Beck, F., Richard, J.-B., Guignard, R., Le Nézet, O., & Spilka, S. (2015). Les niveaux d'usage des drogues illicites en France en 2014. *Tendances*, 99(8), 1-7.
- Bègue, L., & Subra, B. (2008). Alcohol and aggression : Perspectives on controlled and uncontrolled social information processing. *Social and Personality Psychology Compass*, 2(1), 511-538.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Benyamina, A., Reynaud, M., & Aubin, H.-J. (2013). *Alcool et troubles mentaux : De la compréhension à la prise en charge du double diagnostic*. Elsevier Health Sciences.
- Berr, C., Clavel-Chapelon, F., Dally, S., Daval, J.-L., Fumeron, F., Girre, C., Larroque, C., Lucas, D., Marques-Vidal, P., Mathurin, P., Nalpas, B., & Rouach, H. (2001). *Alcool : Effets sur la santé* (p. 358 pages, graphiques, tableaux, figures, références bibliographiques disséminées en fins de chapitres) [Report, Institut national de la santé et de la recherche médicale(INSERM)]. <https://hal-lara.archives-ouvertes.fr/hal-01570661>
- Besche-Richard, C., & Bungener, C. (2006). *Psychopathologie, émotions et neurosciences*. Paris: Belin.
- Bidoux, P.-É., & Couleaud, N. (2017). Les quartiers de la politique de la ville en Île-de-France. *INSEE Analyses ÎledeFrance*, 57.
- Bilevicius, E., Clark, C. C., Johnson, E. A., & Keough, M. T. (2020). Ashamed and alone—Risk factors for alcohol craving among depressed emerging adults. *Alcohol and alcoholism*, 55(5), 540-546.
- Bilevicius, E., Kempe, T., Pankratz, L., Wardell, J. D., Johnson, E. A., & Keough, M. T. (2021). Shame's Associations with Depression and Problem Drinking : An Ecological Momentary Study. *Substance Use & Misuse*, 56(11), 1715-1725.
- Bilevicius, E., Single, A., Rapinda, K. K., Bristow, L. A., & Keough, M. T. (2018). Frequent solitary drinking mediates the associations between negative affect and harmful drinking in emerging adults. *Addictive behaviors*, 87, 115-121.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Birtel, M. D., Wood, L., & Kempa, N. J. (2017). Stigma and social support in substance abuse : Implications for mental health and well-being. *Psychiatry research, 252*, 1-8.
- Bjelland, I., Dahl, A. A., Haug, T. T., & Neckelmann, D. (2002). The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale : An updated literature review. *Journal of psychosomatic research, 52*(2), 69-77.
- Blascovich, J., Mendes, W. B., Hunter, S. B., Lickel, B., & Kowai-Bell, N. (2001). Perceiver threat in social interactions with stigmatized others. *Journal of personality and social psychology, 80*(2), 253.
- Blass, B. E. (2015). *Basic principles of drug discovery and development*. Elsevier.
- Bliuc, A.-M., Doan, T.-N., & Best, D. (2019). Sober social networks : The role of online support groups in recovery from alcohol addiction. *Journal of Community & Applied Social Psychology, 29*(2), 121-132.
- Bloomfield, K., Allamani, A., Beck, F., Bergmark, K. H., Csemy, L., Eisenbach-Stangl, I., Elekes, Z., Gmel, G., Kerr-Corrêa, F., & Knibbe, R. (2005). Gender, culture and alcohol problems : A multi-national study. *Project Final Report*.
- Bonaldi, C., & Hill, C. (2019). La mortalité attribuable à l'alcool en France en 2015. *Bull épidémiol hebd, 56*, 97-108.
- Bora, E., & Zorlu, N. (2017). Social cognition in alcohol use disorder : A meta-analysis. *Addiction, 112*(1), 40-48.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Bosco, F. M., Capozzi, F., Colle, L., Marostica, P., & Tirassa, M. (2014). Theory of mind deficit in subjects with alcohol use disorder : An analysis of mindreading processes. *Alcohol and Alcoholism, 49*(3), 299-307.
- Boyd, J. E., Katz, E. P., Link, B. G., & Phelan, J. C. (2010). The relationship of multiple aspects of stigma and personal contact with someone hospitalized for mental illness, in a nationally representative sample. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology, 45*(11), 1063-1070.
- Bozinoff, N., Anderson, B. J., Bailey, G. L., & Stein, M. D. (2018). Correlates of stigma severity among persons seeking opioid detoxification. *Journal of addiction medicine, 12*(1), 19.
- Braun, B., Weinland, C., Kornhuber, J., & Lenz, B. (2018). Religiosity, guilt, altruism and forgiveness in alcohol dependence : Results of a cross-sectional and prospective cohort study. *Alcohol and Alcoholism, 53*(4), 426-434.
- Brière, F. N., Rohde, P., Seeley, J. R., Klein, D., & Lewinsohn, P. M. (2014). Comorbidity between major depression and alcohol use disorder from adolescence to adulthood. *Comprehensive psychiatry, 55*(3), 526-533.
- Broc, G. (2016). *Stats Faciles avec R*. De Boeck Supérieur.
- Brousse, C., Massé, E., & de La Rochère, B. (2006). *L enquête sans-domicile 2001*. Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques.
- Brown, S. A., Kramer, K., Lewno, B., Dumas, L., Sacchetti, G., & Powell, E. (2015). Correlates of self-stigma among individuals with substance use problems. *International Journal of Mental Health and Addiction, 13*(6), 687-698.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Brown, T. A. (2015). *Confirmatory factor analysis for applied research*. Guilford publications.
- Brun, S., & Simon, P. (2020). L'invisibilité des minorités dans les chiffres du Coronavirus : Le détour par la Seine-Saint-Denis. *De facto*, 19, 68-78.
- Burke, S. E., Calabrese, S. K., Dovidio, J. F., Levina, O. S., Uusküla, A., Niccolai, L. M., Abel-Ollo, K., & Heimer, R. (2015). A tale of two cities : Stigma and health outcomes among people with HIV who inject drugs in St. Petersburg, Russia and Kohtla-Järve, Estonia. *Social Science & Medicine*, 130, 154-161.
- Callahan, S., & Chabrol, H. (2013). Historique et définitions de la notion de coping. *Mécanismes de défense et coping*, 2, 159-171.
- Camp, D. L., Finlay, W. M. L., & Lyons, E. (2002). Is low self-esteem an inevitable consequence of stigma? An example from women with chronic mental health problems. *Social science & medicine*, 55(5), 823-834.
- Can, G., & Tanriverdi, D. (2015). Social functioning and internalized stigma in individuals diagnosed with substance use disorder. *Archives of Psychiatric Nursing*, 29(6), 441-446.
- Cannon, W. B. (1927). The James-Lange Theory of Emotions : A Critical Examination and an Alternative Theory. *The American Journal of Psychology*, 39(1/4), 106-124. JSTOR. <https://doi.org/10.2307/1415404>
- Carter, A., Gilbert, P., & Kirby, J. N. (2021). Compassion-focused therapy for body weight shame : A mixed methods pilot trial. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 28(1), 93-108. <https://doi.org/10.1002/cpp.2488>

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Carvalho, A. F., Heilig, M., Perez, A., Probst, C., & Rehm, J. (2019). Alcohol use disorders. *The Lancet*, *394*(10200), 781-792.
- Casas, M. (2014). *Chapitre 1. Introduction à la notion de comorbidité et concept de dual diagnosis*. Dunod. <https://www.cairn.info/addictions-et-comorbidites--9782100713011-page-1.htm>
- Cavelti, M., Kvrjic, S., Beck, E.-M., Rüsçh, N., & Vauth, R. (2012). Self-stigma and its relationship with insight, demoralization, and clinical outcome among people with schizophrenia spectrum disorders. *Comprehensive psychiatry*, *53*(5), 468-479.
- Chan, K. K., & Mak, W. W. (2014). The mediating role of self-stigma and unmet needs on the recovery of people with schizophrenia living in the community. *Quality of Life Research*, *23*(9), 2559-2568.
- Charlet, K., Schlagenhaut, F., Richter, A., Naundorf, K., Dornhof, L., Weinfurtner, C. E., König, F., Walaszek, B., Schubert, F., & Müller, C. A. (2014). Neural activation during processing of aversive faces predicts treatment outcome in alcoholism. *Addiction biology*, *19*(3), 439-451.
- Charrel, C.-L., Cuervo-Lombard, C.-V., Miron, M., Fruntes, V., Béra-Potelle, C., & Limosin, F. (2010). Alcohol dependence in women : Difficulty of its assessment in general practice. *Journal of Women's Health*, *19*(2), 343-348.
- Chio, F. H., Mak, W. W., Chan, R. C., & Tong, A. C. (2018). Unraveling the insight paradox : One-year longitudinal study on the relationships between insight, self-stigma, and life satisfaction among people with schizophrenia spectrum disorders. *Schizophrenia Research*, *197*, 124-130.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Chronister, J., Chou, C.-C., & Liao, H.-Y. (2013). The role of stigma coping and social support in mediating the effect of societal stigma on internalized stigma, mental health recovery, and quality of life among people with serious mental illness. *Journal of Community Psychology, 41*(5), 582-600.
- Claisse, C. (2017). *Etudes des mécanismes de régulation émotionnelle chez les individus alcool-dépendants abstinents à l'alcool à court et à long terme* (Numéro 2017LIL30008) [Theses, Université Charles de Gaulle - Lille III]. <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-01629417>
- Collins, S. E. (2016). Associations Between Socioeconomic Factors and Alcohol Outcomes. *Alcohol Research: Current Reviews, 38*(1), 83-94.
- Com-Ruelle, L., Dourgnon, P., Jusot, F., & Lengagne, P. (2008). Prévalence et facteurs socio-économiques associés aux problèmes d'alcool en population générale en France. *Paris: IRDES, 100*.
- Congard, A. (2007). *Approche longitudinale de la variabilité interindividuelle et intra-individuelle des affects: Vers une meilleure compréhension de l'interaction entre personnalité et évènements de vie* [PhD Thesis]. Aix-Marseille 1.
- Conger, J. J. (1956). II. Reinforcement theory and the dynamics of alcoholism. *Quarterly journal of studies on alcohol, 17*(2), 296-305.
- Connor, J. P., Haber, P. S., & Hall, W. D. (2016). Alcohol use disorders. *The Lancet, 387*(10022), 988-998.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Conrad, S., Garrett, L. E., Cooksley, W. G. E., Dunne, M. P., & MacDonald, G. A. (2006). Living with chronic hepatitis C means you just haven't got a normal life any more'. *Chronic Illness, 2*(2), 121-131.
- Constant, A., Sherlaw, W., & Kovess-Masfety, V. (2017). Seeking mental health care from private health practitioners among individuals with alcohol dependence/abuse; results from a study in the French general population. *Alcohol, 59*, 1-6.
- Cooke, M. A., Peters, E. R., Greenwood, K. E., Fisher, P. L., Kumari, V., & Kuipers, E. (2007). Insight in psychosis : Influence of cognitive ability and self-esteem. *The British Journal of Psychiatry, 191*(3), 234-237.
- Cooper, M., Frone, M., Russell, & Mudar, P. (1995). Drinking to regulate positive and negative emotions : A motivational model of alcohol use. *Journal of Personality and Social Psychology, 69*(5). <https://doi.org/10.1037//0022-3514.69.5.990>
- COPAAH. (2014). *Troubles cognitifs de l'usage d'alcool et troubles cognitifs : Mise au point du groupe de travail de collège professionnels. 36*(4), 335-373.
- Coriale, G., Fiorentino, D., De Rosa, F., Solombrino, S., Scalese, B., Ciccarelli, R., Attilia, F., Vitali, M., Musetti, A., & Fiore, M. (2018). Treatment of alcohol use disorder from a psychological point of view. *Rivista di Psichiatria, 53*(3), 141-148.
- Correll, J., & Park, B. (2005). A model of the ingroup as a social resource. *Personality and Social Psychology Review, 9*(4), 341-359.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Corrigan, P., & Bink, A. B. (2005). *On the stigma of mental illness*. American Psychological Association.
- Corrigan, P., Kerr, A., & Knudsen, L. (2005). The stigma of mental illness : Explanatory models and methods for change. *Applied and Preventive Psychology, 11*(3), 179-190.
- Corrigan, P., Kosyluk, K. A., & Rüscher, N. (2013). Reducing self-stigma by coming out proud. *American journal of public health, 103*(5), 794-800.
- Corrigan, P., Larson, J. E., & Ruesch, N. (2009). Self-stigma and the "why try" effect : Impact on life goals and evidence-based practices. *World psychiatry, 8*(2), 75.
- Corrigan, P., Markowitz, F. E., & Watson, A. C. (2004). Structural levels of mental illness stigma and discrimination. *Schizophrenia bulletin, 30*(3), 481-491.
- Corrigan, P., Michaels, P. J., Vega, E., Gause, M., Watson, A. C., & Rüscher, N. (2012). Self-stigma of mental illness scale--short form : Reliability and validity. *Psychiatry Research, 199*(1), 65-69.
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2012.04.009>
- Corrigan, P., & Rao, D. (2012). On the self-stigma of mental illness : Stages, disclosure, and strategies for change. *The Canadian Journal of Psychiatry, 57*(8), 464-469.
- Corrigan, P., River, L. P., Lundin, R. K., Wasowski, K. U., Campion, J., Mathisen, J., Goldstein, H., Bergman, M., Gagnon, C., & Kubiak, M. A. (2000). Stigmatizing attributions about mental illness. *Journal of Community Psychology, 28*(1), 91-102.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Corrigan, P., & Watson, A. C. (2002). The paradox of self-stigma and mental illness. *Clinical psychology: Science and practice*, 9(1), 35.
- Corrigan, P., Watson, A. C., & Barr, L. (2006a). The self-stigma of mental illness : Implications for self-esteem and self-efficacy. *Journal of social and clinical psychology*, 25(8), 875-884.
- Corrigan, P., Watson, A. C., & Barr, L. (2006b). The self-stigma of mental illness : Implications for self-esteem and self-efficacy. *Journal of social and clinical psychology*, 25(8), 875-884.
- Corrigan, P., Watson, A. C., Byrne, P., & Davis, K. E. (2005). Mental illness stigma : Problem of public health or social justice? *Social Work*, 50(4), 363-368.
- Corrigan, P., Watson, A. C., Heyrman, M. L., Warpinski, A., Gracia, G., Slopen, N., & Hall, L. L. (2005). Structural stigma in state legislation. *Psychiatric Services*, 56(5), 557-563.
- Corrigan, P., Watson, A. C., & Miller, F. E. (2006). Blame, shame, and contamination : The impact of mental illness and drug dependence stigma on family members. *Journal of family psychology*, 20(2), 239.
- Cosnier, J. (2006). Psychologie des émotions et sentiments, 3 ème version revue et actualisée. En ligne <http://icar.univ-lyon2.fr/membres/jcosnier>.
- Costa, M. (2019). *Accès aux soins pour les personnes ayant des troubles liés à la consommation d'alcool : Pratiques, perceptions et vécus dans un contexte d'évolution thérapeutique* [PhD Thesis]. Aix-Marseille.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Couteron, J.-P. (2019). Chapitre 10. Le concept d'addiction. In *Addictologie: Vol. 3e éd.* (p. 107-117). Dunod; Cairn.info.
<https://doi.org/10.3917/dunod.morel.2019.01.0107>
- Crapanzano, K. A., Hammarlund, R., Ahmad, B., Hunsinger, N., & Kullar, R. (2019). The association between perceived stigma and substance use disorder treatment outcomes : A review. *Substance abuse and rehabilitation, 10*, 1.
- Creplet, S. (2018). *Dépistage et prise en charge du mésusage d'alcool en médecine générale : Étude qualitative auprès de médecins généralistes de la région Occitanie* [PhD Thesis].
- Crisp, A. H., Gelder, M. G., Rix, S., Meltzer, H. I., & Rowlands, O. J. (2000). Stigmatisation of people with mental illnesses. *The British journal of psychiatry, 177*(1), 4-7.
- Cuddy, A. J. C., Fiske, S. T., & Glick, P. (2008). Warmth and Competence as Universal Dimensions of Social Perception : The Stereotype Content Model and the BIAS Map. In *Advances in Experimental Social Psychology* (Vol. 40, p. 61-149). Academic Press. [https://doi.org/10.1016/S0065-2601\(07\)00002-0](https://doi.org/10.1016/S0065-2601(07)00002-0)
- Cumming, C., Troeung, L., Young, J. T., Kelty, E., & Preen, D. B. (2016). Barriers to accessing methamphetamine treatment : A systematic review and meta-analysis. *Drug and alcohol dependence, 168*, 263-273.
- Cungi, C., & Nicole, S. (2014). *Faire face aux dépendances : Alcool, tabac, drogues, jeux, internet...* Retz.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Cunningham, J. A., & Breslin, F. C. (2004). Only one in three people with alcohol abuse or dependence ever seek treatment. *Addictive behaviors, 29*(1), 221-223.
- Curry, S., Marlatt, G. A., & Gordon, J. R. (1987). Abstinence violation effect : Validation of an attributional construct with smoking cessation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 55*(2), 145.
- Damasio, A. (2001). Fundamental feelings. *Nature, 413*(6858), 781-781.
- Damasio, A. R. (1999). *Sentiment même de soi (Le) : Corps, émotions, conscience*. Odile Jacob.
- Damasio, A. R. (2004). Emotions and feelings. *Feelings and emotions: The Amsterdam symposium, 49-57*.
- Damasio, A. R. (2006). *L'Erreur de Descartes : La raison des émotions*. Odile Jacob.
- Darwin, C. (1872). *The expression of the emotions in man and animals* (p. vi, 374). John Murray. <https://doi.org/10.1037/10001-000>
- da Silveira, P. S., Casela, A. L. M., Monteiro, É. P., Ferreira, G. C. L., de Freitas, J. V. T., Machado, N. M., Noto, A. R., & Ronzani, T. M. (2018). Psychosocial understanding of self-stigma among people who seek treatment for drug addiction. *Stigma and Health, 3*(1), 42.
- Davidson, R. J. (1994). *Temperament, affective style, and frontal lobe asymmetry*.
- Day, C., Ross, J., & Dolan, K. (2003). Hepatitis C-related discrimination among heroin users in Sydney : Drug user or hepatitis C discrimination? *Drug and Alcohol Review, 22*(3), 317-321.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Dearing, R. L., Stuewig, J., & Tangney, J. P. (2005). On the importance of distinguishing shame from guilt : Relations to problematic alcohol and drug use. *Addictive behaviors, 30*(7), 1392-1404.
- Debell, F., Fear, N. T., Head, M., Batt-Rawden, S., Greenberg, N., Wessely, S., & Goodwin, L. (2014). A systematic review of the comorbidity between PTSD and alcohol misuse. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology, 49*(9), 1401-1425.
- Deilamizade, A., Moghanibashi-Mansourieh, A., Mohammadian, A., & Puyan, D. (2019). The sources of stigma and the impacts on Afghan refugees with substance abuse disorders : A qualitative study in Iran. *Journal of ethnicity in substance abuse.*
- Dervaux, A., Krebs, M. O., & Laqueille, X. (2013). Alcohol use disorders in patients seeking treatment for cannabis dependence : Clinical characteristics. *Alcohol and Alcoholism, 48*(Suppl 1), i40.
- Dervaux, A., & Laqueille, X. (2018). Comorbidités psychiatriques de l'alcoolodépendance. *La Presse Médicale, 47*(6), 575-585.
<https://doi.org/10.1016/j.lpm.2018.01.005>
- DeSteno, D., Petty, R. E., Rucker, D. D., Wegener, D. T., & Braverman, J. (2004). Discrete emotions and persuasion : The role of emotion-induced expectancies. *Journal of personality and social psychology, 86*(1), 43.
- Dodge, T., & Clarke, P. (2018). Testing weight motives and guilt/shame as mediators of the relationship between alcohol use and physical activity. *Addictive Behaviors, 77*, 131-136.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Dovidio, J. F., Hewstone, M., Glick, P., & Esses, V. M. (2010). Prejudice, stereotyping and discrimination : Theoretical and empirical overview. *Prejudice, stereotyping and discrimination*, 3-28.
- Dubey, S., Biswas, P., Ghosh, R., Chatterjee, S., Dubey, M. J., Chatterjee, S., Lahiri, D., & Lavie, C. J. (2020). Psychosocial impact of COVID-19. *Diabetes & Metabolic Syndrome: clinical research & reviews*, 14(5), 779-788.
- Dumont, A., Turner, S., Batel, P., Darbeda, S., Kalamarides, S., & Lejoyeux, M. (2016). Le déficit de la régulation émotionnelle chez les patients addicts. *Alcoologie et Addictologie*, 38(1), 71-77.
- Dupont, J.-C., & Naassila, M. (2016). Une brève histoire de l'addiction. *Alcoologie et addictologie*, 38(2), 93-102.
- Duval, C., Piolino, P., Bejanin, A., Laisney, M., Eustache, F., & Desgranges, B. (2016). *La théorie de l'esprit : Aspects conceptuels, évaluation et effets de l'âge* Theory of mind: concepts, assessment and age effects.
- Earnshaw, V. A., Bogart, L. M., Dovidio, J. F., & Williams, D. R. (2013). Stigma and racial/ethnic HIV disparities : Moving toward resilience. *The American Psychologist*, 68(4), 225-236. <https://doi.org/10.1037/a0032705>
- Earnshaw, V. A., Smith, L. R., Cunningham, C. O., & Copenhaver, M. M. (2015). Intersectionality of internalized HIV stigma and internalized substance use stigma : Implications for depressive symptoms. *Journal of health psychology*, 20(8), 1083-1089.
- Edwards, G., & Gross, M. M. (1976). Alcohol dependence : Provisional description of a clinical syndrome. *British medical journal*, 1(6017), 1058.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Egan, K. K., Jørgensen, M. B., Christensen, A. I., Bramming, M., Lau, C. J., Becker, U., & Tolstrup, J. S. (2021). Association between alcohol, socioeconomic position and labour market participation : A prospective cohort study of transitions between work and unemployment. *Scandinavian Journal of Public Health, 49*(2), 197-205. <https://doi.org/10.1177/1403494820911802>
- Ekman, P. (1982). *Emotion in the human face*. Cambridge University Press ; Editions de la Maison des Sciences de l'Homme.
- Elliott, A. J., & Chapman, S. (2000). Heroin hell their own making ` : Construction of heroin users in the Australian press 1992–97. *Drug and Alcohol Review, 19*(2), 191-201.
- Engel, G. L. (1978). The biopsychosocial model and the education of health professionals. *Annals of the New York Academy of Sciences, 310*, 169-187. <https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.1978.tb22070.x>
- Estèbe, P. (2018). Seine-Saint-Denis : Le sas et la nasse. *Tous urbains, 22*(2), 34-43.
- Eylem, O., de Wit, L., van Straten, A., Steubl, L., Melissourgaki, Z., Danışman, G. T., de Vries, R., Kerkhof, A. J. F. M., Bhui, K., & Cuijpers, P. (2020). Stigma for common mental disorders in racial minorities and majorities a systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health, 20*(1), 879. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-08964-3>
- Falissard, B. (2008). *Mesurer la subjectivité en santé : Perspective méthodologique et statistique*. Elsevier Masson.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Fazel, S., Khosla, V., Doll, H., & Geddes, J. (2008). The prevalence of mental disorders among the homeless in western countries : Systematic review and meta-regression analysis. *PLoS medicine*, *5*(12), e225.
- Fehr, B., & Russell, J. A. (1984). Concept of emotion viewed from a prototype perspective. *Journal of experimental psychology: General*, *113*(3), 464.
- Ferguson, T. J., & Stegge, H. (1998). Measuring guilt in children : A rose by any other name still has thorns. In *Guilt and children* (p. 19-74). Elsevier.
- Ferguson, T. J., Stegge, H., & Damhuis, I. (1991). Children's understanding of guilt and shame. *Child development*, *62*(4), 827-839.
- Field, A. P., & Miles, J. (2009). *Discovering statistics using SPSS:(and sex and drugs and rock'n'roll)*.
- Firmin, R. L., Luther, L., Lysaker, P. H., Minor, K. S., & Salyers, M. P. (2016). Stigma resistance is positively associated with psychiatric and psychosocial outcomes : A meta-analysis. *Schizophrenia research*, *175*(1-3), 118-128.
- Fischer, G.-N. (2020). *Les concepts fondamentaux de la psychologie sociale-6e éd.* Dunod.
- Fiske, S. T. (2012). Warmth and competence : Stereotype content issues for clinicians and researchers. *Canadian Psychology/Psychologie canadienne*, *53*(1), 14-20. <https://doi.org/10.1037/a0026054>
- Fiske, S. T., Cuddy, A. J. C., & Glick, P. (2007). Universal dimensions of social cognition : Warmth and competence. *Trends in Cognitive Sciences*, *11*(2), 77-83. <https://doi.org/10.1016/j.tics.2006.11.005>
- Flanagan, O. (2013). The shame of addiction. *Frontiers in Psychiatry*, *4*, 120.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Fleischmann, A., Fuhr, D., Poznyak, V., & Rekve, D. (2011). *World Health Organization Global Status Report on Alcohol and Health 2011*.
- Flom, P. L., Friedman, S. R., Kottiri, B. J., Neaigus, A., Curtis, R., Des Jarlais, D. C., Sandoval, M., & Zenilman, J. M. (2001). Stigmatized Drug Use, Sexual Partner Concurrency, and Other Sex Risk Network and Behavior Characteristics of 78-to 24-Year-Old Youth in a High-Risk Neighborhood. *Sexually transmitted diseases*, 598-607.
- Fortin, G. (2020). *Les relations entre l'auto-stigmatisation, l'estime de soi, l'auto-efficacité et le rétablissement chez les personnes ayant des troubles mentaux : Une étude corrélacionnelle* [PhD Thesis]. Université du Québec à Chicoutimi.
- Fossum, M. A., & Mason, M. J. (1989). *Facing Shame : Families in Recovery*. W. W. Norton & Company.
- Frale, D. E., Wortman, C., & Joseph, J. (1997). Predicting self-esteem, well-being, and distress in a cohort of gay men : The importance of cultural stigma, personal visibility, community networks, and positive identity. *Journal of personality*, 65(3), 599-624.
- Frank, D. (2011). The trouble with morality : The effects of 12-step discourse on addicts' decision-making. *Journal of psychoactive drugs*, 43(3), 245-256.
- Freeman-McGuire, M. G. (2010). *An investigation into the barriers to treatment and factors leading to treatment and long-term recovery from substance abuse among registered nurses* [PhD Thesis]. Fielding Graduate University.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Freidl, M., Piralic Spitzl, S., & Aigner, M. (2008). How depressive symptoms correlate with stigma perception of mental illness. *International Review of Psychiatry, 20*(6), 510-514.
- Frijda, N. H. (1986). *The emotions*. Cambridge University Press.
- Fung, H. (1999). Becoming a moral child : The socialization of shame among young Chinese children. *Ethos, 27*(2), 180-209.
- Fung, K. M., Tsang, H. W., & Cheung, W.-M. (2011). Randomized controlled trial of the self-stigma reduction program among individuals with schizophrenia. *Psychiatry research, 189*(2), 208-214.
- Gache, P., Michaud, P., Landry, U., Accietto, C., Arfaoui, S., Wenger, O., & Daeppen, J.-B. (2005). The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) as a screening tool for excessive drinking in primary care : Reliability and validity of a French version. *Alcoholism: Clinical and experimental research, 29*(11), 2001-2007.
- Gatignon, H. (2014). Confirmatory factor analysis. In *Statistical analysis of management data* (p. 77-154). Springer.
- Gavin, D. R., Ross, H. E., & Skinner, H. A. (1989). Diagnostic validity of the drug abuse screening test in the assessment of DSM-III drug disorders. *British journal of addiction, 84*(3), 301-307.
- Gavriel-Fried, B., & Rabayov, T. (2017). Similarities and Differences between Individuals Seeking Treatment for Gambling Problems vs. Alcohol and Substance Use Problems in Relation to the Progressive Model of Self-

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- stigma. *Frontiers in Psychology*, 8.
<https://www.frontiersin.org/article/10.3389/fpsyg.2017.00957>
- Gehm, T. L., & Scherer, K. R. (1988). *Factors determining the dimensions of subjective emotional space*.
- Giguère, B., Lalonde, R. N., & Taylor, D. M. (2014). Drinking too much and feeling bad about it? How group identification moderates experiences of guilt and shame following norm transgression. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 40(5), 617-632.
- Gilbert, P. (2000). The relationship of shame, social anxiety and depression : The role of the evaluation of social rank. *Clinical Psychology & Psychotherapy: An International Journal of Theory & Practice*, 7(3), 174-189.
- Gizewski, E. R., Müller, B. W., Scherbaum, N., Lieb, B., Forsting, M., Wiltfang, J., Leygraf, N., & Schiffer, B. (2013). The impact of alcohol dependence on social brain function. *Addiction biology*, 18(1), 109-120.
- Glass, J. E., Rathouz, P. J., Gattis, M., Joo, Y. S., Nelson, J. C., & Williams, E. C. (2017). Intersections of poverty, race/ethnicity, and sex : Alcohol consumption and adverse outcomes in the United States. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 52(5), 515-524.
<https://doi.org/10.1007/s00127-017-1362-4>
- Goetz, J. L., & Keltner, D. (2007). Shifting meanings of self-conscious emotions across cultures. *The self-conscious emotions: Theory and research*, 153-173.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Goffman, E. (1963). Stigma and social identity. *Understanding deviance: Connecting classical and contemporary perspectives*, 256, 265.
- Gomez, H., & Ostermann, G. (2015). *Les représentations de l'alcoolique. Images et préjugés*. Érès; Cairn.info. <https://www.cairn.info/les-representations-de-l-alcoolique--9782749246208.htm>
- Grant, B. F., Saha, T. D., Ruan, W. J., Goldstein, R. B., Chou, S. P., Jung, J., Zhang, H., Smith, S. M., Pickering, R. P., & Huang, B. (2016). Epidemiology of DSM-5 drug use disorder : Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions–III. *JAMA psychiatry*, 73(1), 39-47.
- Graziani, P., & Romo, L. (2013). *Soigner les addictions par les TCC*. Elsevier Masson.
- Greenwald, A. G., Poehlman, T. A., Uhlmann, E. L., & Banaji, M. R. (2009). Understanding and using the Implicit Association Test : III. Meta-analysis of predictive validity. *Journal of personality and social psychology*, 97(1), 17.
- Grenier, C. (2015). *Exploration des processus d'auto-stigmatisation, d'auto-déshumanisation et d'identification au groupe dans l'alcoolodépendance, et influence sur la rechute*.
- Gross, J. J. (1999). Emotion regulation : Past, present, future. *Cognition and Emotion*, 13(5), 551-573. <https://doi.org/10.1080/026999399379186>
- Gross, J. J., & John, O. P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes : Implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of personality and social psychology*, 85(2), 348.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Gross, J. J., Richards, J. M., & John, O. P. (2006). *Emotion regulation in everyday life*.
- Grover, S., Sahoo, S., Chakrabarti, S., & Avasthi, A. (2018). Association of internalized stigma and insight in patients with schizophrenia. *International Journal of Culture and Mental Health, 11*(3), 338-350.
- Gruenewald, T. L., Kemeny, M. E., Aziz, N., & Fahey, J. L. (2004). Acute threat to the social self : Shame, social self-esteem, and cortisol activity. *Psychosomatic medicine, 66*(6), 915-924.
- Grunze, H., Schaefer, M., Scherk, H., Born, C., & Preuss, U. W. (2021). Comorbid Bipolar and Alcohol Use Disorder—A Therapeutic Challenge. *Frontiers in Psychiatry, 12*, 660432. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.660432>
- Grynberg, D., de Timary, P., Van Heuverswijn, A., & Maurage, P. (2017). Prone to feel guilty : Self-evaluative emotions in alcohol-dependence. *Drug and Alcohol Dependence, 179*, 78-82.
<https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2017.06.030>
- Guérin, S., Laplanche, A., Dunant, A., & Hill, C. (2013). Mortalité attribuable à l'alcool en France en 2009. *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire, n°16-17-18*, 163-168.
- Guignard, R., Beck, F., & Obradovic, I. (2009). Prise en charge des addictions par les médecins généralistes. *Baromètre santé médecins généralistes*, 177-201.
- Guilbaud, O., Loas, G., Corcos, M., Speranza, M., Stephan, P., Perez-Diaz, F., Venisse, J. L., Guelfi, J. D., Bizouard, P., & Lang, F. (2002). Alexithymia in

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- addictive behaviors and in healthy subjects : Results of a study in French speaking subjects. *Annales Medico-Psychologiques*, 160(1), 77-84.
- Guillem, E., Arbabzadeh-Bouchez, S., Vorspan, F., & Bellivier, F. (2015). Comorbidités chez 207 usagers de cannabis en consultation jeunes consommateurs. *L'Encéphale*, 41, S7-S12.
- Gupta, P., Panda, U., Parmar, A., & Bhad, R. (2019). Internalized stigma and its correlates among treatment seeking opium users in India : A cross-sectional observational study. *Asian Journal of Psychiatry*, 39, 86-90.
- Gureje, O., Harvey, C., & Herrman, H. (2004). Self-esteem in patients who have recovered from psychosis : Profile and relationship to quality of life. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 38(5), 334-338.
- Hair, J., Anderson, R., Tatham, R., & Black, W. (1995). *Multivariate data analysis*. New Jersey: Prentice-Hall Inc.
- Hambleton, R. K., Merenda, P. F., & Spielberger, C. D. (2005). Issues, designs, and technical guidelines for adapting tests into multiple languages and cultures. *Adapting educational and psychological tests for cross-cultural assessment*, 1, 3-38.
- Hammarlund, R., Crapanzano, K. A., Luce, L., Mulligan, L., & Ward, K. M. (2018). Review of the effects of self-stigma and perceived social stigma on the treatment-seeking decisions of individuals with drug-and alcohol-use disorders. *Substance abuse and rehabilitation*, 9, 115.
- Harder, D. W. (1995). *Shame and guilt assessment, and relationships of shame-and guilt-proneness to psychopathology*.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Harder, D. W., Lewis, S. J., Butcher, J. N., & Spielberger, C. D. (1987). The assessment of shame and guilt. *Advances in personality assessment, 6*, 89-114.
- Harnish, A., Corrigan, P., Byrne, T., Pinals, D. A., Rodrigues, S., & Smelson, D. (2016). Substance use and mental health stigma in veterans with co-occurring disorders. *Journal of dual diagnosis, 12*(3-4), 238-243.
- Hasin, D. S. (2012). Combining abuse and dependence in DSM-5. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs, 73*(4), 702-704.
- Hasson-Ohayon, I. (2018). Overlap and distinction between measures of insight and self-stigma. *Psychiatry Research, 266*, 47-64.
- Hayes, A. F. (2009). Beyond Baron and Kenny : Statistical mediation analysis in the new millennium. *Communication monographs, 76*(4), 408-420.
- Hazif-Thomas, C., & Thomas, P. (2008). Sujet âgé, séparation et addiction à l'alcool : Éviter la cassure de la relation à l'environnement. *NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie, 8*(45), 15-22.
<https://doi.org/10.1016/j.npg.2008.04.007>
- Heine, S. J., Kitayama, S., Lehman, D. R., Takata, T., Ide, E., Leung, C., & Matsumoto, H. (2001). Divergent consequences of success and failure in japan and north america : An investigation of self-improving motivations and malleable selves. *Journal of personality and social psychology, 81*(4), 599.
- Henson, J. M., Reise, S. P., & Kim, K. H. (2007). Detecting mixtures from structural model differences using latent variable mixture modeling : A

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- comparison of relative model fit statistics. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, 14(2), 202-226.
- Hequembourg, A. L., & Dearing, R. L. (2013). Exploring shame, guilt, and risky substance use among sexual minority men and women. *Journal of homosexuality*, 60(4), 615-638.
- Herek, G. M., Capitanio, J. P., & Widaman, K. F. (2003). Stigma, social risk, and health policy : Public attitudes toward HIV surveillance policies and the social construction of illness. *Health psychology*, 22(5), 533.
- Hesse, C., & Duhamel, G. (2014). Evaluation du dispositif médicosocial de prise en charge des conduites addictives. *Paris: Inspection Générale des Affaires Sociales*.
- Hill, J. V., & Leeming, D. (2014). Reconstructing 'the alcoholic' : Recovering from alcohol addiction and the stigma this entails. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 12(6), 759-771.
- Hilton, J. L., & Von Hippel, W. (1996). Stereotypes. *Annual review of psychology*, 47(1), 237-271.
- Hooper, D., Coughlan, J., & Mullen, M. (2008). Evaluating model fit : A synthesis of the structural equation modelling literature. *7th European Conference on research methodology for business and management studies*, 195-200.
- Hopwood, M., Treloar, C., & Bryant, J. (2006). Hepatitis C and injecting-related discrimination in New South Wales, Australia. *Drugs: education, prevention and policy*, 13(1), 61-75.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Howard, H. (2015). Reducing stigma : Lessons from opioid-dependent women. *Journal of Social Work Practice in the Addictions, 15*(4), 418-438.
- Hu, L., & Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis : Conventional criteria versus new alternatives. *Structural equation modeling: a multidisciplinary journal, 6*(1), 1-55.
- Hunt, G. E., Large, M. M., Cleary, M., Lai, H. M. X., & Saunders, J. B. (2018). Prevalence of comorbid substance use in schizophrenia spectrum disorders in community and clinical settings, 1990–2017 : Systematic review and meta-analysis. *Drug and alcohol dependence, 191*, 234-258.
- Huss, M. (1849). *Alcoholismus chronicus eller chronisk alkoholssjukdom : Ett bidrag till dyskrasiernas kännedom; enligt egen och andras erfarenhet.*
- INSERM. (2003). *Dommages sociaux, abus et dépendance. Expertise collective.* 537.
- INSERM. (2021). *Alcool & Santé · Inserm, La science pour la santé.* Inserm. <https://www.inserm.fr/dossier/alcool-sante/>
- Izard, C. E. (1977). Differential emotions theory. In *Human emotions* (p. 43-66). Springer.
- Izard, C. E. (1991). *The psychology of emotions* (p. xx, 451). Plenum Press. <https://doi.org/10.1007/978-1-4899-0615-1>
- Izard, C. E., Ackerman, B. P., Schoff, K. M., & Fine, S. E. (2000). Self-organization of discrete emotions, emotion patterns, and emotion–cognition relations. In *Emotion, development, and self-organization : Dynamic systems approaches*

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- to emotional development* (p. 15-36). Cambridge University Press.
<https://doi.org/10.1017/CBO9780511527883.003>
- Izard, C. E., Ackerman, B. P., & Schultz, D. (1999). Independent emotions and consciousness: Self-consciousness and dependent emotions. *At play in the fields of consciousness: Essays in honor of Jerome L. Singer*, 83-102.
- Jacobs, L. (2014). 'Bad'mothers have alcohol use disorder: Moral panic or brief intervention? *Gender and Behaviour*, 12(1), 5971-5979.
- Jakobsson, A., Hensing, G., & Spak, F. (2008). The role of gendered conceptions in treatment seeking for alcohol problems. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 22(2), 196-202.
- Jankowski, K. F., & Takahashi, H. (2014). Cognitive neuroscience of social emotions and implications for psychopathology: Examining embarrassment, guilt, envy, and schadenfreude. *Psychiatry and clinical neurosciences*, 68(5), 319-336.
- Jennings, K. S., Cheung, J. H., Britt, T. W., Goguen, K. N., Jeffirs, S. M., Peasley, A. L., & Lee, A. C. (2015). How are perceived stigma, self-stigma, and self-reliance related to treatment-seeking? A three-path model. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 38(2), 109-116. <https://doi.org/10.1037/prj0000138>
- Johannson, A., Vorobjov, S., Heimer, R., Dovidio, J. F., & Uusküla, A. (2017). The role of internalized stigma in the disclosure of injecting drug use among people who inject drugs and self-report as HIV-positive in Kohtla-Järve, Estonia. *AIDS and Behavior*, 21(4), 1034-1043.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Johnson, D. P., Penn, D. L., Fredrickson, B. L., Kring, A. M., Meyer, P. S., Catalino, L. I., & Brantley, M. (2011). A pilot study of loving-kindness meditation for the negative symptoms of schizophrenia. *Schizophrenia research, 129*(2-3), 137-140.
- Junna, L., Moustgaard, H., & Martikainen, P. (2021). Unemployment from stable, downsized and closed workplaces and alcohol-related mortality. *Addiction (Abingdon, England), 116*(1), 74-82. <https://doi.org/10.1111/add.15106>
- Kadam, P., & Bhalerao, S. (2010). Sample size calculation. *International journal of Ayurveda research, 1*(1), 55.
- Kaiser, H. F. (1974). An index of factorial simplicity. *psychometrika, 39*(1), 31-36.
- Karow, A., & Pajonk, F. G. (2006). Insight and quality of life in schizophrenia : Recent findings and treatment implications. *Current Opinion in Psychiatry, 19*(6), 637-641.
- Ketelaar, T., & Tung Au, W. (2003). The effects of feelings of guilt on the behaviour of uncooperative individuals in repeated social bargaining games : An affect-as-information interpretation of the role of emotion in social interaction. *Cognition and emotion, 17*(3), 429-453.
- Khantzian, E. J. (2003). The self-medication hypothesis revisited : The dually diagnosed patient. *Primary psychiatry, 10*(9), 47-54.
- Kilian, C., Manthey, J., Carr, S., Hanschmidt, F., Rehm, J., Speerforck, S., & Schomerus, G. (2021). Stigmatization of people with alcohol use disorders : An updated systematic review of population studies. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 45*(5), 899-911.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Kim, J., Amaev, A., Quilty, L. C., Selby, P., Shah, P., Caravaggio, F., Ueno, F., Pollock, B. G., Graff-Guerrero, A., & Gerretsen, P. (2021). A measure to assess illness awareness in problem gambling : Gambling awareness and insight scale (GAS). *Journal of Gambling Studies*, 1-15.
- King, M., Dinos, S., Shaw, J., Watson, R., Stevens, S., Passetti, F., Weich, S., & Serfaty, M. (2007). The Stigma Scale : Development of a standardised measure of the stigma of mental illness. *The British Journal of Psychiatry*, *190*(3), 248-254.
- Kitayama, S., Markus, H. R., & Matsumoto, H. (1995). *Culture, self, and emotion : A cultural perspective on " self-conscious" emotions*.
- Kleinginna, P. R., & Kleinginna, A. M. (1981). A categorized list of emotion definitions, with suggestions for a consensual definition. *Motivation and emotion*, *5*(4), 345-379.
- Klingemann, H. (2001). *L'alcool et ses conséquences sociales : La dimension oubliée*. Organisation mondiale de la Santé. Bureau régional de l'Europe.
- Kohn, R., Saxena, S., Levav, I., & Saraceno, B. (2004). The treatment gap in mental health care. *Bulletin of the World health Organization*, *82*, 858-866.
- Korb, S. (2014). Chapitre 8. La régulation des émotions. In *Traité de psychologie des émotions* (p. 270-299). Dunod; Cairn.info.
<https://doi.org/10.3917/dunod.sande.2014.01.0270>
- Kornreich, C., Philippot, P., Foisy, M.-L., Blairy, S., Raynaud, E., Dan, B., Hess, U., Noël, X., Pelc, I., & Verbanck, P. (2002). Impaired emotional facial

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- expression recognition is associated with interpersonal problems in alcoholism. *Alcohol and alcoholism*, 37(4), 394-400.
- Kposowa, A. J., & Breault, K. (2021). Disability Status, Unemployment, and Alcohol-Related Liver Disease (ALD) Mortality : A Large Sample Individual Level Longitudinal Study. *Substance Abuse and Rehabilitation*, 12, 81-88.
<https://doi.org/10.2147/SAR.S334851>
- Kulesza, M., Larimer, M. E., & Rao, D. (2013). Substance use related stigma : What we know and the way forward. *Journal of addictive behaviors, therapy & rehabilitation*, 2(2).
- Kurtz, M. M., Olfson, R. H., & Rose, J. (2013). Self-efficacy and functional status in schizophrenia : Relationship to insight, cognition and negative symptoms. *Schizophrenia research*, 145(1-3), 69-74.
- Kushner, M. G., Abrams, K., Thuras, P., Hanson, K. L., Brekke, M., & Sletten, S. (2005). Follow-up study of anxiety disorder and alcohol dependence in comorbid alcoholism treatment patients. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 29(8), 1432-1443.
<https://doi.org/10.1097/01.alc.0000175072.17623.f8>
- Lacoste, J., Michel, G., Rollier, S., & Charles-Nicolas, A. (2018). Cocaïne et cocaïnomanie. Enseignements récents et stratégies actuelles. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 176(8), 778-782.
- Lacoste, J., Pedrera-Melgire, M., Charles-Nicolas, A., & Ballon, N. (2010). Cocaïne et alcool : Des liaisons dangereuses. *La Presse Médicale*, 39(3), 291-302.
- Lancereaux, E. (1899). *Traité des maladies du foie et du pancréas*. Doin.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Lang, P. J. (1979). A bio-informational theory of emotional imagery.

Psychophysiology, *16*(6), 495-512.

Lange, C. G. (1885). The mechanism of the emotions. *The classical psychologists*,

672-684.

Lannin, D. G., Vogel, D. L., Brenner, R. E., Abraham, W. T., & Heath, P. J. (2016).

Does self-stigma reduce the probability of seeking mental health

information? *Journal of Counseling Psychology*, *63*(3), 351-358.

<https://doi.org/10.1037/cou0000108>

Laporte, A., Le Méner, E., & Chauvin, P. (2009). La santé mentale et les addictions

des personnes sans logement personnel. *Quelques éclairages issus d'une*

enquête de prévalence en Île-de-France. Les travaux de l'observatoire,

2010, 413-434.

Larsen, R. J., & Prizmic, Z. (2004). Affect regulation. *Handbook of self-regulation:*

Research, theory, and applications, 40-61.

Latalova, K., Kamaradova, D., & Prasko, J. (2014). Perspectives on perceived

stigma and self-stigma in adult male patients with depression.

Neuropsychiatric disease and treatment, *10*, 1399.

Lawrence, A. E., & Taft, C. T. (2013). Shame, posttraumatic stress disorder, and

intimate partner violence perpetration. *Aggression and Violent Behavior*,

18(2), 191-194.

Lazarus, R. S. (1991). Cognition and motivation in emotion. *American*

psychologist, *46*(4), 352.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Le Berre, A.-P. (2019). Emotional processing and social cognition in alcohol use disorder. *Neuropsychology, 33*(6), 808.
- Le Berre, A.-P., & Sullivan, E. V. (2016). Anosognosia for memory impairment in addiction : Insights from neuroimaging and neuropsychological assessment of metamemory. *Neuropsychology Review, 26*(4), 420-431.
<https://doi.org/10.1007/s11065-016-9323-3>
- Leach, C. W., & Cidam, A. (2015). When is shame linked to constructive approach orientation? A meta-analysis. *Journal of Personality and Social Psychology, 109*(6), 983.
- Lecoutre, M., & Garnot, B. (2011). *Ivresse et ivrognerie dans la France moderne*. Presses universitaires de Rennes.
- Leiderman, E. A., Vazquez, G., Berizzo, C., Bonifacio, A., Bruscoli, N., Capria, J. I., Ehrenhaus, B., Guerrero, M., Guerrero, M., & Lolich, M. (2011). Public knowledge, beliefs and attitudes towards patients with schizophrenia : Buenos Aires. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 46*(4), 281-290.
- Lejoyeux, M. (2009). *Addictologie*. Elsevier Masson.
- Lejoyeux, M. (2017). *Addictologie*. Elsevier Health Sciences.
- Lenhardt, R. A. (2004). Understanding the mark : Race, stigma, and equality in context. *NYUL Rev., 79*, 803.
- Lépine, J.-P., Godchau, M., Brun, P., & Lempérière, T. H. (1985). Évaluation de l'anxiété et de la dépression chez des patients hospitalisés dans un service de médecine interne. *Annales médico-psychologiques*.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Lewis, B. (1971). Shame and guilt in neurosis. *Psychoanalytic review*, *58*(3), 419-438.
- Lewis, M., Alessandri, S. M., & Sullivan, M. W. (1992). Differences in shame and pride as a function of children's gender and task difficulty. *Child development*, *63*(3), 630-638.
- Lewis, M., & Brooks-Gunn, J. (1979). Toward a theory of social cognition : The development of self. *New directions for child and adolescent development*, *1979*(4), 1-20.
- Lewis, M., & Ramsay, D. (2002). Cortisol response to embarrassment and shame. *Child Development*, *73*(4), 1034-1045. <https://doi.org/10.1111/1467-8624.00455>
- Li, L., Lin, C., Feng, N., Nguyen, D. B., Cao, W., Le, A. T., & Nguyen, A. T. (2020). Stigma related to HIV and drug use : Layers, types, and relations to mental health. *AIDS and Behavior*, *24*(8), 2347-2354.
- Lien, Y.-J., Chang, H.-A., Kao, Y.-C., Tzeng, N.-S., Lu, C.-W., & Loh, C.-H. (2018a). Insight, self-stigma and psychosocial outcomes in Schizophrenia : A structural equation modelling approach. *Epidemiology and psychiatric sciences*, *27*(2), 176-185.
- Lien, Y.-J., Chang, H.-A., Kao, Y.-C., Tzeng, N.-S., Lu, C.-W., & Loh, C.-H. (2018b). The impact of cognitive insight, self-stigma, and medication compliance on the quality of life in patients with schizophrenia. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, *268*(1), 27-38.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Lightfoot, E., Hill, K., & LaLiberte, T. (2010). The inclusion of disability as a condition for termination of parental rights. *Child Abuse & Neglect, 34*(12), 927-934.
- Limosin, F. (2014). Mésusages d'alcool : Les signaux d'alarme de l'épidémiologie. *L'Encéphale, 40*(2), 129-135.
- Lincoln, T. M., Lüllmann, E., & Rief, W. (2007). Correlates and long-term consequences of poor insight in patients with schizophrenia. A systematic review. *Schizophrenia bulletin, 33*(6), 1324-1342.
- Lindsay-Hartz, J., De Rivera, J., & Mascolo, M. F. (1995). *Differentiating guilt and shame and their effects on motivation.*
- Link, B. G., Cullen, F. T., Struening, E., Shrout, P. E., & Dohrenwend, B. P. (1989). A modified labeling theory approach to mental disorders : An empirical assessment. *American sociological review, 400-423.*
- Link, B. G., & Phelan, J. C. (2001). Conceptualizing stigma. *Annual review of Sociology, 27*(1), 363-385.
- Lippmann, W. (1922). *Stereotypes.*
- Lithari, C., Frantzidis, C. A., Papadelis, C., Vivas, A. B., Klados, M. A., Kourtidou-Papadeli, C., Pappas, C., Ioannides, A. A., & Bamidis, P. D. (2010). Are Females More Responsive to Emotional Stimuli? A Neurophysiological Study Across Arousal and Valence Dimensions. *Brain Topography, 23*(1), 27-40.
<https://doi.org/10.1007/s10548-009-0130-5>

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Livingston, J. D., & Boyd, J. E. (2010). Correlates and consequences of internalized stigma for people living with mental illness : A systematic review and meta-analysis. *Social science & medicine*, *71*(12), 2150-2161.
- Locke, G. W., Shilkret, R., Everett, J. E., & Petry, N. M. (2015). Interpersonal guilt and substance use in college students. *Substance abuse*, *36*(1), 113-118.
- Lucksted, A., Drapalski, A., Calmes, C., Forbes, C., DeForge, B., & Boyd, J. (2011). Ending self-stigma : Pilot evaluation of a new intervention to reduce internalized stigma among people with mental illnesses. *Psychiatric rehabilitation journal*, *35*(1), 51.
- Luminet, O. (2008). *Psychologie des émotions : Confrontation et évitement*. De Boeck Supérieur.
- Lundberg, B., Hansson, L., Wentz, E., & Björkman, T. (2007). Sociodemographic and clinical factors related to devaluation/discrimination and rejection experiences among users of mental health services. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, *42*(4), 295-300.
- Luoma, Chwyl, C., & Kaplan, J. (2019). Substance use and shame : A systematic and meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, *70*, 1-12.
- Luoma, J. B., Guinther, P. M., Lawless DesJardins, N. M., & Vilardaga, R. (2018). Is shame a proximal trigger for drinking? A daily process study with a community sample. *Experimental and clinical psychopharmacology*, *26*(3), 290.
- Luoma, J. B., Kohlenberg, B. S., Hayes, S. C., Bunting, K., & Rye, A. K. (2008). Reducing self-stigma in substance abuse through acceptance and

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- commitment therapy : Model, manual development, and pilot outcomes. *Addiction Research & Theory*, 16(2), 149-165.
- Luoma, J. B., Kohlenberg, B. S., Hayes, S. C., & Fletcher, L. (2012). Slow and steady wins the race : A randomized clinical trial of acceptance and commitment therapy targeting shame in substance use disorders. *Journal of consulting and clinical psychology*, 80(1), 43.
- Luoma, J. B., Nobles, R. H., Drake, C. E., Hayes, S. C., O'Hair, A., Fletcher, L., & Kohlenberg, B. S. (2013). Self-stigma in substance abuse : Development of a new measure. *Journal of psychopathology and behavioral assessment*, 35(2), 223-234.
- Luoma, J. B., O'Hair, A. K., Kohlenberg, B. S., Hayes, S. C., & Fletcher, L. (2010). The development and psychometric properties of a new measure of perceived stigma toward substance users. *Substance use & misuse*, 45(1-2), 47-57.
- Luoma, J., Guinther, P., Potter, J., & Cheslock, M. (2017). Experienced-based versus scenario-based assessments of shame and guilt and their relationship to alcohol consumption and problems. *Substance use & misuse*, 52(13), 1692-1700.
- Luoma, J., Twohig, M., Waltz, T., Hayes, S. C., Roget, N., Padilla, M., & Fisher, G. (2007). An investigation of stigma in individuals receiving treatment for substance abuse. *Addictive behaviors*, 32(7), 1331-1346.
- Lysaker, P. H., Roe, D., & Yanos, P. T. (2007). Toward understanding the insight paradox : Internalized stigma moderates the association between insight

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- and social functioning, hope, and self-esteem among people with schizophrenia spectrum disorders. *Schizophrenia bulletin*, *33*(1), 192-199.
- Lysaker, P. H., Tsai, J., Yanos, P., & Roe, D. (2008). Associations of multiple domains of self-esteem with four dimensions of stigma in schizophrenia. *Schizophrenia research*, *98*(1-3), 194-200.
- Lyu, K. Y., Lee, K., & Bejerano, I. L. (2017). Factors related to internalization of stigma for alcohol dependence among Korean men. *Social Behavior and Personality: an international journal*, *45*(1), 127-142.
- Maclean, P. D. (1952). Some psychiatric implications of physiological studies on frontotemporal portion of limbic system (visceral brain). *Electroencephalography & Clinical Neurophysiology*, *4*, 407-418.
[https://doi.org/10.1016/0013-4694\(52\)90073-4](https://doi.org/10.1016/0013-4694(52)90073-4)
- Mahmoud, A. S., & Berma, A. E. (2016). Patients' insight and felt stigma among psychiatric patients. *IOSR J Nurs Health Sci*, *5*(04), 20-27.
- Major, B., & O'Brien, L. T. (2005). The social psychology of stigma. *Annu. Rev. Psychol.*, *56*, 393-421.
- Mak, W. W., Chan, R. C., Wong, S. Y., Lau, J. T., Tang, W. K., Tang, A. K., Chiang, T. P., Cheng, S. K., Chan, F., & Cheung, F. M. (2017). A cross-diagnostic investigation of the differential impact of discrimination on clinical and personal recovery. *Psychiatric services*, *68*(2), 159-166.
- Mak, W. W., Ho, C. Y., Wong, V. U., Law, R. W., & Chan, R. C. (2015). Cultural model of self-stigma among Chinese with substance use problems. *Drug and Alcohol Dependence*, *155*, 83-89.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Mak, W. W., & Wu, C. F. (2006). Cognitive insight and causal attribution in the development of self-stigma among individuals with schizophrenia. *Psychiatric Services, 57*(12), 1800-1802.
- Malet, L., & Llorca, P.-M. (2007). Les modalités de consommation : De l'usage à la dépendance. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique, 165*(6), 439-442.
- Mariette, A., & Pitti, L. (2020). *Covid-19 en Seine-Saint-Denis (1/2) : Quand l'épidémie aggrave les inégalités sociales de santé*. Métropolitiques.
- Marschall, D., Sanftner, J., & Tangney, J. P. (1994). The state shame and guilt scale. *Fairfax, VA: George Mason University*.
- Mashiach-Eizenberg, M., Hasson-Ohayon, I., Yanos, P. T., Lysaker, P. H., & Roe, D. (2013). Internalized stigma and quality of life among persons with severe mental illness : The mediating roles of self-esteem and hope. *Psychiatry research, 208*(1), 15-20.
- Matthews, S., Dwyer, R., & Snoek, A. (2017). Stigma and self-stigma in addiction. *Journal of bioethical inquiry, 14*(2), 275-286.
- Mattoo, S. K., Sarkar, S., Gupta, S., Nebhinani, N., Parakh, P., & Basu, D. (2015). Stigma towards substance use : Comparing treatment seeking alcohol and opioid dependent men. *International Journal of Mental Health and Addiction, 13*(1), 73-81.
- Mátyássy, A., Kelemen, O., Sárközi, Z., Janka, Z., & Kéri, S. (2006). Recognition of complex mental states in patients with alcoholism after long-term abstinence. *Alcohol and Alcoholism, 41*(5), 512-514.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Maurage, P., Campanella, S., Philippot, P., Charest, I., Martin, S., & de Timary, P. (2009). Impaired emotional facial expression decoding in alcoholism is also present for emotional prosody and body postures. *Alcohol & alcoholism, 44*(5), 476-485.
- Mayer, J. D., & Stevens, A. A. (1994). An emerging understanding of the reflective (meta-) experience of mood. *Journal of research in personality, 28*(3), 351-373.
- Mburu, G., Ayon, S., Tsai, A. C., Ndimbii, J., Wang, B., Strathdee, S., & Seeley, J. (2018). "Who has ever loved a drug addict? It's a lie. They think a 'teja' is as bad person": multiple stigmas faced by women who inject drugs in coastal Kenya. *Harm reduction journal, 15*(1), 1-8.
- McCann, T. V., Renzaho, A., Mugavin, J., & Lubman, D. I. (2018). Stigma of mental illness and substance misuse in sub-Saharan African migrants: A qualitative study. *International journal of mental health nursing, 27*(3), 956-965.
- McCay, E., Beanlands, H., Leszcz, M., Goering, P., Seeman, M. V., Ryan, K., Johnston, N., & Vishnevsky, T. (2006). A group intervention to promote healthy self-concepts and guide recovery in first episode schizophrenia: A pilot study. *Psychiatric Rehabilitation Journal, 30*(2), 105.
- McHugh, R. K., & Weiss, R. D. (2019). Alcohol Use Disorder and Depressive Disorders. *Alcohol Research: Current Reviews, 40*(1), arcr.v40.1.01. <https://doi.org/10.35946/arcr.v40.1.01>

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- McLean, P. D. (1963). *Phylogenesis In : Expression of the Emotions in Man ed. PH Knapp*. New York: International Universities Press.
- Meehan, W., O'Connor, L. E., Berry, J. W., Weiss, J., Momson, A., & Acampora, A. (1996). Guilt, Shame, and Depression in Clients in Recovery from Addiction. *Journal of Psychoactive Drugs, 28*(2), 125-134.
<https://doi.org/10.1080/02791072.1996.10524385>
- Melchior, H., Hüsing, P., Grundmann, J., Lotzin, A., Hiller, P., Pan, Y., Driessen, M., Scherbaum, N., Schneider, B., & Hillemacher, T. (2019). Substance abuse-related self-stigma in women with substance use disorder and comorbid posttraumatic stress disorder. *European Addiction Research, 25*(1), 20-29.
- Menecier, P. (2018). *Psycho-alcoologie à l'hôpital*. Unithèque.
<https://www.unitheque.com/psycho-alcoologie-hopital/les-fiches-de-psycho/in-press/Livre/145212>
- Menecier, P. (2020). *Psychoalcoologie fondamentale et théorique*. In press.
- Michalak, E. E., Murray, G., & BD, C. (2010). Development of the QoL. BD : A disorder-specific scale to assess quality of life in bipolar disorder. *Bipolar disorders, 12*(7), 727-740.
- Mikolajczak, M. (2009). *La régulation des émotions négatives*.
- Mikolajczak, M., & Bausseron, E. (2013). *Les compétences émotionnelles chez l'adulte*. <https://dial.uclouvain.be/pr/boreal/object/boreal:119901>

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Milan, L., & Varescon, I. (2021). Stigmatisation intériorisée et consommation de substances psychoactives : Revue systématique de la littérature. *Psychologie Française*.
- Miller, R. S., & Leary, M. R. (1992). *Social sources and interactive functions of emotion : The case of embarrassment*.
- Misdrahi, D., Denard, S., Swendsen, J., Jaussent, I., & Courtet, P. (2014). Depression in schizophrenia : The influence of the different dimensions of insight. *Psychiatry Research*, 216(1), 12-16.
- Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (MILDECA). (2018). *Alcool au volant*. Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (MILDECA).
<https://www.drogues.gouv.fr/ce-que-dit-la-loi/en-matiere-dalcool/alcool-volant>
- Mittal, D., Sullivan, G., Chekuri, L., Allee, E., & Corrigan, P. (2012). Empirical Studies of Self-Stigma Reduction Strategies : A Critical Review of the Literature. *Psychiatric services (Washington, D.C.)*, 63.
<https://doi.org/10.1176/appi.ps.201100459>
- Mo, P. K., Chen, X., Lam, E. H., Li, J., Kahler, C. W., & Lau, J. T. (2020). The moderating role of social support on the relationship between anxiety, stigma, and intention to use illicit drugs among HIV-positive men who have sex with men. *AIDS and Behavior*, 24(1), 55-64.
- Mohamed, S., Rosenheck, R., McEvoy, J., Swartz, M., Stroup, S., & Lieberman, J. A. (2009). Cross-sectional and longitudinal relationships between insight

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- and attitudes toward medication and clinical outcomes in chronic schizophrenia. *Schizophrenia bulletin*, 35(2), 336-346.
- Mohr, C. D., Brannan, D., Mohr, J., Armeli, S., & Tennen, H. (2008). Evidence for positive mood buffering among college student drinkers. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 34(9), 1249-1259.
- Morandi, S., Manetti, S. G., Zimmermann, G., Favrod, J., Chanachev, A., Monnat, M., & Bonsack, C. (2013). Mesurer la stigmatisation perçue chez les personnes souffrant de troubles psychiques : Traduction française, validation et adaptation de la Stigma Scale. *L'encéphale*, 39(6), 408-415.
- Morois, S., Airagnes, G., Lemogne, C., Leclerc, A., Limosin, F., Goldberg, S., Herquelot, E., Goldberg, M., & Zins, M. (2017). Daily alcohol consumption and sickness absence in the GAZEL cohort. *European journal of public health*, 27(3), 482-488.
- Moses, T. (2009). Stigma and self-concept among adolescents receiving mental health treatment. *American Journal of Orthopsychiatry*, 79(2), 261-274.
- Mozes, A. E., Ogez, D., Starkel, P., & Timary, P. D. (2008). *Le modèle de l'hospitalisation scindée : Favoriser l'accès aux soins des patients alcooliques par une approche pluridisciplinaire dans le cadre de la psychiatrie de liaison*. 13.
- Mules, T., Taylor, J., Price, R., Walker, L., Singh, B., Newsam, P., Palaniyappan, T., Snook, T., Ruselan, M., & Ryan, J. (2012). Addressing patient alcohol use : A view from general practice. *Journal of primary health care*, 4(3), 217-222.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Muñoz, M., Sanz, M., Pérez-Santos, E., & de los Ángeles Quiroga, M. (2011). Proposal of a socio-cognitive-behavioral structural equation model of internalized stigma in people with severe and persistent mental illness. *Psychiatry Research, 186*(2-3), 402-408.
- Muraven, M., Collins, R. L., Morsheimer, E. T., Shiffman, S., & Paty, J. A. (2005). The morning after : Limit violations and the self-regulation of alcohol consumption. *Psychology of Addictive Behaviors, 19*(3), 253.
- Nadkarni, A., Garber, A., Costa, S., Wood, S., Kumar, S., MacKinnon, N., Ibrahim, M., Velleman, R., Bhatia, U., & Fernandes, G. (2019). Auditing the AUDIT : A systematic review of cut-off scores for the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) in low-and middle-income countries. *Drug and alcohol dependence, 202*, 123-133.
- National Institute on Drug Abuse (NIDA). (2012). *Principles of drug addiction treatment : A research-based guide* ((third edition)).
- Niedenthal, P., Krauth-Gruber, S., & Ric, F. (2009). Chapitre 3. Émotions réflexives. *PSY-Individus, groupes, culture*, 85-120.
- Nosek, B. A. (2007). Implicit-explicit relations. *Current directions in psychological science, 16*(2), 65-69.
- Obradovic, I. (2013). *Guide pratique des principaux outils de repérage de l'usage problématique de cannabis chez les adolescents*. Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT).

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- O'Connor, L. E., Berry, J. W., Inaba, D., Weiss, J., & Morrison, A. (1994). Shame, guilt, and depression in men and women in recovery from addiction. *Journal of substance abuse treatment, 11*(6), 503-510.
- Ohannessian, C. M., & Hesselbrock, V. M. (2009). A finer examination of the role that negative affect plays in the relationship between paternal alcoholism and the onset of alcohol and marijuana use. *Journal of studies on alcohol and drugs, 70*(3), 400-408.
- Okano, K.-I. (1994). Shame and social phobia : A transcultural viewpoint. *Bulletin of the Menninger Clinic, 58*(3), 323-338.
- Okhakhume, A. S. (2012). Influence of psychological factors on self and perceived stigma and the efficacy of cognitive behaviour therapy in symptoms reduction among mentally ill patients. *IFE Psychologia: An International Journal, 20*(2), 39-50.
- Olié, V. (2022). Consommation d'alcool en France : Quelle proportion de Français dépasse les repères de consommation ? *La Presse Médicale Formation, 3*(2), 194-195. <https://doi.org/10.1016/j.lpmfor.2022.02.009>
- Olievenstein, C. (1977). *Il n'y a pas de drogués heureux*. FeniXX.
- Olivares-Faúndez, V. E., Gil-Monte, P. R., & Figueiredo-Ferraz, H. (2014). The mediating role of feelings of guilt in the relationship between burnout and the consumption of tobacco and alcohol. *Japanese Psychological Research, 56*(4), 340-348.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Onuoha, R. C., Quintana, D. S., Lyvers, M., & Guastella, A. J. (2016). A meta-analysis of theory of mind in alcohol use disorders. *Alcohol and Alcoholism, 51*(4), 410-415.
- Or, S. E.-B., Hasson-Ohayon, I., Feingold, D., Vahab, K., Amiaz, R., Weiser, M., & Lysaker, P. H. (2013). Meaning in life, insight and self-stigma among people with severe mental illness. *Comprehensive Psychiatry, 54*(2), 195-200.
- Ornell, F., Moura, H. F., Scherer, J. N., Pechansky, F., Kessler, F. H. P., & von Diemen, L. (2020). The COVID-19 pandemic and its impact on substance use : Implications for prevention and treatment. *Psychiatry research, 289*, 113096.
- Östlund, A., Hensing, G., Jakobsson, A., Sundh, V., & Spak, F. (2007). A cross-sectional study of personality traits in women previously treated or untreated for alcohol use disorders. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy, 2*(1), 1-9.
- Overton, S. L., & Medina, S. L. (2008). The stigma of mental illness. *Journal of Counseling & Development, 86*(2), 143-151.
- Paille, F., & Reynaud, M. (2015). L'alcool, une des toutes premières causes d'hospitalisation en France. *Bull Epidémiol Hebd, 7*, 24-25.
- Palle, C. (2016). Les personnes accueillies dans les CSAPA-Situation en 2014 et évolution depuis 2007. *Tendances, 110*, 1-8.
- Palle, C., & Rattanatrav, M. (2018). *Les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie en 2016. Situation en 2016 et évolutions sur la*

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- période 2005-2016. Analyse des données des rapports d'activité des CSAPA.*
Saint-Denis, OFDT.
- Park, K., MinHwa, L., & Seo, M. (2019). The impact of self-stigma on self-esteem among persons with different mental disorders. *International Journal of Social Psychiatry, 65*(7-8), 558-565.
- Pascoe, E. A., & Smart Richman, L. (2009). Perceived discrimination and health : A meta-analytic review. *Psychological bulletin, 135*(4), 531.
- Patock-Peckham, J. A., Canning, J. R., & Leeman, R. F. (2018). Shame is bad and guilt is good : An examination of the impaired control over drinking pathway to alcohol use and related problems. *Personality and individual differences, 121*, 62-66.
- Pautrat, M., Riffault, V., Ciolfi, D., Breton, H., Brunault, P., & Lebeau, J.-P. (2019). *Repérage des troubles liés à une substance et troubles addictifs dans le discours des patients dépendants.*
- Peele, S. (1987). A moral vision of addiction : How people's values determine whether they become and remain addicts. *Journal of drug issues, 17*(2), 187-215.
- Pérez-Díaz, C., & Huré, M.-S. (2006). Violences, alcool et santé mentale. *Alcoologie et addictologie, 28*(4S), 39S-48S.
- Pérez-Díaz, C., & Huré, M.-S. (2011). Heavy drinking and the disposition of intimate partner violence cases in French courts. *Drug and alcohol review, 30*(5), 490-495.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Pescosolido, B. A., Martin, J. K., Long, J. S., Medina, T. R., Phelan, J. C., & Link, B. G. (2010). "A Disease Like Any Other"? A Decade of Change in Public Reactions to Schizophrenia, Depression, and Alcohol Dependence. *The American journal of psychiatry*, *167*(11), 1321-1330.
<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2010.09121743>
- Pescosolido, B. A., Medina, T. R., Martin, J. K., & Long, J. S. (2013). The "Backbone" of Stigma : Identifying the Global Core of Public Prejudice Associated With Mental Illness. *American Journal of Public Health*, *103*(5), 853-860. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2012.301147>
- Philippot, P. (2013). *Émotion et psychothérapie : L'influence des émotions dans la société*. Primento.
- Philippot, P., Kornreich, C., Blairy, S., Baert, I., Dulk, A. D., Bon, O. L., Streel, E., Hess, U., Pelc, I., & Verbanck, P. (1999). Alcoholics' deficits in the decoding of emotional facial expression. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, *23*(6), 1031-1038.
- Pietrzak, R. H., Goldstein, R. B., Southwick, S. M., & Grant, B. F. (2011). Prevalence and Axis I comorbidity of full and partial posttraumatic stress disorder in the United States : Results from Wave 2 of the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Journal of anxiety disorders*, *25*(3), 456-465.
- Piolat, A., & Bannour, R. (2008). Emotions et affects : Contribution de la psychologie cognitive. *Le sujet des émotions au Moyen Age*, 53-84.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Pivovarova, E., & Stein, M. D. (2019). In their own words : Language preferences of individuals who use heroin. *Addiction, 114*(10), 1785-1790.
- Plutchik, R. (1980). A general psychoevolutionary theory of emotion. In *Theories of emotion* (p. 3-33). Elsevier.
- Plutchik, R. (1994). *The psychology and biology of emotion*. HarperCollins College Publishers.
- Poláčková Šolcová, I., & Lačev, A. (2017). Differences in male and female subjective experience and physiological reactions to emotional stimuli. *International Journal of Psychophysiology: Official Journal of the International Organization of Psychophysiology, 117*, 75-82.
<https://doi.org/10.1016/j.ijpsycho.2017.04.009>
- Potter-Efron, R., & Carruth, B. (2013). *Shame, Guilt, and Alcoholism : Treatment Issues in Clinical Practice, Second Edition*. Routledge.
<https://doi.org/10.4324/9781315809090>
- Probst, C., Manthey, J., Martinez, A., & Rehm, J. (2015). Alcohol use disorder severity and reported reasons not to seek treatment : A cross-sectional study in European primary care practices. *Substance abuse treatment, prevention, and policy, 10*(1), 1-10.
- Proescholdt, M. G., Walter, M., & Wiesbeck, G. A. (2012). [Alcohol and violence : A current review]. *Fortschritte Der Neurologie-Psychiatrie, 80*(8), 441-449.
<https://doi.org/10.1055/s-0031-1282018>
- Proeve, M., Anton, R., & Kenny, M. (2018). Effects of mindfulness-based cognitive therapy on shame, self-compassion and psychological distress in anxious

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- and depressed patients : A pilot study. *Psychology and Psychotherapy*, *91*(4), 434-449. <https://doi.org/10.1111/papt.12170>
- Quiles, Z. N., & Bybee, J. (1997). Chronic and predispositional guilt : Relations to mental health, prosocial behavior, and religiosity. *Journal of personality assessment*, *69*(1), 104-126.
- Quiles, Z. N., Kinnunen, T., & Bybee, J. (2002). Aspects of guilt and self-reported substance use in adolescence. *Journal of drug education*, *32*(4), 343-362.
- Quinn, D. M., Williams, M. K., Quintana, F., Gaskins, J. L., Overstreet, N. M., Pishori, A., Earnshaw, V. A., Perez, G., & Chaudoir, S. R. (2014). Examining effects of anticipated stigma, centrality, salience, internalization, and outness on psychological distress for people with concealable stigmatized identities. *PloS one*, *9*(5), e96977.
- Raftery, D., Kelly, P. J., Deane, F. P., Baker, A. L., Ingram, I., Goh, M. C., Lubman, D. I., Carter, G., Turner, A., & Dean, O. M. (2020). Insight in substance use disorder : A systematic review of the literature. *Addictive behaviors*, *111*, 106549.
- Raftery, D., Kelly, P. J., Deane, F. P., Mcketin, R., Baker, A. L., Turner, A., & Dean, O. M. (2019). Measuring cognitive insight in people with problematic substance use : An exploration of the factor validity of the Beck Cognitive Insight Scale. *Drug and alcohol review*, *38*(6), 622-629.
- Randles, D., & Tracy, J. L. (2013). Nonverbal displays of shame predict relapse and declining health in recovering alcoholics. *Clinical Psychological Science*, *1*(2), 149-155.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Rehm, J., Room, R., van den Brink, W., & Jacobi, F. (2005). Alcohol use disorders in EU countries and Norway : An overview of the epidemiology. *European Neuropsychopharmacology*, 15(4), 377-388.
- Rehm, J., & Shield, K. D. (2021). Alcohol use and cancer in the European Union. *European addiction research*, 27(1), 1-8.
- Rehm, J., Shield, K. D., Rehm, M. X., Gmel, G., & Frick, U. (2012). *Alcohol consumption, alcohol dependence, and attributable burden of disease in Europe : Potential gains from effective interventions for alcohol dependence*.
- Revelle, W. (2012). Procedures for psychological, psychometric, and personality research. *Acesso em*, 9.
- Reynaud, M., Karila, L., Aubin, H.-J., & Benyamina, A. (2016). *Traité d'addictologie: Vol. 2e éd.* Lavoisier; Cairn.info.
<https://www.cairn.info/traité-d-addictologie--9782257206503.htm>
- Richard, J., Andler, R., Cogordan, C., Spilka, S., & Nguyen-Thanh, V. (2019). et le Groupe Baromètre de Santé publique France 2017. La consommation d'alcool chez les adultes en France en 2017. *Bull Epidemiol Hebd*, 5-6.
- Richard, J. B., Andler, R., Cogordan, C., Spilka, S., Nguyen-Thanh, V., & baromètre de santé publique France, G. (2019). La consommation d'alcool chez les adultes en France en 2017. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 5-6.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Riggio, R. E. (1992). Social interaction skills and nonverbal behavior. In *Applications of nonverbal behavioral theories and research* (p. 3-30). Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Rimé, B. (2005). Le partage social des émotions, Paris : PUF. *Rosenthal, R. and Jacobson, L.,(1971), Pygmalion à l'école, Paris: Casterman. Sallaberry, JC,(1996), Dynamique des représentations dans la formation, Paris: L'Harmattan. Thorpe, M.,(2006), 'Perceptions about time and learning researching the student experience', Distance et savoirs, 4(4), 497-511.*
- Ritsher, J. B., Otilingam, P. G., & Grajales, M. (2003). Internalized stigma of mental illness : Psychometric properties of a new measure. *Psychiatry research, 121*(1), 31-49.
- Ritsher, J. B., & Phelan, J. C. (2004). Internalized stigma predicts erosion of morale among psychiatric outpatients. *Psychiatry research, 129*(3), 257-265.
- Ritz, L., Pitel, A. L., Vabret, F., Eustache, F., & Beaunieux, H. (2012). Alcoolodépendance : Atteintes neuropsychologiques et diagnostics différentiels. *Revue de neuropsychologie, 4*(3), 196-205.
- Rivierre, C. (2003). *Alcool et méthadone, analyse de la bibliographie.*
<https://www.rvh-synergie.org/prises-en-charge-des-addictions/therapeutiques/alcoologie/87-alcool-et-methadone-analyse-de-la-bibliographie.html>
- Roberts, A., Rogers, J., Mason, R., Siriwardena, A. N., Hogue, T., Whitley, G. A., & Law, G. R. (2021). Alcohol and other substance use during the COVID-19

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- pandemic : A systematic review. *Drug and Alcohol Dependence*, 229, 109150. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2021.109150>
- Rodriguez, L. M., Young, C. M., Neighbors, C., Campbell, M. T., & Lu, Q. (2015). Evaluating guilt and shame in an expressive writing alcohol intervention. *Alcohol*, 49(5), 491-498.
- Roe, D., Rudnick, A., & Gill, K. J. (2007). The concept of " being in recovery". *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 30(3), 171.
- Rogers, R. W. (1983). Cognitive and psychological processes in fear appeals and attitude change : A revised theory of protection motivation. *Social psychophysiology: A sourcebook*, 153-176.
- Rolland, B. (2014). Trouble de l'usage d'alcool : Les nouvelles méthodes d'évaluation. *La Lettre du pharmacologue*, 28(2), 59-65.
- Room, R., Rehm, J., Trotter II, R. T., Paglia, A., & Üstün, T. B. (2001). *Cross-cultural views on stigma, valuation, parity, and societal values towards disability*.
- Rosenberg, J. M., Beymer, P. N., Anderson, D. J., Van Lissa, C. J., & Schmidt, J. A. (2019). tidyLPA : An R package to easily carry out Latent Profile Analysis (LPA) using open-source or commercial software. *Journal of Open Source Software*, 3(30), 978.
- Rosenberg, M. (1965). Rosenberg self-esteem scale (RSE). *Acceptance and commitment therapy. Measures package*, 61(52), 18.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Rosso, A. M. (2012). Beer and wine in antiquity : Beneficial remedy or punishment imposed by the Gods? *Acta Medico-Historica Adriatica: AMHA*, 10(2), 237-262.
- Rüsch, N., Lieb, K., Bohus, M., & Corrigan, P. (2006). Brief Reports : Self-Stigma, Empowerment, and Perceived Legitimacy of Discrimination Among Women With Mental Illness. *Psychiatric Services*, 57(3), 399-402.
<https://doi.org/10.1176/appi.ps.57.3.399>
- Rush, B., & Gira, E. (2011). Une enquête sur les effets des spiritueux sur le corps et l'esprit humains. Avec un compte rendu sur les moyens de les prévenir et les remèdes pour les soigner. *Psychotropes*, 17(3-4), 179-212. Cairn.info.
<https://doi.org/10.3917/psyt.173.0179>
- Russinova, Z., Rogers, E. S., Gagne, C., Bloch, P., Drake, K. M., & Mueser, K. T. (2014). A randomized controlled trial of a peer-run antistigma photovoice intervention. *Psychiatric Services (Washington, D.C.)*, 65(2), 242-246.
<https://doi.org/10.1176/appi.ps.201200572>
- Sabini, J., & Silver, M. (1997). In defense of shame : Shame in the context of guilt and embarrassment. *Journal for the Theory of Social Behaviour*, 27(1), 1-15.
- Sadler, M. S., Meagor, E. L., & Kaye, K. E. (2012). Stereotypes of mental disorders differ in competence and warmth. *Social Science & Medicine*, 74(6), 915-922.
- Salès-Wuillemin, E. (2006). *La catégorisation et les stéréotypes en psychologie sociale*. 169.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Salway, T., Ferlatte, O., Shoveller, J., Purdie, A., Grennan, T., Tan, D. H., Consolacion, T., Rich, A. J., Dove, N., & Samji, H. (2019). The need and desire for mental health and substance use–related services among clients of publicly funded sexually transmitted infection clinics in Vancouver, Canada. *Journal of Public Health Management and Practice, 25*(3), E1-E10.
- Santé Publique France. (2020). *Consommation d'alcool en France: Où en sont les Français?* Santé Publique France. <https://www.santepubliquefrance.fr/les-actualites/2020/consommation-d-alcool-en-france-ou-en-sont-les-francais>
- Sari, S., Muller, A. E., & Roessler, K. K. (2017). Exercising alcohol patients don't lack motivation but struggle with structures, emotions and social context-a qualitative dropout study. *BMC family practice, 18*(1), 1-7.
- Sarkar, S., Balhara, Y. P. S., Kumar, S., Saini, V., Kamran, A., Patil, V., Singh, S., & Gyawali, S. (2019). Internalized stigma among patients with substance use disorders at a tertiary care center in India. *Journal of Ethnicity in Substance Abuse, 18*(3), 345-358.
- Saunders, J. B., Aasland, O. G., Babor, T. F., De la Fuente, J. R., & Grant, M. (1993). Development of the alcohol use disorders identification test (AUDIT): WHO collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption-II. *Addiction, 88*(6), 791-804.
- Sawer, F., Davis, P., & Gleeson, K. (2020). Is shame a barrier to sobriety? A narrative analysis of those in recovery. *Drugs: Education, Prevention and Policy, 27*(1), 79-85.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Scambler, G. (1998). Stigma and disease : Changing paradigms. *The Lancet*, 352(9133), 1054-1055.
- Schachter, S. (1964). The interaction of cognitive and physiological determinants of emotional state. In *Advances in experimental social psychology* (Vol. 1, p. 49-80). Elsevier.
- Schachter, S., & Singer, J. (1962). Cognitive, social, and physiological determinants of emotional state. *Psychological review*, 69(5), 379.
- Scheff, T. J. (1988). Shame and conformity : The deference-emotion system. *American sociological review*, 395-406.
- Scheff, T. J. (1990). Socialization of emotions : Pride and shame as causal agents. *Research agendas in the sociology of emotions*, 281-304.
- Scherer, K. R. (1984). Les émotions : Fonctions et composantes. *Cahiers De Psychologie Cognitive/Current Psychology Of Cognition*.
- Scherer, K. R., & Wallbott, H. G. (1994). Evidence for universality and cultural variation of differential emotion response patterning. *Journal of Personality and Social Psychology*, 66(2), 310-328. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.66.2.310>
- Scherer, M., Worthington, E. L., Hook, J. N., & Campana, K. L. (2011). Forgiveness and the Bottle : Promoting Self-Forgiveness in Individuals Who Abuse Alcohol. *Journal of Addictive Diseases*, 30(4), 382-395. <https://doi.org/10.1080/10550887.2011.609804>
- Schmidt, T., Roser, P., Juckel, G., Brüne, M., Suchan, B., & Thoma, P. (2016). Social cognition and social problem solving abilities in individuals with

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- alcohol use disorder. *Journal of clinical and experimental neuropsychology*, 38(9), 974-990.
- Schomerus, G., Corrigan, P., Klauer, T., Kuwert, P., Freyberger, H. J., & Lucht, M. (2011). Self-stigma in alcohol dependence : Consequences for drinking-refusal self-efficacy. *Drug and alcohol dependence*, 114(1), 12-17.
- Schomerus, G., Lucht, M., Holzinger, A., Matschinger, H., Carta, M. G., & Angermeyer, M. C. (2011). The stigma of alcohol dependence compared with other mental disorders : A review of population studies. *Alcohol and alcoholism*, 46(2), 105-112.
- Schomerus, G., Matschinger, H., & Angermeyer, M. C. (2013). Continuum beliefs and stigmatizing attitudes towards persons with schizophrenia, depression and alcohol dependence. *Psychiatry Research*, 209(3), 665-669.
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2013.02.006>
- Schomerus, G., Matschinger, H., & Angermeyer, M. C. (2014). Causal beliefs of the public and social acceptance of persons with mental illness : A comparative analysis of schizophrenia, depression and alcohol dependence. *Psychological Medicine*, 44(2), 303-314.
<https://doi.org/10.1017/S003329171300072X>
- Schwarz, G. (1978). Estimating the dimension of a model. *The annals of statistics*, 461-464.
- Schwarzinger, M., Pollock, B. G., Hasan, O. S., Dufouil, C., Rehm, J., Baillot, S., Guibert, Q., Planchet, F., & Luchini, S. (2018). Contribution of alcohol use

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- disorders to the burden of dementia in France 2008–13 : A nationwide retrospective cohort study. *The Lancet Public Health*, 3(3), e124-e132.
- Seneviratne, A., & Daepfen, J.-B. (2009). Implication de la famille dans le traitement de l'alcoolodépendance. Une revue de la littérature. *Alcoologie et addictologie*, 31(4), 283-293.
- Shah, P., Quilty, L., Kim, J., Graff-Guerrero, A., & Gerretsen, P. (2020). Impaired awareness of problem and pathological gambling : A review. *Journal of gambling studies*, 36(1), 39-50.
- Sheikh, S. (2014). Cultural variations in shame's responses : A dynamic perspective. *Personality and Social Psychology Review*, 18(4), 387-403.
- Shen, L. (2018). The evolution of shame and guilt. *PloS one*, 13(7), e0199448.
- Silfver, M. (2007). Coping with guilt and shame : A narrative approach. *Journal of Moral Education*, 36(2), 169-183.
- Simmat-Durand, L., Vellut, N., Lejeune, C., Jauffret-Roustide, M., Mougel, S., Michel, L., & Planche, M. (2017). Sortir des addictions : À l'alcool, par l'alcool ou vers l'alcool. *L'Encéphale*, 43(4), 326-333.
- Sirey, J. A., Bruce, M. L., Alexopoulos, G. S., Perlick, D. A., Friedman, S. J., & Meyers, B. S. (2001). Stigma as a barrier to recovery : Perceived stigma and patient-rated severity of illness as predictors of antidepressant drug adherence. *Psychiatric services*, 52(12), 1615-1620.
- Smith, K. H., & Stutts, M. A. (2003). Effects of short-term cosmetic versus long-term health fear appeals in anti-smoking advertisements on the smoking

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- behaviour of adolescents. *Journal of consumer behaviour: An international research review*, 3(2), 157-177.
- Smith, L. R., Earnshaw, V. A., Copenhaver, M. M., & Cunningham, C. O. (2016). Substance use stigma : Reliability and validity of a theory-based scale for substance-using populations. *Drug and alcohol dependence*, 162, 34-43.
- Smith, S. M., Dawson, D. A., Goldstein, R. B., & Grant, B. F. (2010). Examining Perceived Alcoholism Stigma Effect on Racial-Ethnic Disparities in Treatment and Quality of Life Among Alcoholics. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 71(2), 231. <https://doi.org/10.15288/jsad.2010.71.231>
- Snoek, A., McGeer, V., Brandenburg, D., & Kennett, J. (2021). Managing shame and guilt in addiction : A pathway to recovery. *Addictive Behaviors*, 120, 106954. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2021.106954>
- Sournia, J. C. (1987). Alcoholism : Yesterday and tomorrow. *Hygie*, 6(1), 21-23.
- Spencer, K. M. (2017). *Voices of recovery : An exploration of stigma experienced by college students in recovery from alcohol and/or other drug addiction through photovoice*.
- Staring, A. B. P., Van der Gaag, M., Van den Berge, M., Duivenvoorden, H. J., & Mulder, C. L. (2009). Stigma moderates the associations of insight with depressed mood, low self-esteem, and low quality of life in patients with schizophrenia spectrum disorders. *Schizophrenia research*, 115(2-3), 363-369.
- Stevens, J. P. (2012). *Applied multivariate statistics for the social sciences*. Routledge.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Stringer, K. L., Marotta, P., Baker, E., Turan, B., Kempf, M.-C., Drentea, P., Stepanikova, I., & Turan, J. M. (2019). Substance use stigma and antiretroviral therapy adherence among a drug-using population living with HIV. *AIDS patient care and STDs*, *33*(6), 282-293.
- Štrkalj Ivezić, S., Alfonso Sesar, M., & Mužinić, L. (2017). Effects of a group psychoeducation program on self-stigma, empowerment and perceived discrimination of persons with schizophrenia. *Psychiatria Danubina*, *29*(1), 66-73.
- Stuewig, J., Tangney, J. P., Kendall, S., Folk, J. B., Meyer, C. R., & Dearing, R. L. (2015). Children's proneness to shame and guilt predict risky and illegal behaviors in young adulthood. *Child Psychiatry & Human Development*, *46*(2), 217-227.
- Stuewig, J., Tangney, J. P., Mashek, D., Forkner, P., & Dearing, R. (2009). The moral emotions, alcohol dependence, and HIV risk behavior in an incarcerated sample. *Substance Use & Misuse*, *44*(4), 449-471.
- Stutterheim, S. E., Baas, I., Roberts, H., Brands, R., Schmidt, J., Lechner, L., Kok, G., & Bos, A. E. (2016). Stigma experiences among substance users with HIV. *Stigma and Health*, *1*(3), 123.
- Subra, B., Muller, D., Bègue, L., Bushman, B. J., & Delmas, F. (2010). Automatic effects of alcohol and aggressive cues on aggressive thoughts and behaviors. *Personality and Social Psychology Bulletin*, *36*(8), 1052-1057.
- Sudhinaraset, M., Wigglesworth, C., & Takeuchi, D. T. (2016). Social and Cultural Contexts of Alcohol Use. *Alcohol Research: Current Reviews*, *38*(1), 35-45.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Szasz, T. S. (1971). The ethics of addiction. *American journal of psychiatry*, *128*(5), 541-546.
- Tabachnick, B. G., Fidell, L. S., & Ullman, J. B. (2007). *Using multivariate statistics* (Vol. 5). Pearson Boston, MA.
- Taherdoost, H., Sahibuddin, S., & Jalaliyoon, N. (2014). *Exploratory factor analysis; concepts and theory*. WSEAS.
- Tangney, J. P. (1991). Moral affect : The good, the bad, and the ugly. *Journal of personality and social psychology*, *61*(4), 598.
- Tangney, J. P. (1993). *Shame and guilt*.
- Tangney, J. P. (1999). *The self-conscious emotions : Shame, guilt, embarrassment and pride*.
- Tangney, J. P., & Dearing, R. L. (2002). *Shame and guilt* (p. xvi, 272). Guilford Press. <https://doi.org/10.4135/9781412950664.n388>
- Tangney, J. P. E., & Fischer, K. W. (1995). Self-conscious emotions : The psychology of shame, guilt, embarrassment, and pride. *The idea for this volume grew out of 2 pivotal conferences. The 1st conference, on emotion and cognition in development, was held in Winter Park, CO, Sum 1985. The 2nd conference, on shame and other self-conscious emotions, was held in Asilomar, CA, Dec 1988.*
- Tangney, J. P., Miller, R. S., Flicker, L., & Barlow, D. H. (1996). Are shame, guilt, and embarrassment distinct emotions? *Journal of personality and social psychology*, *70*(6), 1256.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Tangney, J. P., Stuewig, J., & Hafez, L. (2011). Shame, guilt, and remorse : Implications for offender populations. *Journal of Forensic Psychiatry & Psychology, 22*(5), 706-723.
- Tangney, J. P., Wagner, P., Fletcher, C., & Gramzow, R. (1992). Shamed into anger? The relation of shame and guilt to anger and self-reported aggression. *Journal of personality and social psychology, 62*(4), 669.
- Tangney, J. P., Wagner, P., & Gramzow, R. (1992). Proneness to shame, proneness to guilt, and psychopathology. *Journal of Abnormal Psychology, 101*(3), 469-478. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.101.3.469>
- Taylor, B. (2001). HIV, stigma and health : Integration of theoretical concepts and the lived experiences of individuals. *Journal of advanced nursing, 35*(5), 792-798.
- Taylor, G. (1985). *Pride, Shame, and Guilt : Emotions of Self-Assessment*. Oxford University Press.
- Thern, E., Ramstedt, M., & Svensson, J. (2020). The associations between unemployment at a young age and binge drinking and alcohol-related problems. *European Journal of Public Health, 30*(2), 368-373. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckz218>
- Thompson, A., Richardson, P., Pirmohamed, M., & Owens, L. (2020). Alcohol-related brain injury : An unrecognized problem in acute medicine. *Alcohol, 88*, 49-53.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Tice, D. M., Bratslavsky, E., & Baumeister, R. F. (2001). Emotional distress regulation takes precedence over impulse control : If you feel bad, do it! *Journal of personality and social psychology*, *80*(1), 53.
- Tignor, S. M., & Colvin, C. R. (2019). The meaning of guilt : Reconciling the past to inform the future. *Journal of Personality and Social Psychology*, *116*(6), 989.
- Tilhman-Osborne, C., Cole, D. A., & Felton, J. W. (2010). Definition and measurement of guilt : Implications for clinical research and practice. *Clinical psychology review*, *30*(5), 536-546.
- Tindal, C., Cook, K., & Foster, N. (2010). Theorising stigma and the experiences of injecting drug users in Australia. *Australian Journal of Primary Health*, *16*(2), 119-125.
- Tomkins, S. S. (1984). Affect theory. *Approaches to emotion*, *163*(163-195), 31-65.
- Toubiana, E.-P. (2015). *Addictologie clinique*. Presses universitaires de France.
- Tovar, M.-L., Le Nézet, O., & Bastianic, T. (2013). Perceptions et opinions des Français sur les drogues. *Tendances*, *88*(6).
- Townshend, J. M., & Duka, T. (2003). Mixed emotions : Alcoholics' impairments in the recognition of specific emotional facial expressions. *Neuropsychologia*, *41*(7), 773-782.
- Tracy, J. L., Robins, R. W., & Tangney, J. P. (2007). *The self-conscious emotions : Theory and research*. Guilford Press.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Tran, H. N., Lipinski, A. J., Peter, S. C., Dodson, T. S., Majeed, R., Savage, U. C., & Beck, J. G. (2019). The Association Between Posttraumatic Negative Self-Conscious Cognitions and Emotions and Maladaptive Behaviors : Does Time Since Trauma Exposure Matter? *Journal of Traumatic Stress, 32*(2), 249-259.
- Treeby, M., & Bruno, R. (2012). Shame and guilt-proneness : Divergent implications for problematic alcohol use and drinking to cope with anxiety and depression symptomatology. *Personality and Individual Differences, 53*(5), 613-617.
- Treeby, M. S., Rice, S. M., Cocker, F., Peacock, A., & Bruno, R. (2018). Guilt-proneness is associated with the use of protective behavioral strategies during episodes of alcohol use. *Addictive behaviors, 79*, 120-123.
- Treeby, M. S., Rice, S. M., Wilson, M., Prado, C. E., & Bruno, R. (2020). Measuring alcohol use-related shame and guilt : Development and validation of the perceptions of drinking scale. *Substance Use & Misuse, 55*(3), 441-451.
- Trull, T. J., Freeman, L. K., Vebares, T. J., Choate, A. M., Helle, A. C., & Wycoff, A. M. (2018). Borderline personality disorder and substance use disorders : An updated review. *Borderline personality disorder and emotion dysregulation, 5*(1), 1-12.
- Trull, T. J., Jahng, S., Tomko, R. L., Wood, P. K., & Sher, K. J. (2010). Revised NESARC personality disorder diagnoses : Gender, prevalence, and comorbidity with substance dependence disorders. *Journal of personality disorders, 24*(4), 412.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Trull, T. J., Solhan, M. B., Brown, W. C., Tomko, R. L., Schaefer, L., McLaughlin, K. D., & Jahng, S. (2016). *Substance use disorders and personality disorders*.
- Tukey, J. W. (1977). *Exploratory data analysis* (Vol. 2). Reading, MA.
- Turnbull, J. E., & Gomberg, E. S. (1990). The structure of depression in alcoholic women. *Journal of studies on alcohol, 51*(2), 148-155.
- Uekermann, J., Daum, I., Schlebusch, P., & Trenckmann, U. (2005). Processing of affective stimuli in alcoholism. *Cortex, 41*(2), 189-194.
- Valiente, C., Provencio, M., Espinosa, R., Duque, A., & Everts, F. (2015). Insight in paranoia : The role of experiential avoidance and internalized stigma. *Schizophrenia research, 164*(1-3), 214-220.
- Vallerand, R. J. (1989). Vers une méthodologie de validation trans-culturelle de questionnaires psychologiques : Implications pour la recherche en langue française. *Canadian Psychology/Psychologie Canadienne, 30*(4), 662.
- Vallieres, E. F., & Vallerand, R. J. (1990). Traduction et validation canadienne-française de l'échelle de l'estime de soi de Rosenberg. *International journal of psychology, 25*(2), 305-316.
- Valmas, M. M., Mosher Ruiz, S., Gansler, D. A., Sawyer, K. S., & Oscar-Berman, M. (2014). Social cognition deficits and associations with drinking history in alcoholic men and women. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 38*(12), 2998-3007.
- van Baars, A. W., Wierdsma, A. I., Hengeveld, M. W., & Mulder, C. L. (2013). Improved insight affects social outcomes in involuntarily committed

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- psychotic patients : A longitudinal study in the Netherlands. *Comprehensive Psychiatry*, 54(7), 873-879.
- van Boekel, L. C., Brouwers, 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(1-2), 23-35.
<https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2013.02.018>
- Vauth, R., Kleim, B., Wirtz, M., & Corrigan, P. (2007). Self-efficacy and empowerment as outcomes of self-stigmatizing and coping in schizophrenia. *Psychiatry research*, 150(1), 71-80.
- Verhaeghe, M., Bracke, P., & Bruynooghe, K. (2008). Stigmatization and self-esteem of persons in recovery from mental illness : The role of peer support. *International Journal of Social Psychiatry*, 54(3), 206-218.
- Villalobos-Gallegos, L., Pérez-López, A., Mendoza-Hassey, R., Graue-Moreno, J., & Marín-Navarrete, R. (2015). Psychometric and diagnostic properties of the Drug Abuse Screening Test (DAST) : Comparing the DAST-20 vs. the DAST-10. *Salud mental*, 38(2), 89-94.
- Vincent, É. (2010). *Les émotions*. Editions Milan.
- Virtanen, P., Lintonen, T., Westerlund, H., Nummi, T., Janlert, U., & Hammarström, A. (2016). Unemployment in the teens and trajectories of alcohol consumption in adulthood. *BMJ Open*, 6(3), e006430.
<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2014-006430>

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Vogel, D. L., Heimerdinger-Edwards, S. R., Hammer, J. H., & Hubbard, A. (2011). "Boys don't cry": Examination of the links between endorsement of masculine norms, self-stigma, and help-seeking attitudes for men from diverse backgrounds. *Journal of counseling psychology, 58*(3), 368.
- von Hippel, W., Brener, L., & von Hippel, C. (2008). Implicit prejudice toward injecting drug users predicts intentions to change jobs among drug and alcohol nurses. *Psychological Science, 19*(1), 7-11.
- Wagner, U., Christ, O., & Pettigrew, T. F. (2008). Prejudice and Group-Related Behavior in Germany. *Journal of Social Issues, 64*(2), 403-416.
<https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.2008.00568.x>
- Wallhed Finn, S., Bakshi, A.-S., & Andréasson, S. (2014). Alcohol consumption, dependence, and treatment barriers : Perceptions among nontreatment seekers with alcohol dependence. *Substance Use & Misuse, 49*(6), 762-769.
- Washton, A. M., & Zweben, J. E. (2006). *Treating alcohol and drug problems in psychotherapy practice : Doing what works*. Guilford Press.
- Watson, A. C., Corrigan, P., Larson, J. E., & Sells, M. (2007). Self-stigma in people with mental illness. *Schizophrenia bulletin, 33*(6), 1312-1318.
- Wenger, M. A., Jones, F. N., & Jones, M. H. (1956). *Physiological psychology*.
- Werner, P., Aviv, A., & Barak, Y. (2008). Self-stigma, self-esteem and age in persons with schizophrenia. *International Psychogeriatrics, 20*(1), 174-187.
- Whiteside, S. P., & Lynam, D. R. (2001). The five factor model and impulsivity : Using a structural model of personality to understand impulsivity. *Personality and individual differences, 30*(4), 669-689.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Wickham, H., Averick, M., Bryan, J., Chang, W., McGowan, L. D., François, R., Grolemond, G., Hayes, A., Henry, L., & Hester, J. (2019). *Welcome to the tidyverse. J. Open Source Softw. 4 (43), 1686.*
- Wiechelt, S. A. (2007). The specter of shame in substance misuse. *Substance Use & Misuse, 42*(2-3), 399-409.
- Wiechelt, S. A., & Sales, E. (2001). The role of shame in women's recovery from alcoholism : The impact of childhood sexual abuse. *Journal of Social Work Practice in the Addictions, 1*(4), 101-116.
- Williams, D. R., & Mohammed, S. A. (2009). Discrimination and racial disparities in health : Evidence and needed research. *Journal of behavioral medicine, 32*(1), 20-47.
- Wilson, H., Brener, L., Mao, L., & Treloar, C. (2014). Perceived discrimination and injecting risk among people who inject drugs attending Needle and Syringe Programmes in Sydney, Australia. *Drug and Alcohol Dependence, 144*, 274-278.
- Winkeljohn Black, S., Pössel, P., & Dietz, A. (2016). Understanding student drinking patterns : Does shame proneness matter? *Journal of drug education, 46*(3-4), 82-95.
- Wong, E. C., Collins, R. L., McBain, R. K., Breslau, J., Burnam, M. A., Cefalu, M. S., & Roth, E. (2021). Racial-Ethnic Differences in Mental Health Stigma and Changes Over the Course of a Statewide Campaign. *Psychiatric Services (Washington, D.C.), 72*(5), 514-520.
<https://doi.org/10.1176/appi.ps.201900630>

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Wood, L., Byrne, R., & Morrison, A. P. (2017). An integrative cognitive model of internalized stigma in psychosis. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 45*(6), 545-560.
- Woon, L. S.-C., Im Khoo, S., Baharudin, A., & Midin, M. (2020). Association between insight and internalized stigma and other clinical factors among patients with depression : A cross-sectional study. *Indian journal of psychiatry, 62*(2), 186.
- World Health Organization. (2019). *Global status report on alcohol and health 2018*. World Health Organization.
- Wright, E. R., Gronfein, W. P., & Owens, T. J. (2000). Deinstitutionalization, social rejection, and the self-esteem of former mental patients. *Journal of health and social behavior, 68*-90.
- Xu, H., Bègue, L., & Shankland, R. (2011). Guilt and guiltlessness : An integrative review. *Social and Personality Psychology Compass, 5*(7), 440-457.
- Yang, L. H., Grivel, M. M., Anderson, B., Bailey, G. L., Opler, M., Wong, L. Y., & Stein, M. D. (2019). A new brief opioid stigma scale to assess perceived public attitudes and internalized stigma : Evidence for construct validity. *Journal of substance abuse treatment, 99*, 44-51.
- Yanos, P. T., Lucksted, A., Drapalski, A. L., Roe, D., & Lysaker, P. (2015). Interventions targeting mental health self-stigma : A review and comparison. *Psychiatric rehabilitation journal, 38*(2), 171.
- Yanos, P. T., Roe, D., & Lysaker, P. H. (2011). Narrative enhancement and cognitive therapy : A new group-based treatment for internalized stigma

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- among persons with severe mental illness. *International journal of group psychotherapy*, 61(4), 576-595.
- Yanos, P. T., Roe, D., Markus, K., & Lysaker, P. H. (2008). Pathways between internalized stigma and outcomes related to recovery in schizophrenia spectrum disorders. *Psychiatric services*, 59(12), 1437-1442.
- Zahn-Waxler, C., & Van Hulle, C. (2011). Empathy, guilt, and depression. *Pathological altruism*, 321-344.
- Zewdu, S., Hanlon, C., Fekadu, A., Medhin, G., & Teferra, S. (2019). Treatment gap, help-seeking, stigma and magnitude of alcohol use disorder in rural Ethiopia. *Substance abuse treatment, prevention, and policy*, 14(1), 1-10.
- Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta psychiatrica scandinavica*, 67(6), 361-370.

ANNEXES

Annexe 1. Accord comité éthique



CER U-Paris

(Comité d'Éthique de la Recherche)

Présidente : Jacqueline Fagard

N° 2020-37-MILAN-
VARESCON

PROTOCOLE : Stigmatisation intériorisée : processus et implications des émotions réflexives auprès des consommateurs et consommatrices d'alcool - StigmAlcool

Noms du/des chercheur(s) : Lena Milan ; Isabelle Varescon

Email pour la correspondance : lena-milan@hotmail.fr; isabelle.varescon@parisdescartes.fr

Labo/Service : Laboratoire de Psychopathologie et Processus de Santé; Institut de Psychologie; Université de Paris

Évalué à la séance du 16/06/2020

AVIS : Favorable

Par cet avis favorable, le CER U-Paris ne se prononce pas sur le respect des mesures barrières contre le Covid-19. Afin de protéger les participants et les personnes impliquées dans la recherche, les responsables de la recherche doivent impérativement se mettre en conformité avec les mesures préconisées pour toutes recherches sur site et hors site par les tutelles hébergeant les unités de recherche concernées, via le DU et responsable hygiène et sécurité.

L'avis favorable du CER U-Paris n'exonère pas des formalités réglementaires. A cet égard, il vous appartient notamment, si vous traitez des données se rapportant à un individu directement ou indirectement identifiable, de vous conformer au règlement européen sur la protection des données (RGPD) en vigueur depuis 2018. Pour cela, vous pouvez solliciter les conseils du Correspondant informatique et libertés (CIL) ou du service juridique de votre université ou de votre organisme de recherche.

Les investigateurs faisant appel aux services du CER U-Paris s'engagent à lui signaler tout événement non anticipé survenant en cours d'étude. Ces éléments seront utilisés aux fins d'amélioration des futurs services et conseils que le CER U-Paris pourrait donner.

N° IRB : 00012020-37

Jacqueline Fagard

Annexe 2. Lettre information et formulaire de consentement étude de clarté

| |
|--|
| <p>Adaptation de deux questionnaires destinés aux consommateurs et consommatrices d'alcool</p> <p>Lettre d'information</p> |
|--|

Madame, Monsieur,

Nous vous proposons de participer à une étude menée par Léna Milan, psychologue clinicienne et doctorante en psychologie au sein du Laboratoire de Psychopathologie et Processus de Santé de l'Université de Paris.

Objectifs

Cette courte étude vise à évaluer deux questionnaires, l'un portant sur les perceptions de sa consommation d'alcool, l'autre portant sur les représentations générales liées à la consommation d'alcool. Ces questionnaires ont été traduits de l'anglais au français, et nous souhaitons vérifier leur adaptation avant de les utiliser dans le cadre d'une recherche doctorale menée par l'investigatrice principale.

Votre participation

Si vous acceptez de participer, le remplissage des questionnaires devrait vous prendre environ 10 minutes. Il est possible d'y répondre sur une tablette ou au format papier, selon votre préférence.

Léna Milan pourra, si vous le souhaitez, être présente lorsque vous complétez les questionnaires pour répondre à vos questions.

Si vous choisissez de participer à l'étude, sachez que vous pourrez y mettre fin dès que vous le souhaitez sans que cela impacte votre prise en charge. Les données vous concernant seront alors immédiatement détruites.

Un **masque**, des **gants** et/ou du gel **hydroalcoolique** vous seront proposés.

Confidentialité et anonymat

Cette recherche est confidentielle : toutes les réponses et toutes les informations vous concernant sont uniquement destinées à la réalisation de cette étude et ne seront ni montrées ni transmises à d'autres personnes.

Les données sont également anonymes, ce qui signifie qu'à aucun moment votre nom/prénom ne sera demandé.

Les résultats globaux de l'étude seront susceptibles d'être utilisés pour la rédaction d'articles ou de communications scientifiques tout en garantissant votre anonymat (votre nom ne figurera en aucun cas). Il vous est également possible de recevoir un compte-rendu des résultats généraux, en contactant Léna Milan (coordonnées ci-dessous).

Bénéfices et inconvénients possibles

En participant à cette étude, vous permettez de faire évoluer la recherche au sujet du vécu et des ressentis liés à la consommation d'alcool.

Le fait de participer ne comporte aucun risque ni inconvénient majeur. S'il s'avère que certaines questions entraînent chez vous des émotions ou pensées difficiles, il est possible d'arrêter la passation à n'importe quel moment et vous aurez la possibilité d'en parler aux différents professionnels présents dans la structure que vous fréquentez.

Votre collaboration est essentielle à la réalisation de ce projet et nous vous remercions de l'attention que vous porterez à cette étude.

Léna Milan

Psychologue clinicienne et doctorante en psychologie

Lena.milan.marghieri@gmail.com

Université de Paris

Laboratoire de Psychopathologie et Processus de Santé

71 Avenue Edouard Vaillant

92 100 Boulogne-Billancourt



LABORATOIRE
PSYCHOPATHOLOGIE
ET PROCESSUS DE SANTÉ



**Adaptation de deux questionnaires destinés aux consommateurs et consommatrices
d'alcool**

Formulaire de consentement

J'ai lu et compris la fiche d'information qui m'a été remise, et j'ai pu poser toutes les questions que je souhaitais.

J'accepte volontairement de participer à cette étude et je comprends que ma participation n'est pas obligatoire et que je peux stopper ma participation à tout moment sans avoir à me justifier.

Je comprends que les informations recueillies sont strictement confidentielles et à usage exclusif de l'investigatrice de l'étude (Léna Milan).

J'ai été informé.e que mon identité n'apparaîtra dans aucun rapport ou publication et que toute information me concernant sera traitée de façon confidentielle.

Signature du ou de la participant en cochant la case ci-dessous (précédée de la mention « lu et approuvé ») :

.....

Léna Milan

Psychologue clinicienne et doctorante en psychologie

lena.milan.marghieri@gmail.com

Université– Université de Paris

Laboratoire de Psychopathologie et Processus de Santé

71 Avenue Edouard Vaillant

92 100 Boulogne-Billancourt



**LABORATOIRE
PSYCHOPATHOLOGIE
ET PROCESSUS DE SANTÉ**



Annexe 3. Protocole questionnaires étude de clarté

| |
|---|
| Etude d'adaptation de deux questionnaires |
|---|

Voici deux questionnaires, traduits en français, sur les représentations de la consommation d'alcool.

Votre tâche consiste à lire chacun des énoncés et évaluer si la formulation est **claire** et **simple à comprendre**.

Étapes à suivre :

Lisez un énoncé à la fois.

Évaluer la clarté de cet énoncé en vous basant sur ceci :

Un énoncé est clair lorsque l'on ne se pose pas de question suite à sa lecture. Vous comprenez très bien le sens de l'énoncé et si on vous demandait de l'expliquer à une autre personne, vous seriez capable de le faire sans problème.

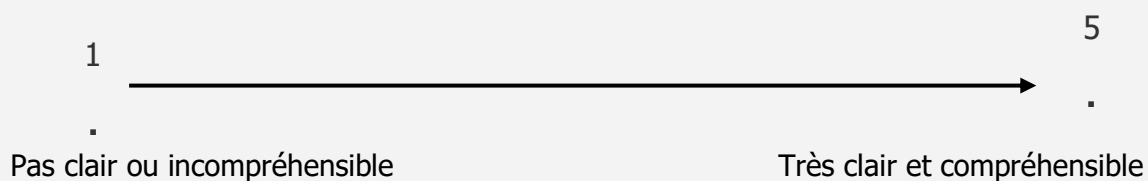
Encercler le chiffre sur l'échelle de clarté qui correspond le mieux à votre évaluation.

Si vous encercliez le chiffre **1** ou **2** sur l'échelle de clarté, merci d'encercler directement sur le questionnaire le terme ou le groupe de mots qui porte à confusion.

Passer à l'énoncé suivant.

À la fin des questionnaires, vous trouverez un espace libre pour, si vous le souhaitez, donner votre avis plus amplement !

On ne vous demande pas de répondre aux questions, simplement d'évaluer si vous les avez comprises



| Je pense que les gens croient que... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|--|---|---|---|---|---|
| 1. La plupart des gens qui ont des problèmes d'alcool ne sont pas dignes de confiance. | • | • | • | • | • |
| 2. La plupart des gens qui ont des problèmes d'alcool sont horribles. | • | • | • | • | • |
| 3. La plupart des gens qui ont des problèmes d'alcool ne sont pas capable de trouver ou garder un emploi. | • | • | • | • | • |
| 4. La plupart des gens qui ont des problèmes d'alcool sont sales et ne prennent pas soin d'eux-même/elle-même. | • | • | • | • | • |
| 5. La plupart des gens qui ont des problèmes d'alcool ne peuvent s'en prendre qu'à eux-mêmes ou elles-mêmes. | • | • | • | • | • |
| 6. La plupart des gens qui ont des problèmes d'alcool ne sont pas fiables. | • | • | • | • | • |
| 7. La plupart des gens qui ont des problèmes d'alcool ont une intelligence en dessous de la moyenne. | • | • | • | • | • |
| 8. La plupart des gens qui ont des problèmes d'alcool sont imprévisibles. | • | • | • | • | • |
| 9. La plupart des gens qui ont un problème d'alcool sont émotionnellement instables. | • | • | • | • | • |
| 10. La plupart des gens qui ont des problèmes d'alcool ne se sortiront jamais de leurs problèmes d'alcool. | • | • | • | • | • |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 11. La plupart des gens qui ont des problèmes d'alcool manquent de volonté. | . | . | . | . | . |
| 12. La plupart des gens qui ont des problèmes d'alcool sont violent.e.s. | . | . | . | . | . |
| 13. La plupart des gens qui ont des problèmes d'alcool vivent aux dépends des autres. | . | . | . | . | . |
| 14. La plupart des gens qui ont des problèmes d'alcool sont incapables de résoudre leurs soucis autrement que par l'alcool. | . | . | . | . | . |
| 15. La plupart des gens qui ont des problèmes d'alcool s'apitoient sur leur sort. | . | . | . | . | . |
| 16. La plupart des gens qui ont un problème avec d'alcool sont paresseux.euse | . | . | . | . | . |

On ne vous demande pas de répondre aux questions, simplement d'évaluer si vous les avez comprises

1

5

.

.

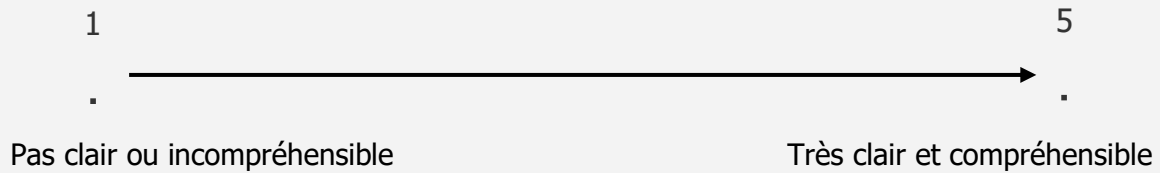
Pas clair ou incompréhensible

Très clair et compréhensible

| Je pense que | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. La plupart des gens qui ont des problèmes d'alcool sont responsables de leurs problèmes. | . | . | . | . | . |
| 2. La plupart des gens qui ont des problèmes d'alcool sont imprévisibles. | . | . | . | . | . |
| 3. La plupart des gens qui ont des problèmes d'alcool ne se sortiront jamais de leurs problèmes d'alcool. | . | . | . | . | . |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 4. <i>La plupart des gens qui ont des problèmes d'alcool ne sont pas capable de trouver ou garder un emploi.</i> | ▪ | ▪ | ▪ | ▪ | ▪ |
| 5. <i>La plupart des gens qui ont des problèmes d'alcool s'apitoient sur leur sort.</i> | ▪ | ▪ | ▪ | ▪ | ▪ |
| 6. <i>La plupart des gens qui ont des problèmes d'alcool sont sales et ne prennent pas soin d'eux-même/elle-même..</i> | ▪ | ▪ | ▪ | ▪ | ▪ |
| 7. <i>La plupart des gens qui ont des problèmes d'alcool sont paresseux.euse.</i> | ▪ | ▪ | ▪ | ▪ | ▪ |
| 8. <i>La plupart des gens qui ont des problèmes d'alcool sont incapables de résoudre leurs soucis autrement que par l'alcool.</i> | ▪ | ▪ | ▪ | ▪ | ▪ |
| 9. <i>La plupart des gens qui ont des problèmes d'alcool vivent aux dépends des autres.</i> | ▪ | ▪ | ▪ | ▪ | ▪ |
| 10. <i>La plupart des gens qui ont des problèmes d'alcool sont violent.e.</i> | ▪ | ▪ | ▪ | ▪ | ▪ |
| 11. <i>La plupart des gens qui ont des problèmes d'alcool ne sont pas dignes de confiance.</i> | ▪ | ▪ | ▪ | ▪ | ▪ |
| 12. <i>La plupart des gens qui ont des problèmes d'alcool manquent de volonté.</i> | ▪ | ▪ | ▪ | ▪ | ▪ |
| 13. <i>La plupart des gens qui ont des problèmes d'alcool sont horribles.</i> | ▪ | ▪ | ▪ | ▪ | ▪ |
| 14. <i>La plupart des gens qui ont des problèmes d'alcool sont émotionnellement instables.</i> | ▪ | ▪ | ▪ | ▪ | ▪ |
| 15. <i>La plupart des gens qui ont des problèmes d'alcool ne sont pas fiables.</i> | ▪ | ▪ | ▪ | ▪ | ▪ |
| 16. <i>La plupart des gens qui ont des problèmes d'alcool ont une intelligence en dessous de la moyenne.</i> | ▪ | ▪ | ▪ | ▪ | ▪ |

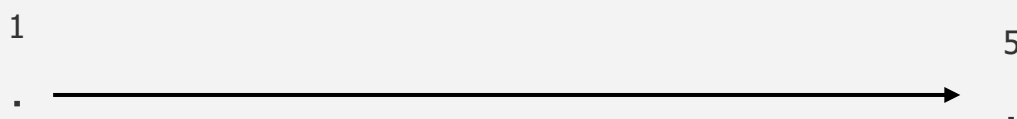
On ne vous demande pas de répondre aux questions, simplement d'évaluer si vous les avez comprises



| Parce que j'ai des problèmes d'alcool... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|----------|----------|----------|----------|----------|
| <i>1. Je ne suis pas fiable.</i> | . | . | . | . | . |
| <i>2. Je suis paresseux.euse.</i> | . | . | . | . | . |
| <i>3. Je suis émotionnellement instable.</i> | . | . | . | . | . |
| <i>4. J'ai une intelligence en dessous de la moyenne.</i> | . | . | . | . | . |
| <i>5. Je ne suis pas digne de confiance.</i> | . | . | . | . | . |
| <i>6. Je manque de volonté.</i> | . | . | . | . | . |
| <i>7. Je vis aux dépens des autres.</i> | . | . | . | . | . |
| <i>8. Je suis violent.e.</i> | . | . | . | . | . |
| <i>9. Je suis incapable de trouver ou garder un emploi stable.</i> | . | . | . | . | . |
| <i>10. Je suis sale et ne prends pas soin de moi.</i> | . | . | . | . | . |
| <i>11. Je suis incapable de résoudre des soucis autrement que par l'alcool.</i> | . | . | . | . | . |
| <i>12. Je m'apitoie sur mon sort.</i> | . | . | . | . | . |
| <i>13. Je n'arriverais jamais à me sortir de l'alcool.</i> | . | . | . | . | . |

| | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| | | | | | |
| <i>14. Je suis responsable de mes problèmes.</i> | • | • | • | • | • |
| <i>15. Je suis imprévisible.</i> | • | • | • | • | • |
| <i>16. Je suis horrible.</i> | • | • | • | • | • |

On ne vous demande pas de répondre aux questions, simplement d'évaluer si vous les avez comprises



Pas clair ou incompréhensible

Très clair et compréhensible

| Actuellement je me respecte moins parce que... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|----------|----------|----------|----------|----------|
| <i>1. Je m'apitoie sur mon sort.</i> | • | • | • | • | • |
| <i>2. Je suis paresseux.euse.</i> | • | • | • | • | • |
| <i>3. Je ne suis pas fiable.</i> | • | • | • | • | • |
| <i>4. Je suis incapable de trouver ou de garder un emploi stable.</i> | • | • | • | • | • |
| <i>5. Je suis émotionnellement instable.</i> | • | • | • | • | • |
| <i>6. Je manque de volonté.</i> | • | • | • | • | • |
| <i>7. Je ne suis pas digne de confiance.</i> | • | • | • | • | • |
| <i>8. Je suis responsable de mes problèmes.</i> | • | • | • | • | • |
| <i>9. Je suis violent.e.</i> | • | • | • | • | • |
| <i>10. Je n'arriverais jamais à me sortir de l'alcool.</i> | • | • | • | • | • |
| <i>11. Je suis horrible.</i> | • | • | • | • | • |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| <i>12. Je suis incapable de résoudre des soucis autrement que par l'alcool.</i> | ▪ | ▪ | ▪ | ▪ | ▪ |
| <i>13. Je suis imprévisible.</i> | ▪ | ▪ | ▪ | ▪ | ▪ |
| <i>14. Je suis sale et ne prends pas soin de moi.</i> | ▪ | ▪ | ▪ | ▪ | ▪ |
| <i>15. Je vis aux dépens des autres.</i> | ▪ | ▪ | ▪ | ▪ | ▪ |
| <i>16. J'ai une intelligence en dessous de la moyenne.</i> | ▪ | ▪ | ▪ | ▪ | ▪ |

On ne vous demande pas de répondre aux questions, simplement d'évaluer si vous les avez comprises

1

5



Pas clair ou incompréhensible

Très clair et compréhensible

| | | | | | | |
|---|--|---|---|---|---|---|
| 1 | Je me sens mal à propos de certaines choses que j'ai faites en buvant. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2 | Si mes ami.e.s buvaient moins, je boirais moins. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3 | Je me sens mal quand je pense à ma consommation d'alcool. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4 | Il n'y aurait aucun bénéfice à réduire ma consommation d'alcool. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5 | Quand je pense à ma consommation d'alcool, j'ai l'impression de ne pas être à la hauteur en tant que personne. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6 | Mon niveau de consommation d'alcool est largement influencé par les gens avec qui je bois. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7 | Je ressens le besoin de me racheter pour certaines choses que j'ai faites en buvant. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8 | Je pense que boire moins que ce que je bois actuellement serait inutile. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| | | | | | | |
|----|---|---|---|---|---|---|
| 9 | Je me sens mal parce que ma consommation d'alcool a eu un impact négatif sur les autres. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10 | Je ne boirais pas autant si je n'étais pas influencé.e par certaines personnes. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11 | J'ai pris de mauvaises décisions concernant ma consommation d'alcool. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12 | Quand je pense à ma consommation d'alcool, j'ai l'impression que je ne peux rien faire de bien. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13 | Si je bois autant, c'est à cause de mes ami.e.s. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 14 | Je n'ai rien à gagner à boire moins. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 15 | À cause de ma consommation d'alcool, j'ai un sentiment d'échec. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 16 | J'ai besoin d'améliorer le comportement que j'ai lorsque j'ai bu. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 17 | Je me sens seul.e et isolé.e quand je pense à ma consommation d'alcool. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

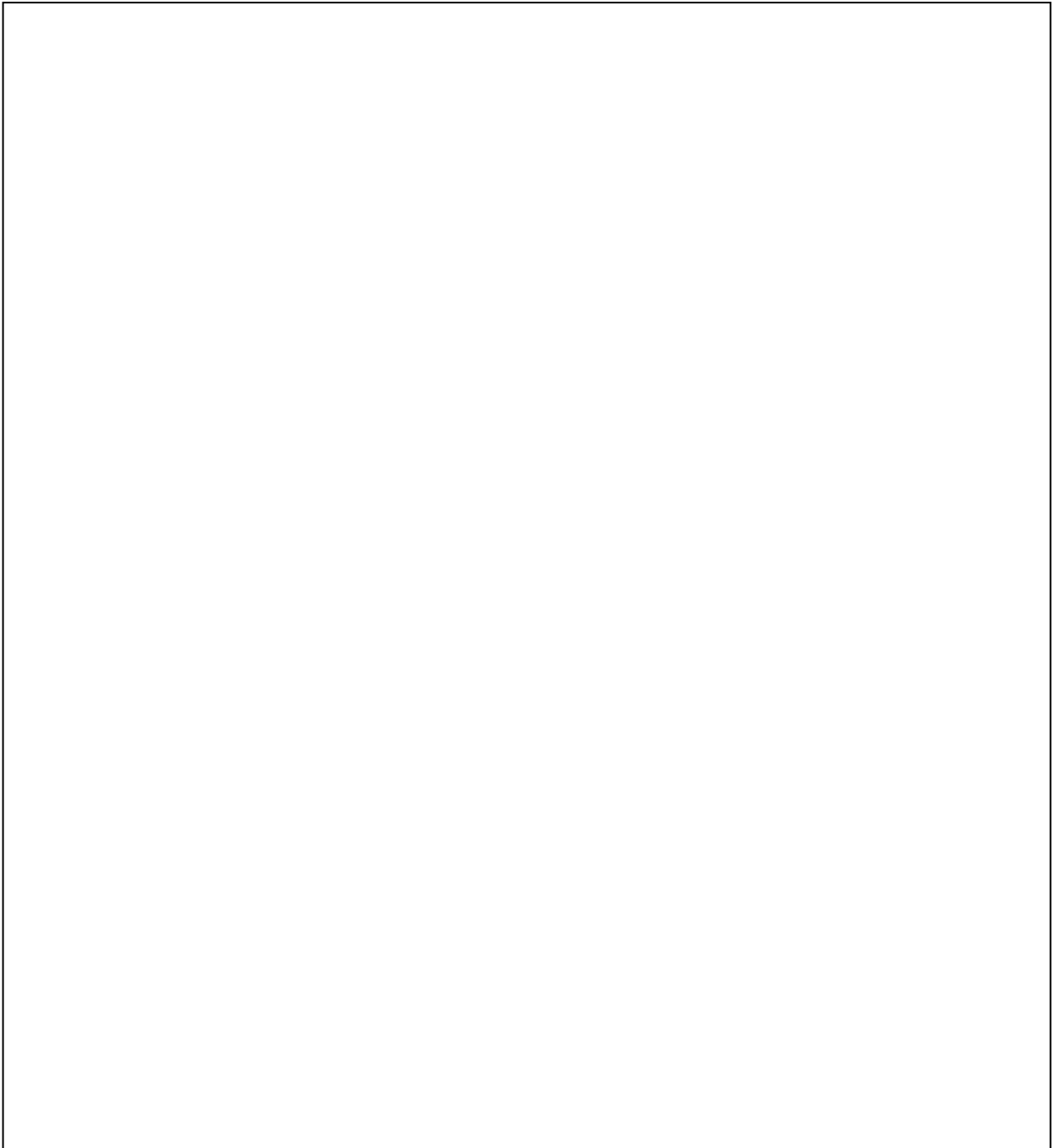
Pour finir, quelques questions à propos de vous...

| | | |
|---|--|--|
| Genre : Femme <input type="checkbox"/> | Homme <input type="checkbox"/> | Autre : |
| Âge : | | |
| Statut matrimonial actuel : | | |
| Célibataire <input type="checkbox"/> | Pacsé.e <input type="checkbox"/> | Divorcé.e ou séparé.e <input type="checkbox"/> |
| Concubinage <input type="checkbox"/> | Marié.e <input type="checkbox"/> | Veuf.ve <input type="checkbox"/> |
| Jusqu'à quel niveau d'études avez-vous été ? | | |
| Jamais été à l'école <input type="checkbox"/> | Enseignement primaire <input type="checkbox"/> | |
| Enseignement secondaire (de la 6 ^{ème} à la 3 ^{ème}) : CAP, BEP <input type="checkbox"/> | | |
| Baccalauréat ou équivalent <input type="checkbox"/> | BAC+3 <input type="checkbox"/> | |
| BAC+5 <input type="checkbox"/> | Autres : | |
| Activité/ inactivité professionnelle : | | |
| En emploi <input type="checkbox"/> | En recherche d'emploi <input type="checkbox"/> | En arrêt longue maladie <input type="checkbox"/> |
| Retraité.e <input type="checkbox"/> | Etudiant.e <input type="checkbox"/> | -- Autres : -- |
| Vous vivez... ? | | |
| En tant que locataire dans un appartement/une maison <input type="checkbox"/> Hebergé.e par un.e tierce personne <input type="checkbox"/> | | |
| En tant que propriétaire dans un appartement/une maison <input type="checkbox"/> Dans un foyer <input type="checkbox"/> | | |
| Sans domicile fixe <input type="checkbox"/> | | |
| Langue natale : | | |

Espace de libre expression

N'hésitez pas à noter tout commentaire, avis, cet espace est pour vous, vous y déposer ce que vous souhaitez !

Merci pour votre temps, votre participation !



Annexe 4. Affiches et documents créés pour le recrutement de l'étude de clarté

APPEL À PARTICIPATION

QUESTIONNAIRE SUR LES REPRESENTATIONS LIEES A LA CONSOMMATION D'ALCOOL : VOTRE AVIS NOUS INTERESSE

- 10 minutes à nous accorder ?**
- Répondez à deux questionnaires (anonymes et confidentiels)**
- Exprimez-vous librement sur comment vous trouvez ces questionnaires**
- Recherche menée par :
Léna Milan
Lena.milan.marghieri@gmail.com**

Université de Paris

LABORATOIRE PSYCHOPATHOLOGIE ET PROCESSUS DE SANTÉ

3CH Ecole Doctorale 261

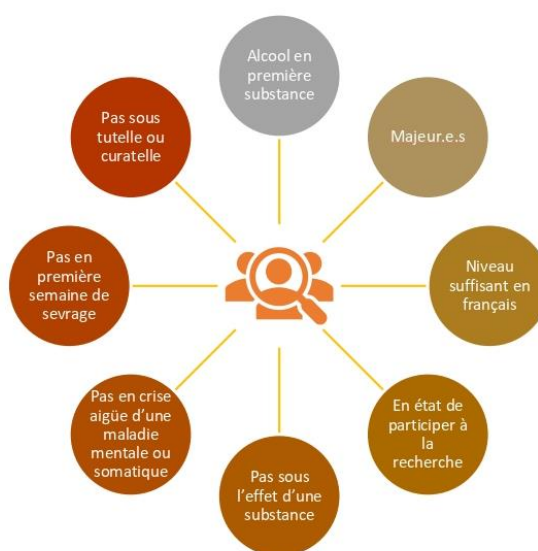
StigmAlcool

Etude visant à approfondir les connaissances sur l'intériorisation des stigmates chez les consommateurs d'alcool, en termes de processus mais également d'implication émotionnelle. Design d'étude **mixte** (à savoir une qualitative par **entretien**, ou une partie dite quantitative à travers le remplissage de **questionnaires**, ou bien, les deux !)

1^{ère} étape de cette étude qui va se dérouler sur l'année 2020/2021 : **pré-validation de deux questionnaires**

Deux **questionnaires** existant uniquement en langue anglaise ont été traduits pour pouvoir être utilisés en langue française, il nous faut cependant en **vérifier la clarté et la compréhension auprès des consommateurs et consommatrices**.

Cette 1^{ère} petite étude est **rapide** (une dizaine de minutes), et peut être proposée à toute personne correspondant aux critères suivants :



Si vous pensez à des **patient.e.s** susceptibles d'accepter, de correspondre à ces critères n'hésitez pas à leur en parler, ou à m'en faire part.

Des protocoles papiers des questionnaires sont mis à disposition au secrétariat. Ils sont composés d'une lettre d'information (détachable), à destination du ou de la participant.e.s, expliquant brièvement l'étude et le cadre dans laquelle elle s'inscrit. En seconde page se trouve un formulaire de consentement, puis, les deux questionnaires au sein desquels les modalités de réponses à chaque item ont été modifiées par une échelle de compréhension de ces items. Enfin, un espace de libre expression est laissé à la fin pour permettre aux participant.e.s de s'exprimer.

Je serais présente sur le service les :

Lundis
matins

Mardis
matins

Jeudis

Léna Milan – Psychologue Clinicienne et doctorante en psychologie – lana.milan.marghieri@gmail.fr – 06.43.18.69.99

Annexe 5. Lettre information et formulaire de consentement

Etude sur les pensées et les émotions des consommateurs et consommatrices d'alcool
en Ile de France

Lettre d'information

Madame, Monsieur,

Nous vous proposons de participer à une étude menée par Léna Milan, psychologue clinicienne et doctorante en psychologie au sein du Laboratoire de Psychopathologie et Processus de Santé de l'Université de Paris.

Objectifs

Cette étude porte sur les représentations liées à la consommation d'alcool, et investigate les pensées et ressentis des consommateurs et consommatrices. Et ce, afin d'améliorer l'accompagnement, l'aide et la sensibilisation des consommateurs.trices.

Cela nous permet de mieux comprendre les processus en jeu dans la consommation, mais également les implications et conséquences que cela représente pour tout un chacun.

Votre participation

Votre participation consiste à répondre à des questionnaires d'une durée totale estimée à 30 minutes. Ces questionnaires comprennent des questions générales sur vous, sur vos consommations, et certains de vos états émotionnels.

Léna Milan pourra, si vous le souhaitez, être présente lorsque vous répondez à ce questionnaire pour vous aider en cas de difficultés. Cette étude étant basée sur votre volontariat, vous choisissez d'y participer, vous avez le droit de refuser, et pouvez-vous en retirer dès que vous le souhaitez.

Confidentialité et anonymat

Cette recherche est confidentielle : toutes les réponses et toutes les informations vous concernant sont uniquement destinées à la réalisation de ce travail, et ne seront ni montrées ni transmises à d'autres personnes non impliqué.e.s dans la recherche. Ainsi, votre participation n'influence en rien votre prise en charge dans la structure où cette recherche vous a été proposée.

Les données sont également anonymes, ce qui signifie qu'à aucun moment votre nom/prénom ne sera demandé.

Aucun résultat personnel ne vous sera transmis, mais les résultats généraux de l'étude seront potentiellement diffusés au sein d'articles scientifiques ou de communications scientifiques tout en garantissant votre anonymat (votre nom ne figurera en aucun cas). Il vous est également possible de recevoir un compte rendu des résultats généraux par mail, en contactant Léna Milan (coordonnées ci-dessous).

Bénéfices et inconvénients possibles

En participant.e.s à cette étude, vous permettez de faire évoluer la recherche au sujet de la consommation d'alcool.

Le fait de participer à cette étude ne comporte aucun risque ni inconvénient majeur. S'il s'avère que certaines questions entraînent chez vous des émotions ou pensées difficiles, il est possible d'arrêter la passation à n'importe quel moment, puis, n'hésitez pas à en parler aux différents professionnels présents dans la structure que vous fréquentez.

Votre collaboration est essentielle à la réalisation de ce projet et nous vous remercions de l'attention que vous porterez à cette étude.

Léna Milan

Psychologue clinicienne et doctorante en psychologie

Lena.milan.marghieri@gmail.com

Université de Paris

Laboratoire de Psychopathologie et Processus de Santé

71 Avenue Edouard Vaillant

92 100 Boulogne-Billancourt



Université de Paris



LABORATOIRE
PSYCHOPATHOLOGIE
ET PROCESSUS DE SANTÉ



3 CH
Ecole Doctorale
261 COGNITION
COMPORTEMENTS
CONDUITES HUMAINES

**Etude sur les pensées et les émotions des consommateurs et
consommatrices d'alcool en Ile de France**

Formulaire de consentement

J'ai lu et compris la fiche d'information qui m'a été remise, et j'ai pu poser toutes les questions que je souhaitais.

J'accepte volontairement de participer à cette étude et je comprends que ma participation n'est pas obligatoire et que je peux stopper ma participation à tout moment sans avoir à me justifier ni encourir aucune responsabilité.

Je comprends que les informations recueillies sont strictement confidentielles et à usage exclusif de l'investigatrice de l'étude (Léna Milan).

J'ai été informé.e que mon identité n'apparaîtra dans aucun rapport ou publication et que toute information me concernant sera traitée de façon confidentielle.

Le cas échéant, j'accepte que l'entretien auquel je participe soit enregistré via un dictaphone (enregistreur vocal), et ai compris que cet enregistrement sera supprimé après retranscription.

Signature du ou de la participant en cochant la case ci-dessous (précédée de la mention « lu et approuvé ») :

Léna Milan

Psychologue clinicienne et doctorante en psychologie
[lena.milan.marghieri@gmail.com](mailto:lana.milan.marghieri@gmail.com)

Université– Université de Paris
Laboratoire de Psychopathologie et Processus de Santé
71 Avenue Edouard Vaillant
92 100 Boulogne-Billancourt



**LABORATOIRE
PSYCHOPATHOLOGIE
ET PROCESSUS DE SANTÉ**



Annexe 6. Protocole de recherche

Merci d'avoir accepté de participer à l'étude Stigmalcool.

Pour continuer nous devons nous assurer que :

Vous avez entre 18 et 65 ans ·

Vous consultez dans cette structure pour des difficultés liées à la consommation d'alcool ·

Vous parlez et comprenez assez bien le français pour répondre à un questionnaire ·

- **Vous avez lu et signé le formulaire de consentement ainsi que la lettre d'information ·**
 - **Vous vous sentez apte à participer ·**

En revanche ;

- **Vous n'êtes pas en première semaine d'hospitalisation pour un sevrage ·**
 - **Vous n'êtes pas en crise d'une maladie quelconque ·**
 - **Vous n'avez pas consommé dans les 5 dernières heures ·**
 - **Vous n'êtes pas sous tutelle ou curatelle ·**

Questionnaire n°1 : Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) (Saunders, Aasland, Babor, De la Fuente, & Grant, 1993)

| Questions | Points | | | | |
|--|--------|----------------------------|---------------------|------------------------|-----------------------------|
| | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 1. Quelle est la fréquence de votre consommation d'alcool ? | Jamais | Une fois par mois ou moins | 2 à 4 fois par mois | 2 à 3 fois par semaine | Au moins 4 fois par semaine |
| 2. Combien de verres contenant de l'alcool consommez-vous un jour typique où vous buvez ? | 1 ou 2 | 3 ou 4 | 5 ou 6 | 7 ou 8 | 10 ou plus |
| 3. Avec quelle fréquence buvez-vous six verres ou davantage lors d'une occasion particulière ? | Jamais | Moins d'une fois par mois | Une fois par mois | Une fois par semaine | Tous les jours ou presque |
| 4. Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous constaté que vous n'étiez plus capable de vous arrêter de boire une fois que vous aviez commencé ? | Jamais | Moins d'une fois par mois | Une fois par mois | Une fois par semaine | Tous les jours ou presque |
| 5. Au cours de l'année écoulée, combien de fois votre consommation d'alcool vous a-t-elle empêché de faire ce qui était normalement attendu de vous ? | Jamais | Moins d'une fois par mois | Une fois par mois | Une fois par semaine | Tous les jours ou presque |
| 6. Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous eu besoin d'un premier verre pour pouvoir démarrer après avoir beaucoup bu la veille ? | Jamais | Moins d'une fois par mois | Une fois par mois | Une fois par semaine | Tous les jours ou presque |

| | | | | | |
|--|--------|---------------------------|---|----------------------|---------------------------|
| 7. Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous eu un sentiment de culpabilité ou des remords après avoir bu ? | Jamais | Moins d'une fois par mois | Une fois par mois | Une fois par semaine | Tous les jours ou presque |
| 8. Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous été incapable de vous rappeler ce qui s'était passé la soirée précédente parce que vous aviez bu ? | Jamais | Moins d'une fois par mois | Une fois par mois | Une fois par semaine | Tous les jours ou presque |
| 9. Avez-vous été blessé ou quelqu'un d'autre a-t-il été blessé parce que vous aviez bu ? | Non | | Oui, mais pas au cours de l'année écoulée | | Oui, au cours de l'année |
| 10. Un parent, un ami, un médecin ou un autre soignant s'est-il inquiété de votre consommation d'alcool ou a-t-il suggéré que vous la réduisiez ? | Non | | Oui, mais pas au cours de l'année écoulée | | Oui, au cours de l'année |

Questionnaire n° 2 : Drug Abuse Screening Test (DAST-10) (Villalobos-Gallegos, Pérez-López, Mendoza-Hassey, Graue-Moreno, & Marín-Navarrete, 2015)

Les questions portent sur la consommation de drogues (à l'exclusion de l'alcool et du tabac) au cours des 12 derniers mois. L'expression « abus de médicaments et autres drogues » utilisée dans les questions désigne soit l'utilisation excessive de médicaments d'ordonnance ou sans ordonnance, soit l'usage de drogues à des fins non-médicales.

| | Oui | Non |
|---|-----|-----|
| Avez-vous consommé d'autres médicaments ou drogues que ceux qui sont requis pour des raisons médicales ? | | |
| Abusez-vous de plus d'un médicament ou d'une drogue à la fois ? | | |
| Pouvez-vous toujours cesser de consommer quand vous le désirez ? (Si vous n'avez jamais consommé de médicaments ou d'autres drogues, répondez « Oui ».) | | |
| Avez-vous déjà eu des pertes de connaissance (« blackouts ») ou des « flashbacks » causés par une consommation de médicaments ou d'autres drogues ? | | |
| Votre consommation de médicaments ou d'autres drogues vous gêne-t-elle ou vous sentez-vous coupable ? (Si vous n'en avez jamais consommé, répondez « Non ».) | | |
| Votre conjointe, votre conjoint, votre partenaire ou vos parents se sont-ils déjà plaints de votre consommation de médicaments ou de drogues ? | | |
| Avez-vous négligé votre famille à cause de votre consommation de médicaments ou d'autres drogues ? | | |
| Avez-vous déjà eu des activités illicites afin d'obtenir des médicaments ou d'autres drogues ? | | |
| Avez-vous déjà expérimenté des symptômes de sevrage (se sentir malade) lorsque vous avez cessé de consommer des médicaments ou d'autres drogues ? | | |
| Avez-vous déjà eu des problèmes médicaux causés par votre consommation de médicaments ou d'autres drogues (perte de mémoire, hépatite, convulsions, hémorragie, etc.) ? | | |

Echelle n°3 : *Perception of drinking scale* Version Française (Milan, Varescon, 2022)
 traduit de Treeby, Rice, Wilson, Prado, Bruno (2019)

Ci-dessous se trouvent plusieurs pensées, sentiments, réactions et inquiétudes que certaines personnes ont, ou pas, quand elles pensent à leur consommation d'alcool et aux éventuelles conséquences négatives qui y sont associées. En réfléchissant à votre propre consommation d'alcool durant les derniers mois, veuillez indiquer si votre expérience correspond aux déclarations suivantes selon une échelle de « 1 = Pas du tout d'accord » à « 5= Tout à fait d'accord ». Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses et on n'attend pas de vous que ressentiez telle ou telle émotion.

| | | Pas du tout d'accord | Pas d'accord | Pas sûr.e | D'accord | Tout à fait d'accord |
|---|--|-----------------------------|---------------------|------------------|-----------------|-----------------------------|
| 1 | Je me sens mal à propos de certaines choses que j'ai faites en buvant. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2 | Si mes ami.e.s buvaient moins, je boirais moins. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3 | Je me sens mal quand je pense à ma consommation d'alcool. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4 | Il n'y aurait aucun bénéfice à réduire ma consommation d'alcool. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5 | Quand je pense à ma consommation d'alcool, j'ai l'impression de ne pas être à la hauteur en tant que personne. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6 | Mon niveau de consommation d'alcool est largement influencé par les gens avec qui je bois. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7 | Je ressens le besoin de me racheter pour certaines choses que j'ai faites en buvant. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8 | Je pense que boire moins que ce que je bois actuellement serait inutile. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| | | | | | | |
|----|---|---|---|---|---|---|
| 9 | Je me sens mal parce que ma consommation d'alcool a eu un impact négatif sur les autres. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10 | Je ne boirais pas autant si je n'étais pas influencé.e par certaines personnes. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11 | J'ai pris de mauvaises décisions concernant ma consommation d'alcool. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12 | Quand je pense à ma consommation d'alcool, j'ai l'impression que je ne peux rien faire de bien. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13 | Si je bois autant, c'est à cause de mes ami.e.s. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 14 | Je n'ai rien à gagner à boire moins. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 15 | À cause de ma consommation d'alcool, j'ai un sentiment d'échec. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 16 | J'ai besoin d'améliorer le comportement que j'ai lorsque j'ai bu. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 17 | Je me sens seul.e et isolé.e quand je pense à ma consommation d'alcool. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Echelle n°4 : Stigma scale (King et al., 2007)

| Items | Tout à fait d'accord | D'accord | Ni d'accord ni pas d'accord | Pas d'accord | Pas du tout d'accord |
|---|----------------------|----------|-----------------------------|--------------|----------------------|
| 1. Avoir eu un problème de consommation m'a rendu plus compréhensif. | | | | | |
| 2. Je crains de dire aux gens que je bénéficie d'un traitement psychologique. | | | | | |
| 3. Mes problèmes de consommation m'ont rendu plus tolérant(e) vis-à-vis des autres gens | | | | | |
| 4. J'ai peur de la réaction des gens s'ils découvrent mes problèmes de consommation | | | | | |
| 5. Je suis fâché(e) de la manière dont les gens ont réagi à ma consommation | | | | | |
| 6. Des gens m'ont évité en raison de mes problèmes de consommation | | | | | |
| 7. Des gens m'ont insulté en raison de mes problèmes de consommation | | | | | |
| 8. Avoir eu des problèmes de consommation m'a rendu(e) plus solide | | | | | |

9. Je trouve difficile
de dire aux gens
que j'ai des
problèmes de
consommation

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | |
|--|--|--|--|--|

Echelle n°5 : Self-Stigma in Alcohol Dependence Version Française (Milan, Varescon, 2020) traduit de Schomerus et al., (2011)

Il y a beaucoup de représentation sur les personnes qui ont des problèmes de consommation d'alcool. Nous aimerions savoir ce que vous pensez de ce que **la plupart des gens** croît à propos de ces représentations.

*Merci de répondre aux questions suivantes en cochant la case appropriée sur l'échelle allant de 1 à 5, sachant que **1** signifiant « je ne suis pas du tout d'accord », **5** signifiant « je suis tout à fait d'accord ». Vous pouvez échelonner votre réponse en utilisant n'importe quel nombre entre 1 et 5.*

Remarque : ce questionnaire mesure ce que vous pensez que la plupart des gens croient, que vous partagiez personnellement leurs opinions ou pas.

| | Je ne suis pas du tout d'accord | | | | Je suis tout à fait d'accord |
|---|--|----------|----------|----------|-------------------------------------|
| Je pense que les gens croient que... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 17. La plupart des gens qui ont des problèmes d'alcool ne sont pas dignes de confiance. | ▪ | ▪ | ▪ | ▪ | ▪ |
| 18. La plupart des gens qui ont des problèmes d'alcool sont horribles. | ▪ | ▪ | ▪ | ▪ | ▪ |
| 19. La plupart des gens qui ont des problèmes d'alcool ne sont pas | ▪ | ▪ | ▪ | ▪ | ▪ |

- capable de trouver ou garder un emploi.
20. La plupart des gens qui ont des problèmes d'alcool sont sales et ne prennent pas soin d'eux-même/elle-même. ▪ ▪ ▪ ▪ ▪
21. La plupart des gens qui ont des problèmes d'alcool ne peuvent s'en prendre qu'à eux-mêmes ou elles-mêmes ? ▪ ▪ ▪ ▪ ▪
22. La plupart des gens qui ont des problèmes d'alcool ne sont pas fiables. ▪ ▪ ▪ ▪ ▪
23. La plupart des gens qui ont des problèmes d'alcool ont une intelligence en dessous de la moyenne. ▪ ▪ ▪ ▪ ▪
24. La plupart des gens qui ont des problèmes d'alcool sont imprévisibles. ▪ ▪ ▪ ▪ ▪
25. La plupart des gens qui ont un problème d'alcool sont émotionnellement instables. ▪ ▪ ▪ ▪ ▪
26. La plupart des gens qui ont des problèmes d'alcool ne se sortiront jamais de leurs problèmes d'alcool. ▪ ▪ ▪ ▪ ▪
27. La plupart des gens qui ont des problèmes d'alcool manquent de volonté. ▪ ▪ ▪ ▪ ▪
28. La plupart des gens qui ont des problèmes d'alcool sont violent.e.s. ▪ ▪ ▪ ▪ ▪

- | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 29. La plupart des gens qui ont des problèmes d'alcool vivent aux dépends des autres. | • | • | • | • | • |
| 30. La plupart des gens qui ont des problèmes d'alcool sont incapables de résoudre leurs soucis autrement que par l'alcool. | • | • | • | • | • |
| 31. La plupart des gens qui ont des problèmes d'alcool s'apitoient sur leur sort. | • | • | • | • | • |
| 32. La plupart des gens qui ont un problème avec d'alcool sont paresseux.euse | • | • | • | • | • |

Maintenant, nous aimerions savoir ce que vous pensez, actuellement, de ces affirmations. Etes-vous d'accord avec celles-ci ?

| | Je ne suis pas du tout d'accord | | | | | Je suis tout à fait d'accord | | | | |
|--|--|----------|----------|----------|----------|-------------------------------------|--|--|--|--|
| Je pense que | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | | | | |
| 17. La plupart des gens qui ont des problèmes d'alcool sont responsables de leurs problèmes. | • | • | • | • | • | | | | | |
| 18. La plupart des gens qui ont des problèmes d'alcool sont imprévisibles. | • | • | • | • | • | | | | | |
| 19. La plupart des gens qui ont des problèmes d'alcool ne se sortiront jamais de leurs problèmes d'alcool. | • | • | • | • | • | | | | | |

- | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 20. La plupart des gens qui ont des problèmes d'alcool ne sont pas capable de trouver ou garder un emploi. | ▪ | ▪ | ▪ | ▪ | ▪ |
| 21. La plupart des gens qui ont des problèmes d'alcool s'apitoient sur leur sort. | ▪ | ▪ | ▪ | ▪ | ▪ |
| 22. La plupart des gens qui ont des problèmes d'alcool sont sales et ne prennent pas soin d'eux-même/elle-même.. | ▪ | ▪ | ▪ | ▪ | ▪ |
| 23. La plupart des gens qui ont des problèmes d'alcool sont paresseux.euse. | ▪ | ▪ | ▪ | ▪ | ▪ |
| 24. La plupart des gens qui ont des problèmes d'alcool sont incapables de résoudre leurs soucis autrement que par l'alcool. | ▪ | ▪ | ▪ | ▪ | ▪ |
| 25. La plupart des gens qui ont des problèmes d'alcool vivent aux dépends des autres. | ▪ | ▪ | ▪ | ▪ | ▪ |
| 26. La plupart des gens qui ont des problèmes d'alcool sont violent.e. | ▪ | ▪ | ▪ | ▪ | ▪ |
| 27. La plupart des gens qui ont des problèmes d'alcool ne sont pas dignes de confiance. | ▪ | ▪ | ▪ | ▪ | ▪ |
| 28. La plupart des gens qui ont des problèmes d'alcool manquent de volonté. | ▪ | ▪ | ▪ | ▪ | ▪ |
| 29. La plupart des gens qui ont des problèmes d'alcool sont horribles. | ▪ | ▪ | ▪ | ▪ | ▪ |
| 30. La plupart des gens qui ont des problèmes d'alcool sont émotionnellement instables. | ▪ | ▪ | ▪ | ▪ | ▪ |
| 31. La plupart des gens qui ont des problèmes d'alcool ne sont pas fiables. | ▪ | ▪ | ▪ | ▪ | ▪ |
| 32. La plupart des gens qui ont des problèmes d'alcool ont une intelligence en dessous de la moyenne. | ▪ | ▪ | ▪ | ▪ | ▪ |

Ensuite, nous aimerions savoir si vous pensez que ces affirmations s'appliquent à **vous, actuellement.**

| | Je ne suis pas du tout d'accord | | | | Je suis tout à fait d'accord |
|--|--|----------|----------|----------|-------------------------------------|
| Parce que j'ai des problèmes d'alcool... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 17. Je ne suis pas fiable. | . | . | . | . | . |
| 18. Je suis paresseux.euse. | . | . | . | . | . |
| 19. Je suis émotionnellement instable. | . | . | . | . | . |
| 20. J'ai une intelligence en dessous de la moyenne. | . | . | . | . | . |
| 21. Je ne suis pas digne de confiance. | . | . | . | . | . |
| 22. Je manque de volonté. | . | . | . | . | . |
| 23. Je vis aux dépens des autres. | . | . | . | . | . |
| 24. Je suis violent.e. | . | . | . | . | . |
| 25. Je suis incapable de trouver ou garder un emploi stable. | . | . | . | . | . |
| 26. Je suis sale et ne prends pas soin de moi. | . | . | . | . | . |
| 27. Je suis incapable de résoudre des soucis autrement que par l'alcool. | . | . | . | . | . |
| 28. Je m'apitoie sur mon sort. | . | . | . | . | . |
| 29. Je n'arriverais jamais à me sortir de l'alcool. | . | . | . | . | . |
| 30. Je suis responsable de mes problèmes. | . | . | . | . | . |

- | | | | | | |
|---------------------------|---|---|---|---|---|
| 31. Je suis imprévisible. | . | . | . | . | . |
| 32. Je suis horrible. | . | . | . | . | . |

Enfin, nous aimerions savoir comment ces attitudes affectent actuellement votre estime de vous, ou à quel point elles vous concernent ou vous atteignent ?

| | Je ne suis pas du tout d'accord | | | | Je suis tout à fait d'accord |
|---|--|----------|----------|----------|-------------------------------------|
| Actuellement je me respecte moins parce que... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 17. Je m'apitoie sur mon sort. | . | . | . | . | . |
| 18. Je suis paresseux.euse. | . | . | . | . | . |
| 19. Je ne suis pas fiable. | . | . | . | . | . |
| 20. Je suis incapable de trouver ou de garder un emploi stable. | . | . | . | . | . |
| 21. Je suis émotionnellement instable. | . | . | . | . | . |
| 22. Je manque de volonté. | . | . | . | . | . |
| 23. Je ne suis pas digne de confiance. | . | . | . | . | . |
| 24. Je suis responsable de mes problèmes. | . | . | . | . | . |
| 25. Je suis violent.e. | . | . | . | . | . |
| 26. Je n'arriverais jamais à me sortir de l'alcool. | . | . | . | . | . |
| 27. Je suis horrible. | . | . | . | . | . |

28. Je suis incapable de résoudre des soucis
autrement que par l'alcool. ▪ ▪ ▪ ▪ ▪
29. Je suis imprévisible. ▪ ▪ ▪ ▪ ▪
30. Je suis sale et ne prends pas soin de moi. ▪ ▪ ▪ ▪ ▪
31. Je vis aux dépens des autres. ▪ ▪ ▪ ▪ ▪
32. J'ai une intelligence en dessous de la moyenne. ▪ ▪ ▪ ▪ ▪

Echelle n° 6 : Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) (Zigmond & Snaith, 1983)

1. Je me sens tendu(e) ou énervé(e)

- La plupart du temps
- Souvent
- De temps en temps
- Jamais

2. Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois

- Oui, tout autant
- Pas autant
- Un peu seulement
- Presque plus

3. J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver

- Oui, très nettement
- Oui, mais ce n'est pas trop grave
- Un peu, mais cela ne m'inquiète pas
- Pas du tout

4. Je ris facilement et vois le bon côté des choses

- Autant que par le passé
- Plus autant qu'avant
- Vraiment moins qu'avant
- Plus du tout

5. Je me fais du souci

- Très souvent
- Assez souvent
- Occasionnellement
- Très occasionnellement

6. Je suis de bonne humeur

- Jamais
- Rarement
- Assez souvent
- La plupart du temps

7. Je peux rester tranquillement assis(e) à ne rien faire et me sentir décontracté(e)

- Oui, quoi qu'il arrive
- Oui, en général
- Rarement
- Jamais

8. J'ai l'impression de fonctionner au ralenti

- Presque toujours
- Très souvent

- Parfois
- Jamais

9. J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué

- Jamais
- Parfois
- Assez souvent
- Très souvent

10. Je ne m'intéresse plus à mon apparence

- Plus du tout
- Je n'y accorde pas autant d'attention que je devrais
- Il se peut que je n'y fasse plus autant attention
- J'y prête autant d'attention que par le passé

11. J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place

- Oui, c'est tout à fait le cas
- Un peu
- Pas tellement
- Pas du tout

12. Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses

- Autant qu'avant
- Un peu moins qu'avant
- Bien moins qu'avant
- Presque jamais

13. J'éprouve des sensations soudaines de panique

- Vraiment très souvent
- Assez souvent
- Pas très souvent
- Jamais

14. Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission de radio ou de télévision

- Souvent
- Parfois
- Rarement
- Très rarement

Echelle n°7 : Rosenberg Self Esteem Scale (Rosenberg, 1965)

1. Je pense que je suis une personne de valeur, au moins égale à n'importe qui d'autre
 - Tout à fait en désaccord
 - Plutôt en désaccord
 - Plutôt d'accord
 - Tout à fait d'accord

2. Je pense que je possède un certain nombre de belles qualités.
 - Tout à fait en désaccord
 - Plutôt en désaccord
 - Plutôt d'accord
 - Tout à fait d'accord

3. Tout bien considéré, je suis porté à me considérer comme un raté
 - Tout à fait en désaccord
 - Plutôt en désaccord
 - Plutôt d'accord
 - Tout à fait d'accord

4. Je suis capable de faire les choses aussi bien que la majorité des gens
 - Tout à fait en désaccord
 - Plutôt en désaccord
 - Plutôt d'accord
 - Tout à fait d'accord

5. Je sens peu de raisons d'être fier de moi.
 - Tout à fait en désaccord
 - Plutôt en désaccord
 - Plutôt d'accord
 - Tout à fait d'accord

6. J'ai une attitude positive vis-à-vis moi-même.
 - Tout à fait en désaccord
 - Plutôt en désaccord
 - Plutôt d'accord
 - Tout à fait d'accord

7. Dans l'ensemble, je suis satisfait de moi.
 - Tout à fait en désaccord
 - Plutôt en désaccord
 - Plutôt d'accord
 - Tout à fait d'accord

8. J'aimerais avoir plus de respect pour moi-même
 - Tout à fait en désaccord
 - Plutôt en désaccord
 - Plutôt d'accord
 - Tout à fait d'accord

9. Parfois je me sens vraiment inutile.

- Tout à fait en désaccord
- Plutôt en désaccord
- Plutôt d'accord
- Tout à fait d'accord

10. Il m'arrive de penser que je suis un bon à rien.

- Tout à fait en désaccord
- Plutôt en désaccord
- Plutôt d'accord
- Tout à fait d'accord

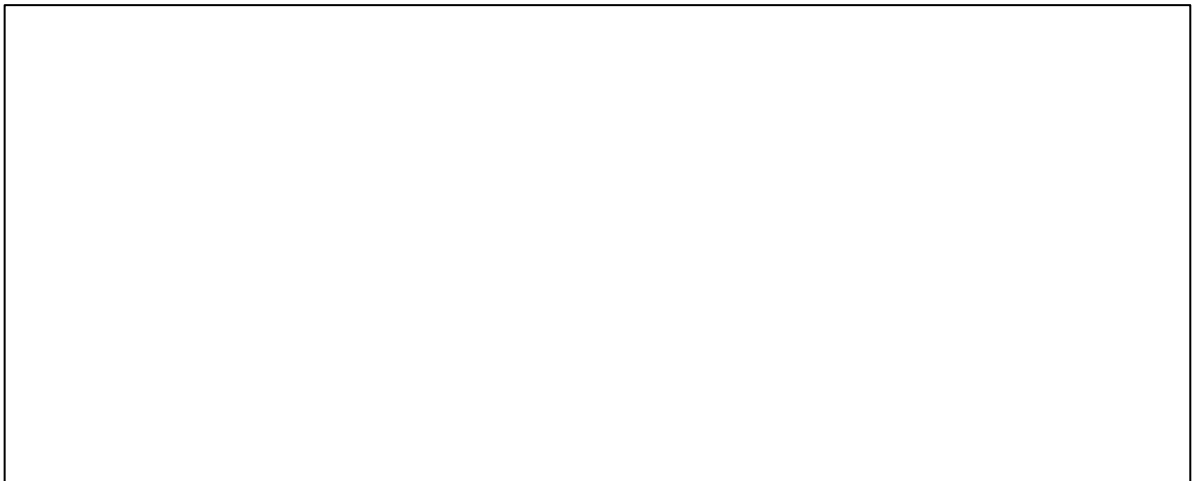
Questionnaire n°8 : données sociodémographiques

| | | |
|--|-------------------------|--------------------------------------|
| Genre : Femme · | Homme · | Autre : |
| Âge : | | |
| Statut matrimonial actuel : | | |
| Célibataire · | Pacsé.e · | Divorcé.e ou séparé.e · |
| Concubinage · | Marié.e · | Veuf.ve · |
| Jusqu'à quel niveau d'études avez-vous été ? | | |
| Jamais été à l'école · | Enseignement primaire · | |
| Enseignement secondaire (de la 6 ^{ème} à la 3 ^{ème}) · CAP, BEP · | | |
| Baccalauréat ou équivalent · | BAC+3 · | |
| BAC+5 · | Autres : | |
| Activité/ inactivité professionnelle : | | |
| En emploi · | En recherche d'emploi · | En arrêt longue maladie · |
| Retraité.e · | Etudiant.e · | Autres : |
| Vous vivez... ? | | |
| En tant que locataire dans un appartement/une maison · | | Hebergé.e par un.e tierce personne · |
| En tant que propriétaire dans un appartement/une maison · | | Dans un foyer · |
| Sans domicile fixe · | | |
| Langue natale : | | |

Une dernière question ; il arrive que les personnes soient stigmatisées pour d'autre(s) raison(s) que la consommation d'alcool, comme par exemple une autre consommation, une maladie physique ou mentale, un handicap, l'origine, la religion, l'orientation sexuelle, le genre....

À savoir que par stigmatiser on entend la mise à l'écart, par la plupart des gens et de la société d'une personne ou d'un groupe à cause d'une condition particulière. Ces personnes sont alors blâmées et critiquées, sur la base de fausses idées préconçues (les préjugés).

Quelles sont les autres raisons pour lesquelles vous vous sentez stigmatisé ? (S'il n'y en a pas, passez la question)



Espace de libre expression

N'hésitez pas à noter tout commentaire, avis, cet espace est pour vous, vous pouvez y déposer ce que vous souhaitez !



Merci pour votre temps, votre participation !

Annexe 7. Affiches et flyers de recrutement

Étude sur les pensées et les émotions liées à la consommation d'alcool

☎ : 06.37.41.45.35
 ✉ : lena.milan.marighieri@gmail.com
 MILAN Léna
Psychologue clinicienne et doctorante en psychologie

LABORATOIRE PSYCHOPATHOLOGIE ET PROCESSUS DE SANTÉ
 Hôpital Universitaires Paris-Saclay Saint-Denis

Étude sur les pensées et les émotions liées à la consommation d'alcool

- Vous consommez de l'alcool ?
- Vous arrivez à lire/comprendre le français ?
- Vous êtes majeur.e.?
- Vous vous sentez apte à participer à une recherche ?
- Vous avez des choses à dire !

VOUS AVEZ LE CHOIX DE PARTICIPER SOIT :

- EN REMPLISSANT UN QUESTIONNAIRE
- EN PARTICIPANT À UN ENTRETIEN
- EN PARTICIPANT À L'ENTRETIEN PUIS EN REMPLISSANT LE QUESTIONNAIRE PAR LA SUITE

Laissez votre contact à l'un.e des professionnel.le.s et je reviendrais vers vous pour fixer un rdv !

| Nom | Prénom | Numéro | Mail |
|-----|--------|--------|------|
| | | | |



APPEL A PARTICIPATION

Etude menée par Milan Léna, psychologue clinicienne et doctorante en psychologie
Contact : lana.milan.marghier@gmail.com



APPEL À PARTICIPATION



ÉTUDE SUR LES REPRÉSENTATIONS LIÉES À LA CONSOMMATION D'ALCOOL



Une trentaine de minutes à nous accorder ?



Répondez à des questionnaires
(anonymes et confidentiels)

et / ou



Venez échanger au cours d'un entretien



Aidez-nous à améliorer la compréhension et
la prise en charge des difficultés liées à la
consommation d'alcool !

Recherche menée par
Léna Milan psychologue clinicienne et doctorante en psychologie
léna.milan.marghieri@gmail.com



LABORATOIRE
PSYCHOPATHOLOGIE
ET PROCESSUS DE SANTÉ



Université de Paris



Annexe 8. Inventaires des outils de mesures de la stigmatisation intériorisée

Cette liste ne se veut en aucun cas exhaustive, mais à simplement pour but de présenter les moyens d'opérationnalisation utilisés dans les recherches citées au long de ce manuscrit.

Mesures explicites

- *Internalized Stigma of Mental Illness Scale (ISMI; Ritsher et al., 2003)*

L'ISMI est composée de 29 items sur une échelle de Likert en 4 points. Elle comporte 5 facteurs : l'aliénation, l'approbation des stéréotypes perçus, la discrimination perçue, le retrait social et la résistance à la stigmatisation. La validation originelle a été effectuée aux Etats-Unis auprès de 127 personnes recrutées dans un centre accueillant des personnes atteintes de diverses maladies mentales. La cohérence interne est très satisfaisante ($\alpha = .87$) auprès d'une population clinique. Par ailleurs, cette échelle a été adaptée auprès de 64 et 88 personnes consommant diverses substances en Angleterre ainsi qu'aux Etats-Unis en modifiant les termes « mental illness » par « substance abuse » (Birtel et al., 2017; Luoma et al., 2008).

- *Self-Stigma of Mental Illness Scale (SSMIS; Corrigan, Watson, & Barr, 2006)*

La SSMI est une mesure en 40 items sur une échelle de Likert en 9 points. Les 4 facteurs, regroupent chacun 10 items : conscience des stéréotypes, accord avec les stéréotypes, l'appropriation des stéréotypes et l'influence négative sur l'estime de soi. La consistance interne est bonne avec respectivement $\alpha=.89$, $\alpha=.80$, et $\alpha=.72$ pour la version originale évaluée auprès de 60 personnes atteintes d'un trouble mental recrutés dans une clinique aux Etats-Unis (Corrigan, Watson, & Barr, 2006). L'adaptation de cette échelle pour un public de consommateurs et consommatrices d'alcool, la *Self-Stigma in Alcohol Dependence Scale (SSAD)* a également été validée auprès d'une population clinique de 153 consommateurs et consommatrices d'alcool

en Allemagne. Cette version présente également de bonnes qualités psychométriques $\alpha = .86$, $\alpha = .87$, $\alpha = .93$ et $\alpha = .93$ sur les facteurs respectifs (Schomerus et al., 2011).

- *Substance Abuse Self-Stigma Scale (SASSS; Luoma et al., 2013)*

Cette échelle en 40 items se base sur le modèle du contextualisme fonctionnel de l'auto-stigmatisation. Les items proposés sur une échelle de Likert en 5 points sont répartis en 4 facteurs : l'auto-dévaluation à travers l'intégration des stéréotypes négatifs, la crainte de la stigmatisation, l'évitement expérientiel et enfin le désengagement des valeurs. Elle présente une bonne structure factorielle et une bonne cohérence interne avec des alpha de Cronbach allant de .82 à .88 auprès d'un échantillon clinique de 352 personnes présentant des troubles de l'usage de diverses substances aux Etats-Unis (Luoma et al., 2013).

- *Substance Abuse Self-Stigma Scale (SSS-S; Mak & Cheung, 2010)*

La SSS-S est composée de 9 items mesure la stigmatisation intériorisée à travers trois facteurs : la cognition, l'affect et le comportement. Chaque facteur est composé de trois items auxquels les participants répondent sur une échelle de Likert en 4 points. Les auteurs invitent à utiliser l'échelle pour tout groupe minoritaire pouvant subir de la stigmatisation en modifiant le terme des items. La validation originale a été effectuée à Hong-Kong auprès de 115, puis 151 personnes ayant une maladie mentale, 110 et 102 femmes ayant vécu un parcours d'immigration puis 621 personnes appartenant à des genres dits minoritaires, l'échelle présente alors de bonnes qualités psychométriques avec des alpha de Cronbach allant .84 à .97 (Mak & Cheung, 2010).

Mesures implicites

- *Tâche d'association de Von Hippel., (2018)*

Von Hippel (2018) a utilisé une mesure différent des outils auto-évaluatifs. Les stigmates, tout comme les préjugés, sont des connaissances qui peuvent influencer hors du champ de la conscience. En utilisant une mesure par tâche, plus spontanée, de nombreux biais sont ainsi évités.

La tâche d'association implicite (*Implicit Association Test*) présente des éléments à catégoriser le plus rapidement possible sur un ordinateur. Elle est scindée en deux étapes, à savoir : l'association de sentiment positif ou négatif envers les usagers et usagères de substance(s), puis l'identification de la personne au statut d'usager. Dans un premier temps, des mots sont à associer aux échelles allant de « bon, excellent, génial, merveilleux » à « mauvais, terrible, affreux, horrible ». Les participants ont notamment, les mots : « drogué, consommateur, junkie, injecteur » à associer le plus rapidement possible avec l'une des échelles précédentes. Ensuite, l'identification des participants à des consommateurs ou consommatrices de substance(s) est évaluée à l'aide de l'usage des mots « junkie, usager, consommateur, injecteur » auxquels ils ou elles doivent associer les mots : « je, moi, mon, moi-même » ou « eux, leurs, ils, les autres ». L'ensemble de ces deux résultats devient une mesure implicite de l'intériorisation des stigmates.

Aucun des outils de mesure énoncés en amont n'a jusqu'à maintenant été validé en français. Qui plus est, les recherches des dernières décennies se sont notamment centrées sur le rôle de la stigmatisation intériorisée dans les processus de soins, avant de s'élargir à d'autres questionnements. En revanche, les résultats issus de la littérature sont contradictoires à de nombreuses reprises. Aussi, l'objectif du présent article est de réaliser une revue systématique des récentes recherches effectuées dans le champ des addictions aux substances psychoactives concernant la stigmatisation intériorisée. Elle permettra de faire l'état des lieux des connaissances actuelles et d'évaluer les aspects qui restent à investiguer tout en partageant ce champ de recherche à un public francophone.

- Développement d'une mesure implicite de l'auto-stigmatisation (Violeau Beaugendre, 2020)

Dans le cadre d'un projet visant à mieux comprendre la stigmatisation intériorisée dans les troubles mentaux sévères et persistants, et notamment les troubles schizophréniques en France, Violeau Beaugendre et al., (2020) ont utilisé une mesure implicite d'assimilation du stéréotype au concept de soi afin de pallier aux biais d'attente et de désirabilité sociale. Cette mesure consiste en une mesure de la

différence dans les temps de réponse lors d'une tâche de catégorisation de mots (mots du champ d'autrui, des attributifs personnels, et des termes stéréotypés de la schizophrénie tels que : imprévisible, parano, instable, bizarre et agressif). Il s'agit ainsi d'une version modifiée du classique *IAT –Implicit Association Test* développé dans le cadre de ce projet général créé dans le cadre du projet STIGMA mené par le laboratoire de psychologie de l'Université de Bordeaux dans le but d'étudier la stigmatisation des maladies mentales (et plus spécifiquement de la schizophrénie).

Annexe 9. Inventaires des mesures des émotions réflexives de honte et de culpabilité

Pour toutes populations (générales et cliniques)

- Test of self-conscious affect-3 (TOSCA-3; Tangney et al., 1989)

Le Test of Self-Conscious Affect-3 est l'échelle la plus largement utilisée pour mesurer la culpabilité dans les études auprès de personnes ayant un trouble de l'usage d'alcool (Milan, Hamonniere & Varescon, soumis). Cet outil, basé sur 16 scénarios (11 négatifs et 5 positifs), suivi de quatre ou cinq réponses possibles, fait référence à des situations de honte, de culpabilité, de fierté, d'extériorisation et de détachement (par exemple, « *Lors d'une sortie avec un groupe d'amis, vous vous moquez d'un ami qui n'est pas là* », « *Vous cassez quelque chose au travail et le cachez* »). Les réponses sont données sur une échelle de Likert en cinq points (1 = improbable à 5 = très probable).

- Differential Emotions Scale-IV (DES; Izard, 1971; Izard et al., 1974, 1993; Kotsch et al., 1982; Marshall & Izard, 1972)

L'échelle des émotions différentielles est un auto-questionnaire évaluant 12 états émotionnels dispositionnels, à savoir la joie, l'intérêt, la colère, le dégoût, la timidité, l'hostilité envers soi, le mépris, la peur, la culpabilité, la honte et la tristesse. Cette échelle contient trois items liés à la honte (trait) (*e.g.*, « *Dans votre vie quotidienne, à quelle fréquence avez-vous l'impression que les gens se moquent de vous ?* ») et trois liés à la culpabilité (trait) (« *Dans ta vie quotidienne, combien de fois as-tu l'impression d'avoir fait quelque chose de mal ?* »). L'échelle de réponse, basée sur une échelle de Likert va de 1 (rarement ou jamais) à 5 (très souvent), les scores moyens les plus élevés reflétant une plus grande honte (coefficient alpha de Cronbach = 0,76) ou culpabilité (coefficient alpha de Cronbach = 0,84).

- Positive and Negative Affect Schedule (PANAS; Watson et al., 1988)

Il s'agit d'une mesure d'auto-évaluation en 20 points qui évalue l'affect positif et négatif ; chaque sous-échelle est composée de 10 points avec des réponses sur une

échelle de Likert à cinq points. Selon Tracy et Robins (2007), le PANAS peut être utilisé à la fois comme une mesure d'état et de trait. La sous-échelle de culpabilité, malgré son appellation, semble être une mesure générale des émotions négatives de conscience de soi, car elle comprend les six items suivants : coupable, honteux, blâmable, en colère contre soi, dégoûté de soi et insatisfait de soi. Pour chaque adjectif, les participants doivent indiquer s'ils se sentent ou ont tendance à se sentir ainsi.

- Personal Feeling Questionnaire (PFQ-2 ; Harder & Greenwald, 1999)

Le Personal Feeling Questionnaire a été utilisé pour mesurer la culpabilité dans trois études. Il s'agit d'une liste de contrôle adjectivale de 22 points, auto-évaluée, composée de deux sous-échelles, à savoir la honte et la culpabilité. Grâce à une échelle de Likert en cinq points, les participants doivent indiquer la fréquence à laquelle ils ressentent chaque sentiment. Six items portent sur la culpabilité (par exemple, "avoir l'impression de mériter des critiques pour ce que l'on a fait", "avoir des remords", "ressentir une culpabilité intense"). Des notes plus élevées indiquent des niveaux plus élevés d'émotions morales.

- **State Shame and Guilt Scale** (SSGS ; Marschall et al., 1994)

La SSGS est une mesure d'auto-évaluation de 15 items avec des sous-échelles mesurant la honte d'état, la culpabilité et la fierté avec des options de réponse de type Likert. La sous-échelle de culpabilité (cinq items) évalue les sentiments négatifs actuels concernant des événements spécifiques (par exemple, "Je me sens mal à propos de quelque chose de mal que j'ai fait").

Outils mesurant la culpabilité seule

- Guilt Inventory (GI ; Kugler & Jones, 1992)

L'inventaire de culpabilité comprend trois sous-échelles : la culpabilité de trait (20 items, par exemple : "Souvent, je me déteste pour quelque chose que j'ai fait"), la culpabilité d'état (10 items, par exemple : "Récemment, j'ai fait quelque chose que je

regrette profondément") et les normes morales intériorisées (15 items, par exemple : "Je crois en une interprétation stricte du bien et du mal"). Les réponses sont données sur une échelle de Likert en cinq points. Cette échelle évalue à la fois les expériences récentes et les tendances générales à éprouver des formes inadaptées de culpabilité et de regret.

- L'Interpersonal Guilt Questionnaire-67 (IGQ-67 ; O'Connor et al., 1997)

Il s'agit d'un auto-inventaire comprenant quatre sous-échelles, à savoir la culpabilité du survivant, la culpabilité de la séparation, la culpabilité de la responsabilité omnipotente et la culpabilité de la haine de soi. Il est également composé de 67 items sur une échelle de Likert en cinq points. La culpabilité du survivant comporte 22 items (par exemple, « *Je ne peux pas être heureux quand un ami ou un parent souffre d'une déception* »). La culpabilité de la séparation comporte 15 items (par exemple, « *Je me sens mal quand je ne suis pas d'accord avec les idées ou les valeurs de mes parents, même si je le garde pour moi* »). La culpabilité de la responsabilité omnipotente comporte 14 items (par exemple, « *Je m'inquiète beaucoup pour les personnes que j'aime, même si elles semblent aller bien* »). Enfin, 16 items permettent de mesurer la culpabilité liée à la haine de soi (par exemple, « *Si quelque chose de mal m'arrive, je pense que je l'ai mérité* »).

Outils mesurant la honte seule

- The Rizvi Shame Inventory (RSI ; Rizvi, 2010)

L'inventaire de la honte comporte 53 items et mesure la tendance d'un individu à éprouver de la honte. Les trois premiers items mesurent les sentiments généraux de honte. Pour les 50 autres items, les participants indiquent leurs vécus au cours du mois précédent et, pour ceux qu'ils avaient expérimentés (par exemple, « *trahir un ami* »), ils ont évalué le degré de honte ressentie sur une échelle de 5 points (0 = aucune honte ; 4 = honte extrême).

- The Internalized Shame Scale (ISS; Cook, 1987)

Cette échelle auto-évaluative de 24 items évalue la honte intériorisée. La mesure a déjà montré une validité et une fiabilité de construction et est considérée comme particulièrement appropriée pour l'examen de la honte dans les populations dépendantes de substances psychoactives (Rybak & Brown, 1996).

Outil spécifique à la consommation d'alcool

- Perception of drinking scale (PODS; Treeby et al., 2020)

L'échelle de perception de la consommation d'alcool est composée de 17 items et évalue la honte, la culpabilité, le blâme et le désengagement liés à la consommation d'alcool. Lorsqu'ils sont interrogés sur leur consommation d'alcool au cours des derniers mois, les répondants doivent indiquer le degré de cohérence de leur expérience avec chaque énoncé en utilisant une échelle de Likert en cinq points. Voici quelques exemples d'items évaluant la culpabilité : « Je me sens mal à propos de certaines des choses que j'ai faites en buvant » et « Je me sens mal parce que ma consommation d'alcool a pu avoir un impact négatif sur les autres ». La structure factorielle suggère quatre facteurs : la honte liée à l'alcool, la culpabilité liée à l'alcool, la responsabilité externe et l'indifférence liée à l'alcool.

Annexe 10. Tableaux résultats des analyses médiations multiples sur facteurs de stigmatisation intériorisée

Tableaux n°1
Résultats des analyses de médiation multiple sur la conscience

| Type | Effect | Estimate | SE | 95% C.I. (a) | | β | z | p |
|-----------|---|----------|-------|--------------|---------|---------|-------|-------|
| | | | | Lower | Upper | | | |
| Indirect | AUDITTOTAL \Rightarrow EPCAHONTE \Rightarrow Conscience | -0.098 | 0.082 | -0.360 | 6.06e-4 | -0.0409 | -1.19 | 0.233 |
| | AUDITTOTAL \Rightarrow EPCACULP \Rightarrow Conscience | 0.021 | 0.043 | -0.024 | 0.1966 | 0.0090 | 0.50 | 0.616 |
| Component | AUDITTOTAL \Rightarrow EPCAHONTE | -0.090 | 0.051 | -0.191 | 0.0077 | -0.1551 | -1.74 | 0.081 |
| | EPCAHONTE \Rightarrow Conscience | 1.087 | 0.539 | -0.024 | 2.0484 | 0.2641 | 2.01 | 0.044 |
| | AUDITTOTAL \Rightarrow EPCACULP | 0.03 | 0.049 | -0.056 | 0.1431 | 0.0780 | 0.80 | 0.423 |
| | EPCACULP \Rightarrow Conscience | 0.547 | 0.526 | -0.465 | 1.5959 | 0.1164 | 1.04 | 0.298 |
| Direct | AUDITTOTAL \Rightarrow Conscience | -0.019 | 0.188 | -0.383 | 0.3398 | -0.0079 | -0.10 | 0.919 |
| Total | AUDITTOTAL \Rightarrow Conscience | -0.095 | 0.239 | -0.564 | 0.3727 | -0.0394 | -0.40 | 0.689 |

Note.

Confidence intervals computed with method: Bias corrected bootstrap
Betas are completely standardized effect sizes

Tableaux n°2
Résultats des analyses de médiation multiple sur l'accord

| Type | Effect | Estimate | SE | 95% C.I. (a) | | B | z | p |
|-----------|---------------------------------|----------|--------|--------------|---------|--------|--------|--------|
| | | | | Lower | Upper | | | |
| Indirect | AUDITTOTAL ⇒ EPCAHONTE ⇒ Accord | -0.1681 | 0.1025 | -0.4133 | 0.0135 | -0.070 | -1.640 | 0.101 |
| | AUDITTOTAL ⇒ EPCACULP ⇒ Accord | 0.0252 | 0.0404 | -0.0185 | 0.1714 | 0.010 | 0.622 | 0.534 |
| Component | AUDITTOTAL ⇒ EPCAHONTE | -0.0905 | 0.0501 | -0.1878 | 0.0148 | -0.155 | -1.806 | 0.071 |
| | EPCAHONTE ⇒ Accord | 1.8573 | 0.4041 | 0.9831 | 2.5657 | 0.454 | 4.596 | < .001 |
| | AUDITTOTAL ⇒ EPCACULP | 0.0399 | 0.0475 | -0.0513 | 0.1382 | 0.078 | 0.841 | 0.400 |
| | EPCACULP ⇒ Accord | 0.6308 | 0.4513 | -0.1749 | 1.6349 | 0.135 | 1.398 | 0.162 |
| Direct | AUDITTOTAL ⇒ Accord | -0.4418 | 0.1804 | -0.8033 | -0.0814 | -0.185 | -2.449 | 0.014 |
| Total | AUDITTOTAL ⇒ Accord | -0.5847 | 0.2331 | -1.0417 | -0.1278 | -0.239 | -2.508 | 0.012 |

Note.

Confidence intervals computed with method: Bias corrected bootstrap
 Betas are completely standardized effect sizes

Tableau n°3
Résultats des analyses de médiation multiple sur l'application

| Type | Effect | Estimate | SE | 95% C.I. (a) | | β | z | p |
|-----------|--------------------------------------|----------|--------|--------------|--------|--------|-------|--------|
| | | | | Lower | Upper | | | |
| Indirect | AUDITTOTAL ⇒ EPCAHONTE ⇒ Application | -0.1355 | 0.0883 | -0.347 | 0.0081 | -0.065 | -1.53 | 0.125 |
| | AUDITTOTAL ⇒ EPCACULP ⇒ Application | 0.0242 | 0.0398 | -0.021 | 0.1595 | 0.011 | 0.60 | 0.543 |
| Component | AUDITTOTAL ⇒ EPCAHONTE | -0.0905 | 0.0531 | -0.195 | 0.0150 | -0.155 | -1.70 | 0.088 |
| | EPCAHONTE ⇒ Application | 1.4971 | 0.3117 | 0.832 | 2.0725 | 0.421 | 4.80 | < .001 |
| | AUDITTOTAL ⇒ EPCACULP | 0.0399 | 0.0491 | -0.053 | 0.1370 | 0.078 | 0.83 | 0.416 |
| | EPCACULP ⇒ Application | 0.6058 | 0.4241 | -0.191 | 1.4204 | 0.149 | 1.42 | 0.153 |
| Direct | AUDITTOTAL ⇒ Application | 0.0549 | 0.2007 | -0.367 | 0.4378 | 0.026 | 0.27 | 0.785 |
| Total | AUDITTOTAL ⇒ Application | -0.0564 | 0.2087 | -0.465 | 0.3526 | -0.026 | -0.27 | 0.787 |

Note.

Confidence intervals computed with method: Bias corrected bootstrap
 Betas are completely standardized effect sizes

Tableaux n°4
Résultats des analyses de médiation multiple sur les conséquences

| Type | Effect | Estimate | SE | 95% C.I. (a) | | β | Z | p |
|-----------|---|----------|--------|--------------|-------|---------|--------|--------|
| | | | | Lower | Upper | | | |
| Indirect | AUDITTOTAL \Rightarrow EPCAHONTE \Rightarrow Conséquences | -0.1639 | 0.1030 | -0.398 | 0.020 | -0.0755 | -1.590 | 0.112 |
| | AUDITTOTAL \Rightarrow EPCACULP \Rightarrow Conséquences | 0.0187 | 0.0330 | -0.017 | 0.123 | 0.0086 | 0.568 | 0.570 |
| Component | AUDITTOTAL \Rightarrow EPCAHONTE | -0.0905 | 0.0526 | -0.197 | 0.015 | -0.1551 | -1.720 | 0.085 |
| | EPCAHONTE \Rightarrow Conséquences | 1.8104 | 0.3086 | 1.108 | 2.360 | 0.4868 | 5.866 | < .001 |
| | AUDITTOTAL \Rightarrow EPCACULP | 0.0399 | 0.0492 | -0.054 | 0.140 | 0.0780 | 0.811 | 0.417 |
| | EPCACULP \Rightarrow Conséquences | 0.4694 | 0.3715 | -0.287 | 1.215 | 0.1106 | 1.263 | 0.206 |
| Direct | AUDITTOTAL \Rightarrow Conséquences | 0.2865 | 0.1755 | -0.027 | 0.658 | 0.1320 | 1.633 | 0.103 |
| Total | AUDITTOTAL \Rightarrow Conséquences | 0.1414 | 0.2173 | -0.284 | 0.567 | 0.0639 | 0.650 | 0.515 |

Note.

Confidence intervals computed with method: Bias corrected bootstrap

Betas are completely standardized effect sizes

Annexe 11. Stigmatisation intériorisée et consommation de substances psychoactives : revue systématique de la littérature (Milan & Varescon, 2021)

Stigmatisation intériorisée et consommation de substances psychoactives : revue systématique de la littérature

Léna Milan and Isabelle Varescon

Université de Paris, Laboratoire de Psychopathologie et Processus de Santé, F-92100 Boulogne Billancourt, France.

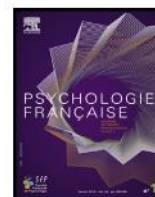
Article publié le 03/09/2021 dans la revue Psychologie Française



Disponible en ligne sur www.sciencedirect.com

ScienceDirect

et également disponible sur www.em-consulte.com



Article original

Stigmatisation intériorisée et consommation de substances psychoactives : revue systématique de la littérature

Self-stigma and substance use: A systematic review

L. Milan^{1,*}, I. Varescon²

Université de Paris, institut de psychologie, laboratoire de psychopathologie et processus de santé (UR 4057), 71, avenue Édouard-Vaillant, 92100 Boulogne-Billancourt, France

IN F O A R T I C L E

Historique de l'article :

Reçu le 25 septembre 2020

Accepté le 18 février 2021

Disponible sur Internet le xxx

Mots clés :

Stigmatisation intériorisée

Addiction

Substance psychoactives

Auto-stigmatisation

Revue systématique

R É S U M É

Introduction. – Plusieurs publications internationales montrent que les usagers de substances psychoactives auraient tendance à intérioriser les stigmates sociaux à leurs égards, notamment à travers un processus en quatre étapes (conscience des stéréotypes, accord avec les stéréotypes, application à soi-même, conséquences négatives). Après un intérêt florissant dans la recherche en psychologie, il est important de se demander et de bilancer : où en sommes-nous dans la compréhension de ce phénomène et des implications qu'il comporte pour les consommateurs et consommatrices de substances ?

Objectif. – La présente revue systématique de la littérature a pour objectif de recenser les travaux des 10 dernières années consacrés à la stigmatisation intériorisée dans le champ des addictions dans le but de souligner les apports mais aussi les manques retrouvés.

Méthode. – Elle a été menée en s'inspirant de la méthode Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : lana.milan.marghieri@gmail.com (L. Milan).

¹ Principaux thèmes de recherche : consommations de substances psychoactives, stigmatisations, émotions, approche genrées, précarité.

² Principaux thèmes de recherche : addictions aux substances psychoactives, addictions comportementales, facteurs de vulnérabilité, facteurs de protection.

<https://doi.org/10.1016/j.psfr.2021.02.006>

0033-2984/© 2021 Société Française de Psychologie. Publié par Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Pour citer cet article : L. Milan and I Varescon, Stigmatisation intériorisée et consommation de substances psychoactives : revue systématique de la littérature, *Psychol. fr.*, <https://doi.org/10.1016/j.psfr.2021.02.006>

(PRISMA) à travers la sélection d'articles référencés sur les bases de données PubMed, PsycInfo et PsycArticle, répondant aux critères d'inclusion suivants : publiés entre 2010 et 2020, de langue française ou anglaise, présentant des résultats liés à la stigmatisation intériorisée dans le champ des addictions aux substances psychoactives.

Résultats. – Après sélection, 39 publications ont été retenues. Les articles concernent principalement les causes et les conséquences de la stigmatisation, le rôle de celle-ci dans l'accès aux soins, la présence de plusieurs conditions stigmatisantes, les émotions et stratégies d'adaptation impliquées dans le processus d'intériorisation des stigmates ou encore les différences entre substances.

Discussion. – Les résultats sont discutés dans le cadre des limites qu'ils comportent, et ce, afin d'alimenter les futures recherches et interventions cliniques permettant de prévenir ou amoindrir l'intériorisation de stigmates.

© 2021 Société Française de Psychologie. Publié par Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

A B S T R A C T

Keywords:
Self-stigma
Addiction
Substance use
Internalization of stigma
Systematic review

Introduction. – Substance use is a very stigmatized condition all over the world. Moreover, lots of people who use drugs or alcohol tend to internalize these stigmas, which can lead to harmful consequences. Corrigan's progressive model of self-stigma suggest that individuals go through four stages to internalize the stigma (aware, agree, apply, harm) and then undergo a stage of resignation and lack of hope and energy called "why try". Research seems to be increasingly interested in this phenomenon, so we wonder, where we stand in the comprehension of internalized stigma for substances users?

Objective. – This work aims to systematically review ten-past years studies about self-stigma in substance addiction in order to assess the status of current works in this area.

Method. – This systematic review was led inspired by the Preferred Reporting Items for Systematic review and Meta-Analysis (PRISMA) statements on the electronic databases PubMed, PsycInfo and PsycArticle. The inclusion criteria were: references published between 2010 and 2020, in French or English language which shows results about self-stigma for psychoactives substances users. A total of 39 studies met the eligibility criteria for inclusion in this review.

Results. – Synthesizing findings across the studies revealed some important topics. First, the progressive model seems to be statistically valid among drug and/or alcohol users. Nevertheless, self-stigma of drugs and/or alcohol is not the only condition that entails users. A varieties of other factors (i.e. HIV, sex work) are to be considered in the understanding of stigmatization. In the studies, negative consequences due to self-stigma in substance use were observed such as depression or anxiety symptoms, lower self-esteem and negatives emotions as fear and shame.

Conclusion. – All these results are to be considered within their limits. In light of these findings, the knowledge acquired will allow professionals to develop new interventions to prevent and to reduce self-stigma of drug and/or alcohol users.

© 2021 Société Française de Psychologie. Published by Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

1. Introduction

La stigmatisation, qui peut être décrite comme la conséquence de l'ensemble de stéréotypes, préjugés et discrimination est omniprésente pour les personnes atteintes de pathologies mentales (Corrigan & Bink, 2005). Quatre formes principales de stigmatisations ont été identifiées et étudiées :

- la stigmatisation publique, décrite comme « le phénomène des grands groupes sociaux soutenant les stéréotypes sur un groupe stigmatisé et agissant contre eux » (Corrigan, Kerr, & Knudsen, 2005, p. 179) ;
- la stigmatisation perçue, faisant référence à un processus par lequel les personnes stigmatisées pensent que la plupart des gens croient aux stéréotypes négatifs existant à leurs égards (Livingston & Boyd, 2010) ;
- la stigmatisation structurelle, également appelée stigmatisation institutionnelle, concernant les règles, politiques et procédures des entités privées et publiques en position de force qui restreignent les droits et les opportunités des personnes (Corrigan, Kerr et al., 2005 ; Corrigan, Watson, Byrne, & Davis, 2005) ;
- la stigmatisation intériorisée qui peut être décrite comme un processus par lequel les individus affectés endossent les stéréotypes, intériorisent les préjugés et finissent par anticiper le rejet social lié à leur condition (Corrigan, Watson, & Barr, 2006 ; Ritscher, Otilingam, & Grajales, 2003), sur laquelle porte le présent article. En effet, la littérature a d'ores et déjà mis en avant que les personnes présentant un trouble lié à l'utilisation de substances psychoactives subissent un degré élevé de stigmatisation intériorisée (Brown et al., 2015 ; Can & Tanriverdi, 2015 ; Sarkar et al., 2019).

De par la présence de stigmatisation intériorisée et des conséquences délétères qu'elle comporte, il semble primordial de synthétiser les connaissances actuelles afin d'orienter les travaux à venir dans le champ de la psychologie. À notre connaissance, aucune revue systématique ni méta analyse ciblée sur ce type de stigmatisation liée à la consommation de substances n'a jusqu'alors été réalisée. Aussi, l'objectif du présent article est de réaliser la première revue systématique en langue française sur ce sujet, dans le but de faire l'état des connaissances actuelles et ainsi explorer les aspects dorénavant à investiguer. En effet, mieux comprendre et connaître les processus et rôle de cette stigmatisation permet d'éclairer la prise en charge possible des usager.e.s, et ce, en se basant sur des données probantes.

Nous nous attacherons dans un premier temps à définir la stigmatisation intériorisée, à présenter les outils qui la mesurent avant d'exposer les résultats de la revue de littérature et de les discuter.

1.1. Définitions

La stigmatisation intériorisée peut se définir comme l'appropriation par une personne des stigmates associés à une ou des conditions particulières (c.-à-d. maladie mentale, maladie infectieuse, genre, consommation de substances, etc.) (Corrigan & Bink, 2005). Pour Livingston et Boyd (2010, p. 107), la stigmatisation intériorisée correspond à un processus subjectif « caractérisé par des sentiments négatifs (au sujet de soi), un comportement mal adaptatif, une transformation identitaire ou une approbation des stéréotypes résultant des expériences, des perceptions ou de l'anticipation de réactions sociales négatives d'une personne » sur la base d'un état social ou de santé stigmatisé.

Dans un modèle proposé par Corrigan pour les troubles mentaux, l'intériorisation des stigmates se fait en plusieurs temps (Corrigan et al., 2006 ; Corrigan & Watson, 2002 ; Watson, Corrigan, Larson, & Sells, 2007) : les personnes sont (1) conscientes de la stigmatisation du trouble mental (semblable à la stigmatisation perçue) : « les gens pensent que les personnes qui consomment des drogues sont dangereuses », ce qui peut conduire à (2) l'acceptation de la stigmatisation « oui, c'est vrai. Les personnes qui consomment des drogues sont dangereuses ! » suivies de (3) l'application à soi-même « je consomme de la drogue, donc je dois être dangereux.euse » qui, (4) a une incidence négative sur l'estime de soi « je suis une moins bonne personne parce que je consomme de la drogue et suis dangereux.euse » et le sentiment d'efficacité personnelle « je suis moins en mesure d'accomplir des choses parce que je consomme » (Corrigan, Rafacz, & Rüschi, 2011 ; Corrigan, Bink, Schmidt, Jones, & Rüschi,

Pour citer cet article : L. Milan and I Varescon, Stigmatisation intériorisée et consommation de substances psychoactives : revue systématique de la littérature, *Psychol. fr.*, <https://doi.org/10.1016/j.psfr.2021.02.006>

2016). La stigmatisation intériorisée provoque alors l'effet « pourquoi essayer » (*why try*) : « pourquoi essayer de chercher un emploi ; quelqu'un.e comme moi n'en est pas digne », « pourquoi essayer de vivre de façon indépendante, quelqu'un.e comme moi n'en est pas capable » (Corrigan et al., 2009). On pourrait traduire cet effet par « à quoi bon ». Il est pensé comme une conséquence comportementale de l'auto-stigmatisation, marquée par un sentiment d'inutilité et de résignation.

Composé de quatre étapes, ce modèle a initialement été étudié et validé auprès de populations atteintes de maladies mentales. Par la suite il a été évalué plus spécifiquement auprès de personnes présentant un trouble de l'usage de substances psychoactives (notamment alcool, cocaïne, héroïne) avec et sans comorbidités psychiatriques (Gavriel-Fried & Rabayov, 2017 ; Harnish et al., 2016).

Afin d'en permettre l'étude, la stigmatisation intériorisée peut être mesurée par différents outils.

1.2. Mesures par questionnaires auto-administrés

1.2.1. Internalized Stigma of Mental Illness Scale (ISMI) (Ritscher et al., 2003)

L'ISMI est composée de 29 items sur une échelle de Likert en 4 points. Elle comporte 5 facteurs : l'aliénation, l'approbation des stéréotypes perçus, la discrimination perçue, le retrait social et la résistance à la stigmatisation. La validation a été effectuée aux États-Unis auprès de 127 personnes recrutées dans un centre accueillant des personnes atteintes de diverses maladies mentales. Cette échelle a été adaptée auprès de 64 et 88 personnes consommant diverses substances en Angleterre ainsi qu'aux États-Unis en modifiant les termes « *mental illness* » par « *substance abuse* » (Birtel, Wood, & Kempa, 2017 ; Luoma, Kohlenberg, Hayes, Bunting, & Rye, 2008). La cohérence interne est très satisfaisante ($\alpha = .87$) auprès d'une population clinique.

1.2.2. Self-Stigma of Mental Illness Scale (SSMI) (Corrigan et al., 2006)

La SSMI est une mesure en 40 items sur une échelle de Likert en 9 points. Les 4 facteurs, basés sur le modèle de Corrigan, regroupent chacun 10 items : conscience des stéréotypes, accord avec les stéréotypes, l'appropriation des stéréotypes et l'influence négative sur l'estime de soi. La consistance interne est bonne avec respectivement $\alpha = .89$, $\alpha = .80$, et $\alpha = .72$ pour la version originale évaluée auprès de 60 personnes atteintes d'un trouble mental recrutés dans une clinique aux États-Unis (Corrigan et al., 2006). L'adaptation de cette échelle pour un public de consommateurs et consommatrices d'alcool, la *Self-Stigma in Alcohol Dependence Scale* (SSAD) a également été validée auprès d'une population clinique de 153 consommateurs et consommatrices d'alcool en Allemagne. Cette version présente également de bonnes qualités psychométriques ($\alpha = .86$, $\alpha = .87$, $\alpha = .93$ et $\alpha = .93$ sur les facteurs respectifs) (Schomerus et al., 2011).

1.2.3. Substance Abuse Self-Stigma Scale (SASSS) (Luoma et al., 2013)

Cette échelle en 40 items se base sur le modèle du contextualisme fonctionnel de l'auto-stigmatisation. Les items proposés sur une échelle de Likert en 5 points sont répartis en 4 facteurs : l'auto-dévalorisation à travers l'intégration des stéréotypes négatifs, la crainte de la stigmatisation, l'évitement expérientiel et enfin le désengagement des valeurs. Elle présente une bonne structure factorielle et une bonne cohérence interne avec des alpha de Cronbach allant de .82 à .88 auprès d'un échantillon clinique de 352 personnes présentant des troubles de l'usage de diverses substances aux États-Unis.

1.2.4. Self-Stigma Scale-Short (SSS-S) (Mak & Cheung, 2010)

La SSS-S est composée de 9 items mesurant la stigmatisation intériorisée à travers trois facteurs : la cognition, l'affect et le comportement. Chaque facteur est composé de trois items auxquels les participant.e.s répondent sur une échelle de Likert en 4 points. Les auteurs invitent à utiliser l'échelle pour tout groupe minoritaire pouvant subir de la stigmatisation en modifiant le terme des items. La validation originale a été effectuée à Hong Kong auprès de 115, puis 151 personnes ayant une maladie mentale, 110 et 102 femmes ayant vécu un parcours d'immigration puis 621 personnes appartenant à des genres dits minoritaires, l'échelle présente alors de bonnes qualités psychométriques avec des alpha de Cronbach allant .84 à .97.

Pour citer cet article : L. Milan and I Varescon, Stigmatisation intériorisée et consommation de substances psychoactives : revue systématique de la littérature, *Psychol. fr.*, <https://doi.org/10.1016/j.psfr.2021.02.006>

1.3. Mesure par tâche implicite

von Hippel, Brener, et Horwitz (2018) ont utilisé une mesure différente des outils auto-évaluatifs. Les stigmates, tout comme les préjugés, sont des connaissances qui peuvent influencer hors du champ de la conscience. En utilisant une mesure par tâche, plus spontanée, de nombreux biais sont évités.

La tâche d'association implicite (*Implicit Association Test*) présente des éléments à catégoriser le plus rapidement possible sur un ordinateur. Elle est scindée en deux étapes, à savoir : l'association de sentiment positif ou négatif envers les usager.e.s de substance(s), puis l'identification du ou de la participant.e aux usager.e.s. Dans un premier temps, des mots sont à associés aux échelles allant de « bon, excellent, génial, merveilleux » à « mauvais, terrible, affreux, horrible ». Les participant.e.s ont notamment, des mots tels que : « drogué, consommateur, junkie, toxico » à associer le plus rapidement possible avec l'une des modalités précédentes. Ensuite, l'identification des participant.e.s à des consommateurs.trices de substance(s) est évaluée à l'aide de l'usage des mots « junkie, usager, consommateur, toxico » auxquels ils/elles doivent associer les mots : « je, moi, mon, moi-même » ou « eux, leurs, ils, les autres ». L'ensemble de ces deux résultats devient une mesure implicite de l'intériorisation des stigmates.

Bien que ces outils soient très utilisés dans les recherches internationales (cf. [Tableau 2](#)), seul l'ISMI a été traduit en français ([Grados, 2010](#)), et aucun de ces outils n'a jusqu'à présent été validé en français.

2. Méthode

Cette revue systématique de la littérature est réalisée en s'inspirant des normes *Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses* (PRISMA). La sélection des articles a eu lieu entre février et avril 2020 (processus détaillé en [Fig. 1](#)).

Pour ce faire, les références ont été sélectionnées sur des bases de données référencées (Pubmed, Psycinfo et Psycarticle) à l'aide des mots clés suivants : *self stigma OR interiorized stigma OR internalized stigma OR self-stigmatization AND drugs OR alcohol OR cannabis OR opioid OR opiates OR addiction OR substance OR heroin OR substance use disorders OR alcohol OR alcoholism OR heavy drinking OR polydrug users OR injecting drug use OR substance misuse OR substance use*.

Les critères d'éligibilité visaient à inclure les références traitant de la stigmatisation intériorisée dans le champ des addictions aux substances, mesurant ces variables et présentant des résultats (quantitatif ou qualitatif) à ce sujet. Elles devaient être de designs qualitatives, quantitatives ou mixtes, publiées en langue française ou anglaise, entre 2010 et avril 2020.

Ont été exclus les revues systématiques, méta-analyses, ou articles exclusivement théoriques ; les articles présentant la validation d'outils ainsi que les articles dont la méthodologie était incomplète (non-mention de la taille d'échantillon, ou des mesures utilisés).

Cette méthode a permis d'inclure 39 études. Les [Tableaux 1 et 2](#), apparaissant ci-après répertorient et décrivent respectivement les 39 études qualitatives et quantitatives.

3. Résultats

Au cours de la décennie analysée, la présence d'études croît à compter de 2014. En effet, aucune étude correspondant aux critères n'a été publiée entre 2010 et 2012, une seule étude en 2013, puis 6 études en 2014, 5 en 2015, 4 en 2016, 6 en 2017, 7 en 2018, 10 en 2019. La majorité des études évaluées sont quantitatives (74 %) et usent d'un design transversal.

Afin de présenter les domaines les plus investigués dans les recherches traitant de stigmatisation intériorisée dans le champ des addictions aux substances psychoactives, nous avons regroupé la présentation des résultats en fonction de la fréquence des thématiques présentes au sein des publications.

3.1. Variables associées à la stigmatisations intériorisée

Les conséquences de l'intériorisation des stigmates sont multiples, 16 études parmi les 39 de la présente revue systématique évoquent des conséquences délétères. L'intériorisation des stigmates

Pour citer cet article : L. Milan and I Varescon, Stigmatisation intériorisée et consommation de substances psychoactives : revue systématique de la littérature, *Psychol. fr.*, <https://doi.org/10.1016/j.psfr.2021.02.006>

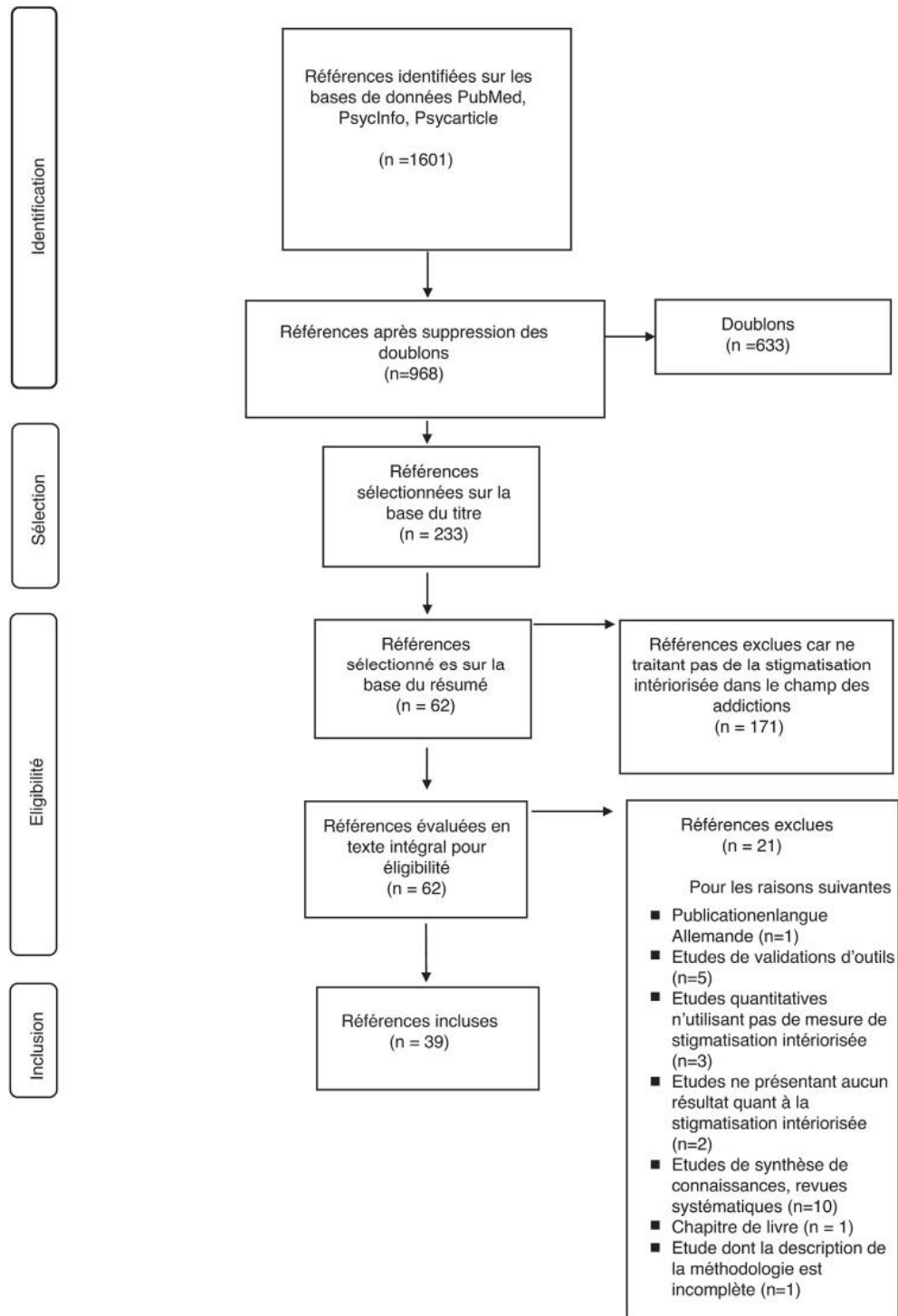


Fig. 1. Diagramme de flux.

Tableau 1
Études qualitatives incluses dans la revue systématique.

| Titre, auteur(s) et année de publication | Objectif et design de l'étude | Population (taille de l'échantillon, proportion hommes femmes, caractéristiques et pays de recrutement) | Mesures/méthode | Principaux résultats |
|--|--|---|---|--|
| <i>The sources of stigma and the impacts on Afghan refugees with substance abuse disorders: A qualitative study in Iran</i> Deilamizade 2019 | Étude transversale qualitative explorant les types de stigmatisations et leurs conséquences à travers l'expérience de réfugiés consommateurs de substances | n = 27 (100 % d'hommes) Usagers d'alcool ou autre substance non spécifiées Iran | Analyse de contenu | L'analyse des entretiens des participants montre que l'expérience de leur perception de la stigmatisation a eu des conséquences telles que l'échec fréquent du traitement, la rupture des relations familiales, la conformité superficielle avec la société d'accueil et l'auto-stigmatisation. Les expériences des participants indiquent que l'étendue et la persistance de la stigmatisation des réfugiés et des consommateurs de substances ont conduit à la perception de ces stéréotypes dans les croyances individuelles, de sorte qu'ils acceptent et croient à une partie de la stigmatisation. |
| <i>Reconstructing 'the alcoholic': Recovering from alcohol addiction and the stigma this entails</i> Hill, Leeming 2014 | Étude transversale qualitative explorant comment les participants se perçoivent et perçoivent leurs difficultés | n = 6 (50 % hommes) Membres des Alcooliques Anonymes Angleterre | Analyse phénoménologique interprétative | L'analyse phénoménologique interprétative (IPA) a permis de mettre en avant que les participants sont conscients des stéréotypes existants à leur égard. Ils déclarent se trouver dans un dilemme car accepter une identité perçue très négativement par la société revient également à accepter la maladie et faire le deuil d'un soi passé pouvant être perçu plus positivement. L'acceptation de l'identité d'« alcoolique » en tant que conscience de soi plutôt que d'une déviance sociale serait essentielle au processus de rétablissement. |
| <i>Reducing stigma: Lessons from opioid-dependent women</i> Howard 2015 | Étude transversale qualitative explorant le vécu pré- et post-partum de consommatrices d'opioïdes | n = 20 (100 % femmes) Usagères en sevrage d'opioïdes, en période de post-partum États-Unis | Analyse phénoménologique interprétative | L'analyse a permis de faire émerger des thèmes concernant la stigmatisation interne et externe, dans une thématique de perception de soi. La stigmatisation dite interne est accompagnée de sentiment de culpabilité, de honte et de peur. Les participants déclarent également recevoir de la stigmatisation de la part des travailleurs de santé, les amenant à se sentir jugées et étiquetées. |
| <i>'Bad' mothers have alcohol use disorder: moral panic or brief intervention?</i> Jacobs, Jacobs 2014 | Étude transversale qualitative explorant la capacité de mères consommatrices à éduquer leurs enfants | n = 10 (100 % femmes) Membres des Alcooliques Anonymes Afrique du sud | Analyse de discours | L'analyse permet de faire apparaître les thèmes suivants : « les mauvaises mères boivent » impliquant les difficultés des différentes identités de mères consommatrices, « la pauvreté » où la consommation peut être vue comme un échappatoire aux difficultés, « patriarcat et impuissance », « la féminisation de la consommation » et « les obstacles au rétablissement », thème composé de barrières internes, externes et structurales. D'après les extraits, les femmes qui boivent éprouvent la honte différemment de leurs homologues masculins. |

Pour citer cet article : L. Milan and I Varesecon, Stigmatisation intériorisée et consommation de substances psychoactives : revue systématique de la littérature, *Psychol. fr.*, <https://doi.org/10.1016/j.psfr.2021.02.006>

Tableau 1 (Continued)

| Titre, auteur(s) et année de publication | Objectif et design de l'étude | Population (taille de l'échantillon, proportion hommes femmes, caractéristiques et pays de recrutement) | Mesures/méthode | Principaux résultats |
|---|--|--|---|--|
| <i>"Who has ever loved a drug addict? It's a lie. They think a 'teja' is as bad person": multiple stigmas faced by women who inject drugs in coastal Kenya</i> Mburu, Ayon, Tsai, Ndimbii, Wang, Strathdee, Seeley 2018 | Étude transversale qualitative explorant la stigmatisation et la discrimination des femmes consommatrices par voie intraveineuse | n = 45 (100 % femmes) n = 24 entretiens individuels n = 21 focus group Usagères d'injectrices de substances Kenya | Analyse thématique | L'analyse thématique des témoignages des participantes a démontré un fort sentiment de honte d'être une consommatrice de drogues injectables L'intériorisation de la stigmatisation était souvent associée à une faible estime de soi, des difficultés relationnelles, de l'isolement social Ces femmes subissent multi-stigmatisations liées à leurs consommations, au fait d'être une femme, et à la présence potentielle de séropositivité. Les participantes séropositives ont décrit leur perception de la stigmatisation liée au VIH, suggérant que leur expérience en tant que femmes qui s'injectent des drogues et qui vivent avec le VIH était différente de celle des femmes qui s'injectent des drogues et qui ne sont pas séropositives |
| <i>Stigma of mental illness and substance misuse in sub-Saharan African migrants: a qualitative study</i> Mc Cann, Renzaho, Mugavin, Lubman 2017 | Étude transversale qualitative explorant la stigmatisation et la demande d'aide des personnes atteintes de pathologies mentales et de troubles de l'usage de substance | n = 28 jeunes (64,3 % d'hommes) n = 41 parents et représentants (58,5 % d'hommes) Jeunes réfugié.e.s, immigré.e.s, de parents réfugiés et immigrants ainsi que de représentant de la communauté Australie | Analyse thématique | L'analyse a mis en avant que les jeunes réfugiés subissaient des niveaux élevés de stigmatisation publique et intériorisée, et cela représente un frein dans la recherche d'aide quant aux maladies mentales ou à la consommation de substances, notamment par crainte des conséquences de la révélation et au manque de connaissance. Les sous thèmes émergeant de la stigmatisation intériorisée (découlant de la stigmatisation publique) sont la présence de honte et de crainte du rejet ainsi que la peur d'être étiqueté |
| <i>Voices of recovery: an exploration of stigma experienced by college students in recovery from alcohol and/or other drug addiction through photovoice</i> Spencer 2018 | Étude transversale qualitative explorant l'expérience de stigmatisation d'étudiant en traitement pour une addiction | n = 8 (62,5 % d'hommes) Étudiant.e.s ayant des problèmes de consommation d'alcool ou autre substance États-Unis | Analyse phénoménologique interprétative | L'analyse effectuée sur les <i>focus group</i> a permis de mettre en avant les sources, les conséquences ainsi que les expériences de stigmatisation des étudiant.e.s et les stratégies de <i>coping</i> utilisées. Entre autres, la stigmatisation intériorisée apparaît être une expérience vécue par ces étudiant.e.s et se traduisant notamment par de la honte et de l'apitoiement sur soi |

Tableau 2
Études quantitatives incluses dans la revue systématique.

| Titre, auteur(s) et année de publication | Objectif et design de l'étude | Population (taille de l'échantillon, proportion hommes femmes, caractéristiques et pays de recrutement) | Mesures | Principaux résultats |
|---|---|--|--|---|
| <i>The relationship between internalized stigma and treatment motivation, perceived social support, depression and anxiety levels in opioid use disorder</i> Akdağ, Kotan, Kose, Tıkr, Aydemir Okay, Göka & Özkaya 2018 | Étude transversale quantitative visant l'analyse des relations entre la stigmatisation intériorisée, la motivation au traitement, le soutien social, l'anxiété et la dépression dans la consommation d'opioïdes | n = 145 (100 % hommes) Usagers d'héroïne et poly-consommateurs Turquie | Stigmatisation intériorisée : ISMI adaptée Motivation au traitement : TMQ Soutien social perçu : MSPSS Anxiété : BAI Symptomatologie dépressive : BDI | Moyennes à l'ISMI = 81,1 Écart-type = 15,3 Corrélations positives significatives entre la stigmatisation intériorisée et la motivation au traitement ($r = .327, p < .001$), l'anxiété ($r = .370, p < .001$), la dépression ($r = .412, p < .001$). Corrélation négative entre la stigmatisation intériorisée et le soutien social multidimensionnel perçu ($r = -.342, p < .001$) |
| <i>Recovery dialects: a pilot study of stigmatizing and nonstigmatizing label use by individuals in recovery from substance use disorders</i> Ashford, Brown, Ashford, Curtis 2019 | Étude pilote d'un design transversale quantitative, visant à (1) établir qu'elles sont les appellations utilisées pour nommer les personnes consommant et dans quels contextes ; (2) étudier les différences d'estime de soi, d'épanouissement et de stigmatisations en fonction des appellations utilisées | n = 54 (48,1 % d'hommes) Consommateurs et consommatrices de substances recrutés via des forums internet États-Unis | Questionnaire de stigmatisation intériorisée : SASSS Questionnaire de traitement : BARC-10 Questionnaire d'estime de soi : RSS Questionnaire de stigmatisation perçue : PSAS-8 Questionnaire d'épanouissement : Human Flourishing Scale Questionnaire de honte intériorisée : ISS Questionnaire d'appellation utilisée créé pour l'étude | 66,6 % des participants ont déclaré utilisé l'appellation « addict » pour se décrire 38,89 % l'appellation « personne souffrant d'un trouble lié à la consommation de substances », 25,92 % aucune des appellations Aucune différence statistiquement significative entre les groupes pour le traitement, l'estime de soi, la stigmatisation perçue et intériorisée, la honte intériorisée, l'épanouissement ou la durée du rétablissement |

Pour citer cet article : L. Milan and I. Varescon, Stigmatisation intériorisée et consommation de substances psychoactives : revue systématique de la littérature, *Psychol. fr.*, <https://doi.org/10.1016/j.psfr.2021.02.006>

Tableau 2 (Continued)

| Titre, auteur(s) et année de publication | Objectif et design de l'étude | Population (taille de l'échantillon, proportion hommes femmes, caractéristiques et pays de recrutement) | Mesures | Principaux résultats |
|--|---|---|---|---|
| <i>A novel technology-enhanced internalized stigma and shame intervention for HIV-positive persons with substance use disorders</i> Batchelder, Moskowitz, Jain, Cohn, Earle, Carrico 2019 | Étude pilote de pour création d'une intervention brève de réduction de la stigmatisation intériorisée et l'engagement dans la prise en charge du VIH parmi les personnes consommatrices de substances psychoactives | n = 5 États-Unis | L'intervention comprend 5 séances individuelles axées sur la conscience métacognitive des émotions et des pensées, le recadrage cognitif des pensées dysfonctionnelles sur le soi en utilisant des concepts tels que l'auto-compassion, l'identification et l'atteinte des objectifs personnalisés Messages quotidiens interrogeant les ressentis émotionnels, messages hebdomadaires interrogeant l'adhésion au traitement et la consommation de substances Transmission de messages personnalisés de compassion | Les participants ont bien adhéré au programme et ont émis y trouver un intérêt et un soulagement avec notamment un taux de réponses aux sms de 70 % |
| <i>Sober social networks: the role of online support groups in recovery from alcohol addiction</i> Bliuc, Doan, Best 2018 | Étude transversale quantitative évaluant l'utilité des réseaux sociaux dans le rétablissement de l'addiction à l'alcool, au travers de l'auto-stigmatisation et de l'identification au groupe via analyse linguistique de postes sur forum en ligne | Le corpus de données final était composé de 257 posts internet, publiés par 237 membres de SoberRecovery (forum d'entraide au rétablissement des addictions ainsi que leurs proches) Australie | Dictionnaires de mots crée grâce à l'analyse linguistique pour les variables suivantes (à l'aide du logiciel LIWC) : auto-stigmatisation ; sentiment d'efficacité personnel ; bien être (émotions positive et émotions négatives) ; identification sociale | Corrélation entre l'auto-stigmatisation et les émotions négatives ($r = .219, p < .05$) Effet médiateur de l'identification sociale dans le lien entre l'auto-stigmatisation et les émotions négatives ($b = .026, BCa IC95\% [.002, .077]$). En tant que médiateur, l'identification sociale représente près de 13 % de l'effet total |

Tableau 2 (Continued)

| Titre, auteur(s) et année de publication | Objectif et design de l'étude | Population (taille de l'échantillon, proportion hommes femmes, caractéristiques et pays de recrutement) | Mesures | Principaux résultats |
|---|---|---|---|---|
| <i>Correlates of stigma severity among persons seeking opioid detoxification</i> Bozinoff, Anderson, Bailey, Stein 2017 | Étude transversale quantitative visant à évaluer les facteurs prédictifs de la stigmatisation intériorisée et de la stigmatisation perçue | $n = 407$ (72,2 % d'hommes) Usager.e.s d'opioïdes États-Unis | Stigmatisation intériorisée : General Self-Stigma Subscale et Treatment Stigma Subscale issue de la Kanter Depression Self-stigma Scale (modifiée pour l'étude) Santé mentale et physique : Patient Health Questionnaire-2 depression screen ainsi que le premier item du 12-Item Short Form Survey Stigmatisation intériorisée : SASSS Consommation d'alcool : AUDIT Consommation d'autres substances : DUDIT Sentiment d'efficacité personnel : BASEM Symptomatologie dépressive : CES-D Anxiété : Zung Self-Rating Anxiety Scale Qualité de vie : SWLS | La consommation de substance par voie intraveineuse prédit des scores plus élevés d'auto-stigmatisation générale ($b = .262$, $p = 032$), de même qu'un passif de prise en charge pour addiction ($b = .330$, $p = .016$) Corrélation négative entre l'auto-stigmatisation générale et la santé physique générale ($r = -.21$, $p < .001$) Corrélation entre l'auto-stigmatisation générale et l'échelle de dépression ($r = .36$, $p < .001$), de même pour la stigmatisation liée au traitement ($r = .14$, $p = .004$) Aucune association significative entre le traitement antérieur et l'auto-stigmatisation Aucune différence significative sur les quatre sous-échelles d'auto-stigmatisation entre les différentes substances Aucune différence significative entre les hommes et les femmes sur les sous-échelles de l'autoévaluation, de la peur de la stigmatisation, de l'évitement de la stigmatisation et du désengagement des valeurs L'échelle de qualité de vie est corrélée négativement de manière significative avec les quatre sous-échelles d'auto-stigmatisation ($r = -0,36$, $p < .05$ $r = -0,28$, $p < .05$, $r = -0,29$, $p < .05$, $r = -0,22$, $p < .05$) |
| <i>Correlates of self-stigma among individuals with substance use problems</i> Brown, Kramer, Dumas, Sacchetti, Powell 2015 | Étude transversale quantitative des liens entre le type de substance, la consommation, les diagnostics, la qualité de vie et la stigmatisation intériorisée | $n = 120$ (70 % d'hommes) Usager.e.s d'alcool et/ou d'autres substances États-Unis | | |

Tableau 2 (Continued)

| Titre, auteur(s) et année de publication | Objectif et design de l'étude | Population (taille de l'échantillon, proportion hommes femmes, caractéristiques et pays de recrutement) | Mesures | Principaux résultats |
|---|--|---|--|---|
| <i>A tale of two cities: stigma and health outcomes among people with HIV who inject drugs in St. Petersburg, Russia and Kohtla-Järve, Estonia</i> Burke, Calabrese, Dovidio, Levina, Uusküla, Nicolai, Ollo, Heimer 2015 | Étude transversale quantitative des liens entre la stigmatisation intériorisée la consommation de substance, le VIH et des variables de santé physique et mentales | $n = 381$ à St. Petersburg Russie (79 % d'hommes) $n = 288$ à Kohtla-Järve Estonie (73 % d'hommes) Personnes consommant par injection recrutées en Estonie et en Russie | Stigmatisation intériorisée du VIH : Internalized AIDS-Related Stigma Scale Stigmatisation intériorisée de la consommation : Internalized AIDS-Related Stigma Scale adapté pour l'étude Stigmatisation anticipée : Stigma Consciousness Questionnaire adapté pour l'étude Symptomatologie dépressive : MHI-5 | Les participants des deux lieux ont indiqué des niveaux élevés ($M > 3$) des quatre formes de stigmatisations Dans l'échantillon russe, la stigmatisation intériorisée liée à l'usage de drogue prédit une santé moindre (santé perçue ($b = -4,49$, $p < .001$), soin du VIH ($b = -4,44$, $p = .006$), une augmentation du compte de CD4 ($b = .92$, $p < .001$), des symptômes ($b = .80$, $p < .001$) ainsi que de la dépression ($b = .10$, $p = .036$) En revanche, ça n'est pas le cas pour l'échantillon estonien, où l'ensemble de ces liens est non significatif |
| <i>Internalized stigma among people who inject drugs</i> Cama, Brener, Wilson, von Hippel 2016 | Étude transversale quantitative évaluant la stigmatisation liée à la consommation de drogues injectables, le lien au partage de matériel, à la santé mental et aux variables sociodémographiques | $n = 102$ (75 % d'hommes) Personnes consommants par voie intraveineuse Australie | Stigmatisation intériorisée : outil en 7 items créé en adaptant les items de l'ISMI Estime de soi : RSS Consommation de substance : 5-item Severity of Dependence Scale Perception des comportements discriminatoires : échelle en 5 items créé pour l'étude | Corrélation positive entre la stigmatisation intériorisée et la sévérité de la dépendance aux drogues ($r = .45$, $p < .05$), la dépression ($r = .21$, $p < .001$) et négative quant à l'estime de soi ($r = -.45$, $p < .05$) Pas de lien significatif entre la stigmatisation intériorisée et le partage de matériel, l'âge, le genre, la fréquence de consommation par voie intraveineuse |

Pour citer cet article : L. Milan and I. Varescon, Stigmatisation intériorisée et consommation de substances psychoactives : revue systématique de la littérature, *Psychol. fr.*, <https://doi.org/10.1016/j.psfr.2021.02.006>

Tableau 2 (Continued)

| Titre, auteur(s) et année de publication | Objectif et design de l'étude | Population (taille de l'échantillon, proportion hommes femmes, caractéristiques et pays de recrutement) | Mesures | Principaux résultats |
|--|--|--|---|---|
| <i>Social functioning and internalized stigma in individuals diagnosed with substance use disorder</i> Can, Tanriverdi 2015 | Étude transversale quantitative centrée sur le niveau de fonctionnement social et la stigmatisation intériorisée des personnes atteinte d'un trouble de l'usage de substance | n = 122 (92 % d'hommes) Usager.e.s d'alcool, d'héroïne, cannabis et autre substance non spécifiées Turquie | Stigmatisation intériorisée : ISMI adaptée Fonctionnement social : SFS | 43,8 % des participant.e.s présentent une sévère intériorisation des stigmates, 41,0 % une atteinte modérée Corrélation négative entre la stigmatisation intériorisée, le fonctionnement social ($r = -.27, p = .006$), la communication interpersonnel ($r = -.48, p < .001$), les activités sociales ($r = -.23, p = .020$) et un isolement social ($r = -.30, p = .002$) En revanche pas de lien significatif entre le score total de l'ISMI et les facteurs de travail, de performance, de compétence et la présence de loisirs de la SFS |
| <i>Psychological distress mediated the effects of self-stigma on quality of life in opioiddependent individuals: a cross-sectional study</i> Chang, Lin, Chang, Ting, Cheng, Wang 2019 | Étude transversale quantitative visant à évaluer l'effet médiateurs de symptômes psychologiques sur le lien entre la stigmatisation et la qualité de vie | n = 268 (88,8 % d'hommes) Usager.e.s d'opiacés sous traitement de substitution Taiwan | Stigmatisation intériorisée : SSS-S Consommation de substances : OTI Déresse psychologique : CHQ-12 Qualité de vie : World Health Organization Quality of Life Brief Version (WHOQOL-BREF) | La détresse psychologique médiate la relation entre l'auto-stigmatisation et la qualité de vie pour chaque domaine : Physique $b = -.37, p < .05, IC95 \% [-.72, -.07]$, Sobel test = 2,36, $p = .018$ Psychologique $b = .33, p < .05, IC95 \% [-0,63, -0,05]$, Sobel test = 2,35, $p = .019$ Sociale $b = -.29, p < .05, IC95 \% [-.60, -.04]$, Sobel test = 2,34, $p = .019$ Environnementale $b = -.30, p < .05, IC95 \% [-.59, -.05]$, Sobel test = 2,34, $p = .020$ |

Pour citer cet article : L. Milan and I. Varescon, Stigmatisation intériorisée et consommation de substances psychoactives : revue systématique de la littérature, *Psychol. fr.*, <https://doi.org/10.1016/j.psf.2021.02.006>

Tableau 2 (Continued)

| Titre, auteur(s) et année de publication | Objectif et design de l'étude | Population (taille de l'échantillon, proportion hommes femmes, caractéristiques et pays de recrutement) | Mesures | Principaux résultats |
|--|--|---|---|---|
| <i>Negative impacts of self-stigma on the quality of life of patients in methadone maintenance treatment: the mediated roles of psychological distress and social functioning</i> Cheng, Chang, Wang, Chang, Ting, Ling 2019 | Étude transversale quantitative investiguant les liens entre la consommation de substances, la qualité de vie, la détresse psychologique, le fonctionnement social et la stigmatisation intériorisée | n = 250 (89,6 % d'hommes) Usager.e.s d'héroïne sous méthadone Taiwan | Stigmatisation intériorisée : Self-Stigma Scale Short (SSS-S) Consommation de substances : Opiate Treatment Index (OTI) Détresse psychologique : Chinese Health Questionnaire-12 (CHQ-12) Qualité de vie : WHOQOL-BREF | Présence d'un effet direct de la stigmatisation intériorisée sur la qualité de vie $b = -1,967$ $p = .002$, IC95 % [-3,11, -99] La détresse psychologique médiate le lien entre la stigmatisation intériorisée et la qualité de vie $b = -1,546$ $p < .001$ IC95 % [-2,60, -91] à 76,4 % Lien médiateur non significatif du fonctionnement sociale entre la stigmatisation intériorisée et la qualité de vie $b = -0,117$ $p = .40$ IC95 % [-0,45, 0,17], à 5,8 % |
| <i>Psychosocial understanding of self-stigma among people who seek treatment for drug addiction</i> Da Silveira, Casela, Monteiro, Ferreira, Freitas, Machado, Noto, Ronzani 2016 | Étude transversale quantitative sur le lien entre la stigmatisation intériorisée et des variables sociodémographiques, psychologiques et psychosociales | n = 461 (91 % d'hommes) Usager.e.s d'alcool ou autre substance non spécifiés Brésil | Stigmatisation intériorisée : ISMI adaptée Psychopathologies : MINI Espoir : HHS Estime de soi : RSS Symptomatologie dépressive : CES-D | Le modèle de régression multiple comprenant des variables sociodémographique et variables liées à la consommation prédit une stigmatisation intériorisée plus élevée pour les femmes que pour les hommes ($b = -3,36$, $p < .05$), et pour les personnes usant plusieurs substances ($b = 1,70$, $p < .05$) Les caractéristiques psychologiques (symptômes de dépression, estime de soi et espoir) président significativement la stigmatisation intériorisée ($F[3,460] = 70,510$, $p < .001$, R^2 ajusté .31) Un dernier modèle de régression indique que les variables psychosociales et psychologiques président significativement la stigmatisation intériorisée, ($F[10,392] = 21,309$, $p < .001$ R^2 ajusté = .34) |

Pour citer cet article : L. Milian and I. Varescon, Stigmatisation intériorisée et consommation de substances psychoactives : revue systématique de la littérature, *Psychol. fr.*, <https://doi.org/10.1016/j.psf.2021.02.006>

Tableau 2 (Continued)

| Titre, auteur(s) et année de publication | Objectif et design de l'étude | Population (taille de l'échantillon, proportion hommes femmes, caractéristiques et pays de recrutement) | Mesures | Principaux résultats |
|--|---|---|---|---|
| <i>Stigma, substance use, and help-seeking attitudes among rural and urban individuals</i> Dschaak, Juntunen 2018 | Étude transversale quantitative examinant la stigmatisation publique, la stigmatisation intériorisée, la consommation de substances et les attitudes à l'égard de la recherche d'aide psychologique | $n = 260$ (50,4 % d'hommes) Population générale recruté en ligne via Amazon Mechanical Turk (Mturk) États-Unis | Stigmatisation intériorisée : SSOSH Stigmatisation perçue : PSOSH Attitude face aux soins : ATSPPH – S Consommation d'alcool : AUDIT Consommation d'autres substances : DAST-10 | Au sein de l'échantillon, les hommes faisaient état de niveaux plus élevés de stigmatisation publique ($F[3,254] = 2,785, p = .041$), d'auto-stigmatisation ($F[3,254] = 2,878, p = .037$), d'attitudes plus négatives à l'égard de la recherche d'une aide psychologique professionnelle ($F[3,254] = 4,441, p = .005$) et d'un score AUDIT plus élevé ($F[3,254] = 6,587, p < .001$) que les femmes Pas de différences dans la stigmatisation publique, l'auto-stigmatisation et les attitudes envers la recherche d'aide psychologique entre les personnes qui consomment des drogues et/ou de l'alcool et celles qui n'en consomment pas Aucune différence significative n'est apparue entre les personnes vivant en milieu rural ou en milieu urbain |
| <i>Intersectionality of internalized HIV stigma and internalized substance use stigma: implications for depressive symptoms</i> Earnshaw, Smith, Cunningham, Copenhaver 2013 | Étude transversale quantitative portant sur l'interaction entre la symptomatologie dépressive, la stigmatisation intériorisée du VIH et de la consommation de substances | $n = 85$ (55 % d'hommes) Usager.e.s d'alcool ou autre substance non spécifiées États-Unis | Stigmatisation intériorisée de la consommation : internalized stigma subscale de la VIH Stigma Mechanism Measure adaptée pour l'étude Stigmatisation intériorisée du VIH : internalized stigma subscale de la VIH Stigma Mechanism Measure Symptomatologie dépressive : CES-D | L'analyse de régression a démontré une interaction statistiquement significative entre la stigmatisation internalisée du VIH et de la consommation de substances sur les symptômes dépressifs ($b = 0,63, t = 2,86, p < .01$) |

Pour citer cet article : L. Milan and I. Vařscon, Stigmatisation intériorisée et consommation de substances psychoactives : revue systématique de la littérature. *Psychol. fr.*, <https://doi.org/10.1016/j.psfr.2021.02.006>

Tableau 2 (Continued)

| Titre, auteur(s) et année de publication | Objectif et design de l'étude | Population (taille de l'échantillon, proportion hommes femmes, caractéristiques et pays de recrutement) | Mesures | Principaux résultats |
|--|---|--|---|---|
| <i>Stigma and its determinants among male drug dependents receiving methadone maintenance treatment</i> Etseam, Hosseini, Ghoreishi 2014 | Étude transversale quantitative évaluant les différentes formes de stigmatisations et les stratégies de coping en lien avec la consommation | n = 144 (100 % hommes) Usagers d'opioïdes Iran | Stigmatisation intériorisée : ISS Stigmatisation perçue : SAPSS Stigmatisation interpersonnelle : SRS Stratégies d'adaptation : Secrecy Coping Scale | Corrélation entre la honte intériorisée et le secret comme stratégie de coping ($r = .21, p < .05$) 85,4 % des participants de l'étude présente des scores élevés de honte intériorisée (> 50) La stratégie de coping privilégiée par les participants semble être le secret : 64 % cachent leurs antécédents de dépendance aux substances, 70 % conseillent à un proche de ne pas parler de leurs consommation et 85 % attendent avant de parler de leurs problèmes de substances. Enfin, 37 % estiment que garder le secret sur leurs antécédents de consommation de substances est une bonne idée |
| <i>Similarities and differences between individuals seeking treatment for gambling problems vs. alcohol and substance use problems in relation to the progressive model of self-stigma</i> Gavriel-Fried, Tal Rabayov 2017 | Étude transversale quantitative évaluant le modèle progressif de la stigmatisation intériorisée dans trois formes d'addictions | n = 148 Personnes présentant un trouble de jeu pathologiques n = 37 (97,3 % d'hommes) Usager.e.s d'alcool n = 60 (85 % d'hommes) Usagr.e.s d'autres substances n = 51 (88,2 % d'hommes) Israël | Stigmatisation intériorisée : SSMIS-SF Sévérité de l'addiction : critères du DSM-5 | Le modèle progressif proposé est validé statistiquement Scores moyens dans les premiers stades supérieurs aux scores moyens aux stades ultérieurs : Jeu pathologique $M_{conscience} = 5,25, ET = .36, M_{accord} = 4,53, ET = .32, M_{application} = 3,70, ET = .35, M_{conséquences} = 3,53, ET = .41$ Alcool $M_{conscience} = 6,19, ET = .28, M_{accord} = 4,48, ET = 0,25, M_{application} = 3,53, ET = .28, M_{conséquences} = 3,40, ET = .32$ Autres substances $M_{conscience} = 6,43, ET = 0,3, M_{accord} = 5,34, ET = 0,28, M_{application} = 3,91, ET = .30, M_{conséquences} = 3,10, ET = .35$ Corrélations moyennes plus élevées pour les relations proximales (d'un stade à un autre) que pour les relations éloignées au sein du processus et ce pour tous les types d'addiction évalués (c.-à-d. pour l'alcool corrélation significative entre conscience et accord ($r = .44, p < .001$), entre accord et application ($r = .60, p < .001$), entre application et conséquences ($r = .85, p < .0001$), moindre entre conscience et conséquences ($r = .27, p < .05$) Seule la conscience des stéréotypes semble varier significativement entre les groupes ($F[2,139] = 3,71, p < 0,01, \eta^2 = 0,051$) avec des scores inférieur pour les personnes présentant un trouble du jeu pathologique |

Pour citer cet article : L. Milan and I. Varescon, Stigmatisation intériorisée et consommation de substances psychoactives : revue systématique de la littérature, *Psychol. fr.*, <https://doi.org/10.1016/j.psfr.2021.02.006>

Tableau 2 (Continued)

| Titre, auteur(s) et année de publication | Objectif et design de l'étude | Population (taille de l'échantillon, proportion hommes femmes, caractéristiques et pays de recrutement) | Mesures | Principaux résultats |
|---|---|--|---|---|
| <i>Socio-ecological factors associated with depression, suicidal ideation and suicidal attempt among female injection drug users who are sexworkers in China</i> Gu, Lau, Li, Li, Gao, Feng, Bai, Hao, Hao 2014 | Étude transversale quantitative portant sur la dépression, les idées suicidaires et tentatives de suicide d'un point de vue individuel, interpersonnel, organisationnel et social | n = 200 (100 % femmes) Usagères injectrices travailleuses du sexe Chine | Stigmatisation intériorisée : SSS-S Stigmatisation perçue : Perceived Social Stigma Scale Symptomatologie dépressive : DASS-21 Idées suicidaires : 2 items créés pour l'étude Pression économique perçue : Perceived Economic Pressure Scale Soutien social : Social Support Scale | La stigmatisation intériorisée prédit une symptomatologie sévère voire extrêmement sévère auprès de l'échantillon (OR = 1,18, IC95 % [1,07-1,31], p < .001) Mais ce résultat n'est plus significatif une fois contrôlée pour la dépression (OR = 1,02, IC95 % [0,94-1,46], p > .05) |
| <i>Internalized stigma and its correlates among treatment seeking opium users in India: a cross-sectional observational study</i> Gupta, Panda, Parmar, Bhad 2019 | Étude transversale quantitative explorant les variables corrélées à la stigmatisation intériorisée auprès d'usagers d'opium | n = 117, (100 % d'hommes) Usagers d'opium Inde | Stigmatisation intériorisée : ISMI adaptée Consommation d'opium : critères ICD | 29,1 % de l'échantillon présentent un niveau sévère de stigmatisation intériorisée, 17,9 % un niveau modéré, 22,2 % un niveau moyen et 30,8 un niveau faible Une différence significative est obtenue pour l'âge, le niveau d'éducation et l'usage de sédatifs (p < .05) entre les personnes présentant un niveau élevé de stigmatisation intériorisée et ceux présentant un niveau faible Aucune autre différence significative n'est présente entre les groupes |
| <i>Substance use and mental health stigma in veterans with co-occurring disorders</i> Hamish, Corigan, Byrne, Pinals, Rodrigues, Smelson 2016 | Étude transversale quantitative évaluant les quatre étapes de stigmatisation intériorisée | n = 48 (95,8 % d'hommes) Usager.e.s de substances ayant un trouble de santé mentale concomitant États-Unis | Stigmatisation intériorisée de la consommation : Self-Stigma of Mental Illness Scale adaptée pour l'étude Stigmatisation intériorisée de la maladie mentale : Self-Stigma of Mental Illness Scale adaptée | L'intériorisation des stigmates est significativement plus élevée pour la consommation de substance que pour les troubles mentaux (F[1,47] = 14,213, p < .001), plus spécifiquement pour les étapes de conscience des stéréotypes et accord avec les stéréotypes (première et seconde étape) Interaction significative entre le type de stigmatisation et le niveau de stigmatisation (F[2,4, 113,2] = 20,250, p < .001) |

Pour citer cet article : L. Milan and I Varese, Stigmatisation intériorisée et consommation de substances psychoactives : revue systématique de la littérature, *Psychol. fr.*, <https://doi.org/10.1016/j.psfr.2021.02.006>

Tableau 2 (Continued)

| Titre, auteur(s) et année de publication | Objectif et design de l'étude | Population (taille de l'échantillon, proportion hommes femmes, caractéristiques et pays de recrutement) | Mesures | Principaux résultats |
|--|--|---|---|---|
| <i>The role of internalized stigma in the disclosure of injecting drug use among people who inject drugs and self-report as HIV-positive in Kohtla-Järve, Estonia</i> Johannson, Vorobjov, Heimer, Dovidio, Uusküla 2016 | Étude transversale quantitative visant à évaluer les relations entre la stigmatisation intériorisée de la consommation de substance et du VIH sur la non divulgation de la consommation | n = 312 (72 % d'hommes) Usager.e.s par voie intraveineuse Estonie | Stigmatisation intériorisée de la consommation : Internalized AIDS-Related Stigma Scale adaptée pour l'étude Stigmatisation intériorisée du VIH : Internalized AIDS-Related Stigma Scale | Stigmatisation intériorisée de la consommation est associée négativement avec le dévoilement de la consommation (OR = .48, IC95 % [0,30-0,77], p = .002) Stigmatisation intériorisée du VIH est associée positivement à la divulgation de la consommation auprès des professionnel.le.s de santé (OR = 2,26, IC95 % [1,27-4,00], p = .005) Aucun effet d'interaction significatif n'est mis en avant entre la stigmatisation intériorisée de la consommation et la stigmatisation du VIH quant à la divulgation |
| <i>Self-stigma, identity, and co-occurring disorders</i> Al-Khouja et Corrigan 2017 | Étude transversale quantitative portant sur la différence des quatre étapes d'intériorisation des stigmates entre les personnes présentant une pathologie mentale et ceux présentant un trouble concomitant d'usage de substance | n = 366 (60,4 % d'hommes) Population générale recruté en ligne via Mtruck États-Unis | Stigmatisation intériorisée : SSMIS-SF Pathologie mentale : Identity with mental illness scale | Les personnes atteintes d'une pathologie mentale diffèrent significativement des personnes présentant un trouble comorbide d'utilisation de substance aux étapes de consciences des stéréotypes (F[1,286] = 4,23, p < .05) ; d'application des stéréotypes à eux-mêmes (F[1,286] = 4,23, p < .01) ; ainsi que de pour les conséquences, dernière étape du modèle (F[1,286] = 4,23, p < .05) En revanche, pour ce qui est de l'accord avec les stéréotypes (2 nd étape du processus), cette différence est non significative (F[1,286] = 2,88, p < .10) Le diagnostic est corrélé significativement avec les différentes étapes du processus d'intériorisation des stigmates (r = .12, p < .05), (r = -.16, p < .001), (r = -.16, p < .05), (r = -.13, p < .05) |
| <i>Stigma predicts residential treatment length for substance use disorder</i> Luoma, Kulesza, Hayes, Kohlenberg, Larimer 2014 | Étude interventionnelle ACT portant sur les stigmatisations et la durée de traitement | n = 103 (59,2 % d'hommes) Usager.e.s d'alcool et autres substances États-Unis | Stigmatisation intériorisée : ISMI adaptée Santé mentale : GHQ-12 Soutien social : The MSPSS Honte intériorisée : ISS Rejet lié à la stigmatisation : SRRS | La durée de traitement ne varie pas significativement entre les personnes ayant bénéficiées de l'intervention et celles n'en ayant pas bénéficiées Les variables liées à la stigmatisation expliquent tout de même 10,6 % de la variance de la durée de traitement, et présente un apport significatif dans le modèle de régression (F[3,93] = 4,501, p < .01) comprenant les variables sociodémographique, variables liées |

Tableau 2 (Continued)

| Titre, auteur(s) et année de publication | Objectif et design de l'étude | Population (taille de l'échantillon, proportion hommes femmes, caractéristiques et pays de recrutement) | Mesures | Principaux résultats |
|--|--|---|--|---|
| <i>Factors related to internalization of stigma for alcohol dependence among Korean men</i> Lyu, Lee, Bejerano 2017 | Étude transversale quantitative investiguant relations entre la stigmatisation intériorisée de la consommation d'alcool, l'insight, l'estime de soi et la dépression | n = 174 (100 % d'hommes) Usagers d'alcool Corée du sud | Stigmatisation intériorisée : ISMI adaptée Insight : Hanil Alcohol Insight Scale Estime de soi : RSS Symptomatologie dépressive : BDI | Corrélation positive significative entre la stigmatisation intériorisée et la dépression, ($r = .51, p < .05$) et l'estime de soi ($r = .47, p > .05$) Aucun lien significatif n'a été mis en avant entre la stigmatisation intériorisée et l'insight des participants Un modèle de régression multiple confirme que ces variables prédisent la stigmatisation intériorisée ($b = .36, p < .001$) pour la dépression et ($b = -.21, p < .016$) pour l'estime de soi, $R^2 = .33$ |
| <i>Cultural model of self-stigma among Chinese with substance use problems</i> Mak, Ho, Wong, Law, Chan 2015 | Étude transversale quantitative évaluant le lien médiateur des émotions réflexives entre les aspects culturels et la stigmatisation intériorisée dans la consommation de substance | n = 199 (91,3 % d'hommes) Usagers.e.s de diverses substances (héroïne, méthadone, marijuana, amphétamine, kétamine) Chine | Stigmatisation intériorisée : 9-item Self-Stigma Scale Préoccupation de l'image sociale : LOF pour le « mianzi concern » et une échelle en 10 items a été créée pour l'étude pour mesurer le « lian concern (LC) » Emotions réflexives : PFQ-2 Rumination : échelle en trois items créée pour l'étude Santé mentale : MHI-18 | Le modèle d'équation structurelle présente une bonne validité $NNFI = .90, CFI = .92, RMSEA = .07$ Des effets indirects significatifs de la composante Lian ont été montrés par le biais d'émotions réflexives sur la rumination (effet indirect standardisé = $.33, p < .05$), l'auto-stigmatisation (effet indirect standardisé = $.14, p < .05$), et la santé mentale (effet indirect standardisé = $-.08, p < .05$) Des effets indirects significatifs des émotions réflexives ont également été montrés par la rumination sur l'auto-stigmatisation (effet indirect standardisé = $.28, p < .05$) et la santé mentale (effet indirect standardisé = $-.15, p < .05$). Aucun des effets indirects de la composante Mianzi ne s'est révélé significatif |
| <i>Substance abuse-related self-stigma in women with substance use disorder and comorbid posttraumatic stress disorder</i> Melchior, Hüsing, Grundmann, Lotzin, Hiller, Pan, Driessen, Scherbaum, Schneider, Hillemacher, Stolzenburg, Schomerus, Schäfer 2019 | Étude transversale quantitative investiguant le modèle progressif de la stigmatisation intériorisée auprès de femmes ayant un trouble comorbide, et le rôle prédictiveur des symptômes traumatiques sur la stigmatisation intériorisée | n = 343 (100 % de femmes) Usagères d'alcool et autres substances présentant un trouble de stress post-traumatique Allemagne | Stigmatisation intériorisée : SSAD adaptée Sévérité de la consommation : ASI-Lite Trouble du stress post-traumatique : PSS-I Expérience infantile traumatique : CTQ Symptomatologie dépressive : BDI-21 | Conformément au modèle progressif de la stigmatisation intériorisée, les scores décroissent progressivement pour les différents facteurs, et varient de manière significative ($F[2,255, 759,87] = 886,58, p < .001, \eta^2 = .73$) Qui plus est, les corrélations des échelles proximales sont plus élevées que celles des échelles distales En revanche, aucun effet significatif n'est apparu entre la symptomatologie traumatique, les expériences infantiles traumatiques et la stigmatisation intériorisée |

Pour citer cet article : L. Milan and I. Varese, Stigmatisation intériorisée et consommation de substances psychoactives : revue systématique de la littérature. *Psychol. fr.*, <https://doi.org/10.1016/j.psfr.2021.02.006>

Tableau 2 (Continued)

| Titre, auteur(s) et année de publication | Objectif et design de l'étude | Population (taille de l'échantillon, proportion hommes femmes, caractéristiques et pays de recrutement) | Mesures | Principaux résultats |
|---|---|--|--|---|
| <i>The moderating role of social support on the relationship between anxiety, stigma, and intention to use illicit drugs among HIV-positive men who have sex with men</i> Mo, Chen, Lam, Li, Kahler, Lau 2019 | Étude transversale quantitative portant sur l'association entre l'anxiété, l'auto-stigmatisation, le soutien social et l'intention de consommer | n = 415 (100 % d'hommes) Hommes atteint du VIH ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes Chine | Stigmatisation intériorisée : SSS-5 Intention de consommer : un item créé pour l'étude Symptomatologie anxieuse : GAD-7 Soutien social : deux items créé pour l'étude | La stigmatisation intériorisée prédit de manière significative l'intention de consommer ($b = .12$, IC95 % [.00, .03], $p < .05$) tandis que le soutien social prédit de manière négative l'intention de consommer ($b = -.14$, IC95 % [-.04 à -.01], $p < .01$). Une interaction non significative est mise en avant entre le soutien social et la stigmatisation intériorisée. L'anxiété engendrait plus d'intention de consommer ($b = .12$, IC95 % [.01-0,04], $p < .01$) alors que le soutien social provoquerait l'effet inverse ($b = -.13$, IC95 % [-.04 à -.01], $p < .01$). Une interaction est présente entre ces deux variables ($b = -.11$, IC95 % [-.01 à .00], $p < .05$) |
| <i>Alcohol use in a rural district in Uganda: findings from community-based and facility-based cross-sectional studies</i> Nalwadda, Rathod, Nakku, Lund, Prince, Kigozi 2018 | Étude transversale quantitative visant à évaluer et explorer la consommation d'alcool chez les hommes en Ouganda | Étude 1 : n = 351 (100 % d'hommes). Personnes habitant en Ouganda sélectionnées aléatoirement Étude 2 : n = 778 (100 % d'hommes). Recrutées dans des structures de soin Ougandaise sélectionnées aléatoirement Ouganda | Stigmatisation intériorisée : ISMI adaptée Consommation d'alcool : AUDIT Symptomatologie dépressive : PHQ-9 Accès aux soins : BACE | Plus de la moitié de l'échantillon rapporte ne pas suivre de traitement pour des problèmes de consommation d'alcool car ils ne pensent pas que cela peut se soigner Qui plus est, quasiment la moitié rapporte également que l'alcool à ruiné leur vie 42,5 % des personnes questionnées ressentent de la gêne et de la honte en raison de leurs problèmes d'alcool et 28,4 % ont peur de la discrimination de leurs proches |
| <i>The impact of self-stigma on self-esteem among persons with different mental disorders</i> Park, MinHwa, Seo 2019 | Étude transversale quantitative visant à comparer la stigmatisation intériorisée dans trois troubles et évaluer le rôle de l'estime de soi | n = 321 (83,8 % d'hommes) Personnes atteintes de trouble de l'usage d'alcool, de schizophrénie ou de trouble du jeu pathologique Corée du sud | Stigmatisation intériorisée : ISMI adaptée Estime de soi : RSS | Les scores moyens de stigmatisation intériorisée sont plus élevés auprès des personnes atteintes de jeu pathologique ($M = 2,51$ $ET = .65$), suivies des personnes ayant un trouble de l'usage d'alcool ($M = 2,71$ $ET = .63$) puis des personnes atteintes de schizophrénie ($M = 2,51$, $ET = .65$) ($F[2,319] = 12,68$, $p < .001$) L'aliénation ($b = -.238$, $p < .01$), l'isolement social ($b = -.238$, $p < .001$) et la résistance aux stigmas ($b = .362$, $p < .001$) prédisent de manière significative l'estime de soi, l'ajout de ces variables dans le modèle de régression permet une variance expliquée de 68,1 %, comparativement à 17,5 % avant leur ajout |

Pour citer cet article : L. Milan and I Varesecon, Stigmatisation intériorisée et consommation de substances psychoactives : revue systématique de la littérature, *Psychol. fr.*, <https://doi.org/10.1016/j.psfr.2021.02.006>

Tableau 2 (Continued)

| Titre, auteur(s) et année de publication | Objectif et design de l'étude | Population (taille de l'échantillon, proportion hommes femmes, caractéristiques et pays de recrutement) | Mesures | Principaux résultats |
|---|--|---|--|---|
| <i>Examining effects of anticipated stigma, centrality, salience, internalization, and outness on psychological distress for people with concealable stigmatized identities</i> Quinn, Williams, Quintana, Gaskins, Overstreet, Pishori, Earnshaw, Perez, Chaudoir 2014 | Étude transversale quantitative comparant différentes identités stigmatisées quant à la détresse psychologique | $n = 394$ (58,4 % d'hommes) Personnes atteintes de maladies mentales, d'un trouble de l'usage de substance, ayant subi des abus pendant l'enfance, ayant subi des violences conjugales ou ayant subi un viol, recrutées en population générale États-Unis | Stigmatisation anticipée : échelle créée pour l'étude sur la base de la Discrimination scale de Kessler L'importance de l'identité : échelle créée pour l'étude composée de 4 items de l'identity subscale of the Collective Self-Esteem scale et 4 autres items Saillance : 3 items créés Internalisation des croyances négatives à propos de soi : 4 items basés sur la Link's Devaluation-Discrimination scale for mental illness Extériorisation : 1 item créé Détresse psychologique : CES-D et STAI-T Nevrosisme/stabilité émotionnelle : SIMP | Parmi les différents groupes, les consommateurs de substances présentent les plus hauts scores de stigmatisation anticipée ($M = 4,35$, $ET = nm$) et intériorisée ($M = 3,63$, $ET = nm$) Ces deux groupes présentent des scores de stigmatisation intériorisée significativement différemment des autres groupes à savoir les personnes ayant été victime d'abus dans l'enfance, de violences conjugales, d'agression sexuelle ($F[4,383] = 5,71$, $p < .001$, $R^2 = .06$). En revanche, le groupe de personnes atteintes d'un trouble de l'usage de substance ne présente pas des résultats significativement différent du groupe de personnes atteint de pathologie mentale |
| <i>Internalized stigma among patients with substance use disorders at a tertiary care center in India</i> Sarkar, Balhara, Kumar, Saini, Kamran, Patil, Singh, Gyawali 2017 | Étude transversale quantitative investiguant le lien entre la stigmatisation intériorisée et la qualité de vie | $n = 201$ (99,5 % d'hommes) Usager.e.s d'alcool et/ou d'opioïdes Inde | Stigmatisation intériorisée : ISMI Qualité de vie : WHOQOL-Bref | 65,7 % de l'échantillon présente une stigmatisation intériorisée sévère. Après comparaison de l'échantillon scindé en deux groupes (stigmatisation intériorisée sévère vs modérée), seule une variable descriptive diffère significativement. Les personnes présentant un niveau sévère d'intériorisation des stigmates sont plus susceptibles de consommer des opioïdes comme première substance ($\chi^2 = 5,173$, $p = .028$) En ce qui concerne la qualité de vie, des différences significative entre les deux groupes sont observés pour la qualité de vie physique ($t[217] = 3,928$ $p < .001$), psychologique ($t[217] = 4,710$ $p < .001$), sociale ($t[217] = 4,707$ $p < .001$) et environnementale ($t[217] = 2,542$ $p = .012$) |

Tableau 2 (Continued)

| Titre, auteur(s) et année de publication | Objectif et design de l'étude | Population (taille de l'échantillon, proportion hommes femmes, caractéristiques et pays de recrutement) | Mesures | Principaux résultats |
|--|---|---|---|--|
| <i>Implicit and explicit internalized stigma: relationship with risky behaviors, psychosocial functioning and healthcare access among people who inject drugs</i> von Hippel, Brener, Horwitz 2018 | Étude transversale quantitative évaluant la stigmatisation intériorisée implicite et explicite quant au fonctionnement social, aux comportements à risques et au parcours de soin | n = 115 (60,5 % d'hommes) Usager.e.s injecteurs de substance(s) Australie | Stigmatisation intériorisée explicite : 7 items adaptés de l'ISMI Stigmatisation intériorisée implicite : IAT Fonctionnement psychosocial : K10 Sévérité de la consommation : SDS Attitudes envers les personnes qui s'injectent : 5 items utilisés dans une précédente étude | La stigmatisation intériorisée explicite est associée à un moindre fonctionnement psychosocial ($b = .294$, $t[114] = 2,678$, $p = .009$), une plus importante sévérité de dépendance ($b = .428$, $t[114] = 4,012$, $p < .001$), une symptomatologie dépressive plus importante et une gêne à fréquenter les programmes d'échange de seringues ($b = -.279$, $t[114] = -2,480$, $p = .015$) Quant à la mesure implicite de l'intériorisation des stigmates, elle est associée négativement au partage de seringue ($b = -0,195$, $t[114] = -2,019$, $p = .046$, $R^2 = .067$), positivement à l'engagement dans le traitement ($b = .297$ $t[114] = 2,836$ $p = .006$ $R^2 = .132$) |
| <i>Treatment gap, help-seeking, stigma and magnitude of alcohol use disorder in rural Ethiopia</i> Zewdu, Hanlon, Fekadu, Medhin, Teferra 2019 | Étude transversale quantitative portant sur les facteurs liés à la consommation d'alcool et les difficultés liées à l'accès aux soins | n = 1485 (45,7 % d'hommes) Population générale Éthiopie | Stigmatisation intériorisée : ISMI Consommation d'alcool : AUDIT Symptomatologie dépressive : PHQ-9 Suicidalité : CIDI Difficultés liés à la santé : WHODAS Évènements de vie : LTE Soutien social : OSS Accès aux soins : BACE | Les consommateurs d'alcool présentent plus de difficultés de santé, de symptômes dépressifs, et 70 % d'entre eux présentent des scores élevés de stigmatisation intériorisée Les événements de vie stressants $PR = 1,3$, $IC95\% [1,2-1,3]$, $p < .05$, les idées suicidaires $PR = 1,7$, $IC95\% [1,1-2,6]$, $p < .05$, les symptômes dépressifs $PR = 1,06$ $IC95\% [1,03-1,09]$, $p < .05$ et le fonctionnement global $PR = 1,02$, $IC95\% [1,00-1,02]$, $p < .05$ sont associés à la consommation d'alcool |

ISMI : Internalized Stigma of Mental Illness Scale ; TMQ : Treatment Motivation Questionnaire ; MSPSS : Multidimensional Scale of Perceived Social Support ; BAI : Beck Anxiety inventory ; BDI : Beck Depression Inventory ; SASSS : Substance Abuse Self-Stigma Scale ; BARC-10 : Brief Assessment of Recovery Capital ; RSS : Rosenberg Self-esteem Scale ; PSAS-8 : Perceived Stigma of Addiction Scale ; ISS : Internalized Shame Scale ; AUDIT : Alcohol Use Disorders Identification Test ; DUDIT : Drug Use Disorders Identification Test ; BASEM : Brief Abstinence Self-Efficacy Measure ; CES-D : Center of Epidemiologic Studies Depression scale ; SWLS : Satisfaction with Life Scale ; MHI-5 : five-item Mental Health Inventory ; SFS : Social Functioning Scale ; SSS-S : Self-Stigma Scale Short ; OTI : Opiate Treatment Index ; CHQ-12 : Chinese Health Questionnaire-12 ; WHOQOL-BREF : World Health Organization Quality of Life Brief Version ; MINI : Mini International Neuropsychiatric Interview ; HHS : Herth Hope Scale ; SSOSH : Self-Stigma of Seeking Help ; PSOSH : Perceptions of Stigmatization by Others for Seeking Help ; ATSPPH - S : Attitudes Toward Seeking Professional Psychological Help - Short Form ; DAST-10 : Drug Abuse Screening Test ; SAPSS : Substance Abuse Perceived Stigma Scale ; SRS : Stigma related interpersonal rejection ; SSMIS-SF : Self-Stigma of Mental illness Short Form ; DASS-21 : Depression Anxiety Scale ; GHQ-12 : General Health Questionnaire-12 ; SRRS : Stigma-Related Rejection Scale ; PFQ-2 : Personal Feeling Questionnaire-2 ; MHI-18 : Mental Health Inventory 18 items ; LOF : loss of face scale ; SSAD : Self-Stigma in Alcohol Dependence ; ASI-Lite : Addiction Severity Index Lite ; PSS-I : PTSD Symptom Scale Interview ; CTQ : Childhood Trauma Questionnaire, Inventory ; GAD-7 : 7-items Generalized Anxiety Disorder ; PHQ-9 : 9-items Patient's Health Questionnaire ; BACE : Barriers to Access to Care Evaluation scale ; STAI-T : Spielberger Trait Anxiety Scale ; SIMP : Single-Item Measures of Personality ; IAT : Implicit Association Test ; K10 : Kessler Psychological Distress Scale ; SDS : Severity of Dependence Scale ; CIDI : Composite International Diagnostic Interview ; WHODAS : World Health Organization Disability Assessment Schedule ; LTE : The List of Threatening Experiences ; OSS : Oslo Social Support ; M : moyenne ; ET : écart-type ; Nm : non mentionné ; IC : intervalle de confiance ; PR : rapport de prévalence.

Pour citer cet article : L. Milan and I. Varèseon, Stigmatisation intériorisée et consommation de substances psychoactives : revue systématique de la littérature, *Psychol. fr.*, <https://doi.org/10.1016/j.psfr.2021.02.006>

est associée à une symptomatologie dépressive et anxieuse plus élevée (Bozinoff, Anderson, Bailey, & Stein, 2018 ; Brown et al., 2015 ; Burke et al., 2015), voire même à la présence d'idées suicidaires, bien que ce lien serait médiatisé par la dépression (Gu et al., 2014). La présence de symptomatologie dépressive elle-même engendrerait également une présence plus importante de stigmates intériorisés (Lyu, Lee, & Bejerano, 2017). Le sens du lien n'est ainsi pas défini et il se pourrait que les deux s'influencent. De manière générale, l'intériorisation des stigmates engendre une diminution de la qualité de vie des usager.e.s (Smith, Earnshaw, Copenhaver, & Cunningham, 2016 ; Chang et al., 2019 ; Cheng et al., 2019) et de l'estime de soi (Cama, E., Brener, L., Wilson, H., & von Hippel, C, 2016 ; Lyu et al., 2017 ; Mburu et al., 2018 ; Park, MinHwa, & Seo, 2019).

Dans une étude portant sur les posts des usager.e.s au sein des forums internet de soutien pour personnes en rétablissement d'une addiction à l'alcool (Bliuc et al. (2019)) ont mis en avant que la stigmatisation intériorisée prédit de manière négative le sentiment d'efficacité personnelle, le bien-être ; accroît les émotions négatives et que ce lien serait médiatisé par l'identification au groupe.

Enfin, il semblerait que l'intériorisation des stigmates liés à la consommation ai des conséquences sur la vie sociale des usager.e.s (Cheng et al., 2019). Elle conduit à un retrait social, à une altération du fonctionnement professionnel, la détérioration des relations interpersonnelles, la perte de la volonté de participer à des activités sociales ainsi qu'une moindre adaptation sociale (Can & Tannriverdi, 2015), et un sentiment de soutien social perçu plus faible (Akdağ et al., 2018).

3.2. Accès aux soins

De nombreux travaux se sont centrés sur le rôle de l'intériorisation des stigmates dans les processus de rétablissement et la motivation au traitement, c'est le cas pour 12 des articles inclus. Les personnes ayant un passé de prise en charge pour trouble de l'usage présenteraient des scores plus élevés de stigmatisation intériorisée (Bozinoff et al., 2018), bien que ces résultats ne soient pas confirmés par d'autres travaux (Brown et al., 2015).

Un haut niveau de stigmates intériorisés prédirait un plus long séjour de traitement pour trouble de l'usage de l'alcool (Luoma et al., 2014). Les personnes ayant vécu plusieurs séjours hospitaliers pour traiter leurs troubles présentent des niveaux plus sévères de stigmatisation intériorisée (Lyu et al., 2017). Qui plus est, les usager.e.s atteint.e.s par les stigmates fréquenteraient moins les programmes d'échange de seringues alors même qu'ils ou elles présenteraient une dépendance sévère (Melchior et al., 2019). Cette distance avec les structures de soins est retrouvée également aux seins des études qualitatives, puisque le thème d'échec du traitement apparaît dans le discours de plusieurs usager.e.s (Deilamizade, Moghanibashi-Mansourieh, Mohammadian, & Puyan, 2019 ; Jacobs & Jacobs, 2014) (cf. Tableau 1).

Enfin, les études qualitatives comportent un autre point commun qu'il semble important de relever. Différentes études retrouvent le thème de la honte comme thème principal de leurs analyses, et notamment la honte en tant que frein dans la recherche d'aide (Hill & Leeming, 2014 ; Howard, 2015 ; Jacobs & Jacobs, 2014 ; Mburu et al., 2018 ; McCann, Renzaho, Mugavin, & Lubman, 2018 ; Spencer, 2017).

3.3. Caractéristiques identitaires et poly stigmatisations

L'intériorisation des stigmates atteint la personne d'un point de vue identitaire, il est fréquent que plusieurs conditions stigmatisantes soient présentes chez un même individu comme le démontre 10 études sur les 39 études incluses. L'acceptation du trouble addictif est un long cheminement, avec tout le poids social des stéréotypes qu'il porte. Pour autant, l'acceptation semble essentielle dans le processus de rétablissement, en tant que conscience et compréhension de soi plutôt que marque de stigma et de honte (Hill & Leeming, 2014). Cependant, les personnes ayant une meilleure connaissance de leur maladie pourraient être enclines à s'auto stigmatiser davantage que celles qui ont moins d'informations sur la maladie. Ainsi l'*insight* pourrait favoriser l'intégration des visions négatives associés à celle-ci (Lyu et al., 2017), au risque que cela englobe l'ensemble de l'identité. Il est alors difficile de faire coexister une identité personnelle en parallèle de l'identité de consommateur.trices (Spencer, 2017).

Pour citer cet article : L. Milan and I Varescon, Stigmatisation intériorisée et consommation de substances psychoactives : revue systématique de la littérature, *Psychol. fr.*, <https://doi.org/10.1016/j.psfr.2021.02.006>

Au-delà de la consommation de substances, les études citées dans les paragraphes suivants se sont attachées à démontrer que les individus peuvent présenter d'autres conditions et appartenances à d'autres groupes minoritaires entraînant eux aussi une stigmatisation, et conduisant à multiplier les risques d'intériorisation de stigmates.

Dans un premier temps, la forte prévalence d'usager.e.s de substances parmi les personnes atteintes du VIH justifie le nombre d'étude menées auprès de cette population, souffrant d'une double stigmatisation (Johansson, Vorobjov, Heimer, Dovidio, & Uusküla, 2017). Or, la consommation engendrerait un niveau plus élevé de honte et de stigmates intériorisés que la séropositivité (Li et al., 2020 ; Stutterheim et al., 2016). L'intériorisation des stigmates liés au VIH entraînerait une symptomatologie dépressive plus importante seulement dans le cas où la personne subit également la stigmatisation liée à la consommation de substance(s) (Earnshaw, Smith, Cunningham, & Copenhaver, 2015).

De la même façon, la stigmatisation liée à la consommation de substance(s) serait plus à risque d'être intériorisée que celle liée à d'autres pathologies mentales (Quinn et al., 2014), et ce, même auprès de personnes présentant des troubles concomitants (Harnish et al., 2016). Les personnes présentant une addiction ainsi qu'une autre pathologie mentale auraient plus conscience des stéréotypes existants et seraient plus en accord avec ceux-ci tandis que les personnes atteintes uniquement d'une autre pathologie mentale seraient plus conscientes des stigmates mais moins susceptibles de les appliquer à elles-mêmes, et ce d'autant plus lorsqu'elles s'identifient positivement au groupe (Al-Khouja, 2017).

3.4. *Émotions et stratégies d'adaptation*

Au vu du niveau important d'intériorisation des stigmates auprès des consommateurs et consommatrices, 7 études ont évalué les implications émotionnelles, les ressentis ainsi que les stratégies d'adaptation développées par les usager.e.s. La présence de sentiment de honte est attestée au travers de nombreuses études (Jacobs & Jacobs, 2014 ; McCann et al., 2018 ; Nalwadda et al., 2018). De surcroît, les femmes éprouveraient plus de honte quant à leurs consommations d'alcool que leurs homologues masculins (Jacobs & Jacobs, 2014).

Au sein de l'étude qualitative de Spencer (2017), les consommateurs.trices ont dans l'ensemble exprimé ressentir des stigmates intériorisés accompagnés de honte et d'auto-critique. Ce sentiment de honte se retrouve dans la majorité des études récentes et notamment dans l'étude de Zewdu, Hanlon, Fekadu, Medhin, & Teferra, 2019 auprès des consommateurs.trices présentant les plus hauts scores de sévérité de consommation.

Pour faire face aux stigmates intériorisés et aux émotions qui en découlent, grand nombre de participant.e.s aurait tendance à ne pas divulguer leur(s) consommation(s), aux membres de la famille ou aux professionnel.le.s de santé (Etesam, Assarian, Hosseini, & Ghoreishi, 2014 ; Jacobs & Jacobs, 2014 ; Johansson et al., 2017). Or, non seulement les expériences stigmatisantes et la dissimulation qui s'en suit réduisent le soutien social et professionnel, mais peuvent également entraîner et un isolement social (Stutterheim et al., 2016).

Aussi, plusieurs stratégies d'adaptation face à cette intériorisation ont été identifiées. Il semblerait que l'acceptation (bien différenciée de la résignation) fasse partie de celles démontrant le plus de bénéfice pour l'usager.e, notamment du point de vue de la construction identitaire (Stutterheim et al., 2016).

3.5. *Variation du phénomène de stigmatisation en fonction des addictions*

Les différentes conduites addictives sont différemment stigmatisées dans la société : c'est ce qu'ont étudié 6 des études incluses. L'une d'entre elles a mis en avant que les scores moyens de stigmatisation intériorisée étaient plus élevés auprès des personnes atteintes de jeu pathologique, suivis des personnes ayant un trouble de l'usage d'alcool (Park et al., 2019). La consommation de crack, quant à elle serait plus stigmatisée et l'intériorisation des stigmates serait plus sévère que pour les consommateurs.trices d'alcool (da Silveira et al., 2018). Enfin, une étude menée sur les consommateurs d'opium en Inde révèle que la stigmatisation serait faible quant à cette pratique (Gupta, Panda, Parmar, & Bhad, 2019). Au contraire, une étude démontre qu'il n'y aurait aucune différence significative, en termes de stigmatisation, entre les diverses substances consommées (Brown et al., 2015).

Pour citer cet article : L. Milan and I Varescon, Stigmatisation intériorisée et consommation de substances psychoactives : revue systématique de la littérature, *Psychol. fr.*, <https://doi.org/10.1016/j.psfr.2021.02.006>

Face à ces résultats contradictoires, de futures recherches sont nécessaires. Il est cependant à noter que l'ensemble des travaux semblent s'accorder sur un aspect : les personnes présentant des conduites addictives sont fortement stigmatisées et l'intériorisation de ces stigmates engendre de nombreuses conséquences, notamment une sévérité de la consommation plus importante (Ashford, Brown, Ashford, & Curtis, 2019 ; Howard, 2015).

3.6. Différences culturelles de la stigmatisation intériorisée

Les stigmates, leurs intensités et leurs conséquences varient en fonction des cultures. C'est ce qu'on mit en lumière 3 articles, à savoir un article traitant de la stigmatisation intériorisée des usager.e.s en Estonie et en Russie un autre en Chine et enfin un troisième en Australie auprès de réfugiés Afghan.

Bien qu'ils présentent tous deux des niveaux élevés de stigmatisation intériorisée, un échantillon de personnes atteintes du VIH s'injectant des substances en Russie et en Estonie varient significativement. Les conséquences semblent être plus délétères auprès de l'échantillon russe avec un lien à la symptomatologie dépressive, la perception de sa santé, le décompte des CD4, la présence de symptômes physiques et les soins quant au VIH. Tandis que les mêmes mesures effectuées auprès de l'échantillon estonien n'ont révélé aucun lien significatif (Burke et al., 2015).

Une étude réalisée auprès de consommateurs.trices de différentes substances (héroïne, méthadone, marijuana, amphétamine et kétamine) en Chine a mis en avant une compréhension culturellement influencée de l'intériorisation des stigmates. Dans la culture chinoise la préoccupation de l'image sociale est extrêmement présente. Au sein de leur modèle explicatif, les auteurs mettent en avant le rôle de deux modes socialement ancrés de présentation à autrui, tous deux en lien avec l'intériorisation des stigmates, le « Mianzi » (image de la valeur sociale d'une personne) et le « Lian » (normes morales et éthiques définies dans le réseau social). À eux deux, ils expliquent 18,6 % de la variance des émotions réflexives, qui à leur tour prédisent la rumination qui elle prédit l'auto-stigmatisation et la santé mentale. Qui plus est, un effet indirect du « Lian » a été mis en avant sur la rumination, l'auto-stigmatisation, et la santé mentale (Mak, Ho, Wong, Law, & Chan, 2015). Cela permet surtout de mettre en avant que des construits sociétaux et culturels influencent de façon importante les émotions, mais également les stéréotypes et préjugés.

Le vécu de la stigmatisation des personnes migrantes, changeant alors de culture de référence au cours du parcours migratoire a fait l'objet d'une recherche. Vingt-sept réfugiés afghans en Australie, présentant un trouble de l'usage de substance(s), ont participé à une étude qualitative. Au cours de celle-ci ils évoquent que la perception de la stigmatisation présente diverses conséquences telles que la rupture des liens, l'échec du traitement, l'intériorisation des stigmates (concernant leurs statuts de réfugiés et de consommateurs) et la conformité avec la société d'accueil. Ils énoncent eux-mêmes que les stéréotypes deviennent des croyances individuelles qui sont acceptées et crues (Deilamizade, Moghanibashi-Mansourieh, Mohammadian, & Puyan, 2019).

3.7. Le modèle progressif de la stigmatisation intériorisée

Différents auteur.e.s se sont intéressé.e.s à montrer que le modèle en quatre étapes de Corrigan, expliqué précédemment (Corrigan et al., 2011), est progressif et que celui-ci est applicable dans le champ des addictions. Ainsi, d'après 3 études, les étapes se franchiraient une à une dans l'ordre pré-défini. Les scores moyens dans les premiers stades sont supérieurs aux scores moyens des stades ultérieurs, et les corrélations sont plus élevées pour les relations proximales (d'un stade à un autre) que pour les relations éloignées au sein du processus. Toutes les étapes sont liées entre elles et se produisent conséquemment dans l'ordre suivant : conscience des stéréotypes, accord avec les stéréotypes, application à soi-même puis apparition des conséquences négatives. Ce modèle progressif de l'intériorisation des stigmates s'applique à la consommation d'alcool ou d'autres substances en population générale (Gavriel-Fried & Rabayov, 2017) mais aussi plus spécifiquement aux personnes ayant un trouble de l'usage de l'alcool et un trouble de stress post traumatique concomitant (Melchior et al., 2019) ou autres troubles comorbides (Harnish et al., 2016).

Pour citer cet article : L. Milan and I Varescon, Stigmatisation intériorisée et consommation de substances psychoactives : revue systématique de la littérature, *Psychol. fr.*, <https://doi.org/10.1016/j.psfr.2021.02.006>

3.8. Appellation des usager.e.s

En termes de stigmatisation, les mots ont une réelle importance. L'appellation des usager.e.s est susceptible de renforcer la stigmatisation et la souffrance associée à celle-ci. Ashford et al. (2019) mettent en avant que la majorité des personnes utilise le mot « *addict* », contre une minorité usant de l'appellation « personne atteinte d'un trouble de l'usage ». Bien qu'ils/elles ne présentent aucune différence statistiquement significative dans cette étude, les usager.e.s utilisant « personne atteinte d'un trouble de l'usage » démontreraient des scores inférieurs de stigmatisation perçue et intériorisée. Qui plus est, les personnes n'utilisant aucune des deux appellations pour se décrire présenteraient une meilleure estime de soi.

3.9. Implications cliniques

L'ensemble des travaux dans le domaine permet l'émergence de protocoles thérapeutiques visant un amoindrissement de la stigmatisation intériorisée et de ses conséquences. Deux études interventionnelles s'y sont essayées, bien que l'une d'entre elle n'ait pu démontrer d'effets suffisamment probants (Luoma et al., 2014), l'autre présente des résultats intéressants. Ainsi, Batchelder et al. (2020) ont récemment proposé une intervention visant à travailler sur la stigmatisation intériorisée et les émotions réflexives afin d'améliorer l'ancrage et la poursuite des soins de personnes polyconsommatrices atteintes du VIH. Basé sur la conception théorique que la stigmatisation perçue entraînerait la stigmatisation intériorisée, qui à son tour, engendrerait des émotions négatives, qui conduirait à un évitement et une moindre adhérence au protocole, les auteurs proposent une intervention brève. Composée de 5 séances accompagnées de mesures par sms quotidiens (comprenant des questions quant à l'état émotionnel, les consommations, ainsi que des réponses automatisées d'auto-compassion), ce protocole fait appel à la psychoéducation des émotions, à l'auto-compassion ainsi qu'à la conscience métacognitive des émotions et des pensées. Cette intervention présente une bonne adhésion au protocole et l'ensemble des participant.e.s déclarent y avoir trouvé un intérêt et un soulagement.

À la lumière de cet exemple, il paraît donc nécessaire de poursuivre les recherches sur l'intériorisation des stigmates dans le champ des addictions et de proposer de nouvelles interventions thérapeutiques basées sur des données probantes.

4. Discussion

Cette revue systématique a pu mettre en exergue les principaux thèmes abordés dans les recherches publiées au cours de la dernière décennie au sujet de l'intériorisation des stigmates des consommateurs et consommatrices de substances psychoactives. Seront discutés dans un premier temps les résultats les plus probants, puis les biais et limites à prendre en compte dans les résultats exposés.

4.1. Résultats principaux

La majorité des travaux s'est centrée sur les aspects négatifs engendrés par la stigmatisation tels que les conséquences psychopathologiques, le moindre accès aux soins et les répercussions sur les sphères de la vie de la personne. Or, aucune étude n'évalue les facteurs de protection face à l'intériorisation des stigmates, un indicateur pourtant essentiel pour l'accompagnement des usager.e.s.

Les articles publiés montrent une forte prévalence de conditions stigmatisantes superposées (Al-Khouja, 2017 ; Burke et al., 2015 ; Gu et al., 2014), qui ne doit pas être négligée. Les travaux ne permettent pas d'identifier la part de stigmatisation allouée à chaque condition, et beaucoup ne considèrent pas ces diverses facettes. Bien qu'ils nous permettent de rendre compte que la stigmatisation de l'usage de substances semble être celle qui pose le plus de problèmes aux usager.e.s, d'autres conditions ou aspects identitaires existent, et ne pas les considérer revient également à réduire l'identité des participant.e.s au statut de consommateurs.trices.

De la même façon, la culture influence de manière importante les stigmates. En effet, les stéréotypes, les préjugés et la discrimination varient en fonction de la société d'appartenance, du cadre légal, etc. Cette revue de littérature montre qu'aucune étude n'a été effectuée en France, et très peu en Europe. Il

Pour citer cet article : L. Milan and I Varescon, Stigmatisation intériorisée et consommation de substances psychoactives : revue systématique de la littérature, *Psychol. fr.*, <https://doi.org/10.1016/j.psfr.2021.02.006>

paraît ainsi difficile de supposer que le processus est le même auprès des usagers et usagères évoluant dans le contexte socio-politique et culturel français. Les substances n'ayant pas le même statut légal, la même accessibilité, la même représentation en fonction des pays.

Enfin, le rôle des émotions, bien qu'évoqué au sein de certaines études (Ashford, Brown, Ashford, & Curtis, 2019; Etesam, Assarian, Hosseini, & Ghoreishi, 2014; Luoma, Kulesza, Hayes, Kohlenberg, & Larimer, 2014) n'est que peu étudié. Le modèle progressif (Corrigan et al., 2011) est principalement centré sur des aspects cognitifs et comportementaux, or, il semble se jouer des éléments sociaux, sociétaux et émotionnels à prendre en compte tels que le rôle du sentiment d'appartenance groupal, l'identification au groupe, et les émotions de honte ou de culpabilité.

Néanmoins, différents travaux ont permis de confirmer que le modèle suggéré par Corrigan et al. (2011) s'applique bien aux consommateurs et consommatrices d'alcool, d'héroïne, de cocaïne, de cannabis ou encore de médicaments sédatifs, et ce, même en cas de poly-usage (Gavriel-Fried & Rabayov, 2017; Harnish et al., 2016). En revanche, les études ne parviennent pas à s'accorder sur les différences d'implication des stigmates entre les produits consommés. Ainsi, les travaux demandent à être poursuivis afin de mieux comprendre les implications selon le type d'addiction avec ou sans substance. En effet, si la stigmatisation intériorisée semble très présente auprès des consommateurs.trices de diverses substances, nous pourrions supposer que le fait même d'être dépendant.e soit stigmatisant.

4.2. Limites

La présente étude est composée de différents biais dont il faut avoir conscience. Premièrement, celle-ci n'a pu être réalisée en double indépendant. Deuxièmement, la littérature grise n'a pas été investiguée, d'autant que l'ampleur des bases de données existantes n'a pu être représentée. Troisièmement il a été choisi de se centrer sur les études récentes (à compter de 2010), laissant passer de potentielles études plus anciennes. Enfin, dû à la quantité relativement faible d'études sur le sujet, les critères d'inclusions méthodologiques se sont voulus assez larges et non des plus restrictifs (laissant place aux études à faible niveau de preuve). Aussi, les points 12 à 16 des lignes directrices PRISMA n'ont pas été appliqués à la lettre (Gedda, 2015).

Pour ce qui est des études incluses, la répartition hommes/femmes au sein des populations étudiées n'est pas respectée. La grande majorité des études quantitatives présente des échantillons quasi-exclusivement masculins : c.-à-d. 91 % d'hommes (da Silveira et al., 2018), 99,5 % d'hommes (Sarkar et al., 2019) 100 % d'hommes (Etesam, Assarian, Hosseini, & Ghoreishi, 2014; Mo et al., 2020) et bien d'autres (Akdağ et al., 2018; Can & Tanrıverdi, 2015; Deilamizade, Moghanibashi-Mansourieh, Mohammadian, & Puyan, 2019). Seules les études qualitatives sont effectuées majoritairement auprès des femmes (Howard, 2015; Jacobs & Jacobs, 2014). Il est connu que les femmes consommatrices sont moins nombreuses statistiquement, ou en tout cas, moins nombreuses parmi les échantillons recrutés, or les stigmates qui les concernent pourraient s'avérer différents de ceux appliqués aux hommes. Bien que certains auteurs (Dschaak & Juntunen, 2018) suggèrent que ce sont les hommes qui présenteraient des niveaux plus élevés de stigmatisation publique et d'auto-stigmatisation, les femmes seraient quant à elles plus susceptibles d'intérioriser les stigmates que les hommes (da Silveira et al., 2018). Des études ciblées sur les femmes semblent constituer une piste à privilégier.

Qui plus est, une grande majorité des échantillons est recrutée dans des structures d'aide ou de soin en addictologie, or il a été mis en avant que les usager.e.s les plus stigmatisé.e.s auraient tendance à s'éloigner de ces structures (von Hippel et al., 2018). Il se pourrait ainsi que les usager.e.s montrant des niveaux importants d'intériorisation des stigmates ne soient jamais inclus.e.s dans les études.

D'un point de vue méthodologique, malgré l'existence de différents questionnaires validés, de nombreuses études créent ou adaptent des outils au sein de leur protocole. Parmi ceux-ci, on trouve notamment des outils initialement prévus pour d'autres populations, telles que les personnes atteintes du VIH (Bozinoff et al., 2018; Mak et al., 2015) ainsi que des mesures de honte intériorisée, concept certes semblable mais ne recouvrant pas pleinement le côté multidimensionnel de la stigmatisation intériorisée (Etesam, Assarian, Hosseini, & Ghoreishi, 2014). De ce fait, la comparaison entre les résultats publiés reste difficile.

Pour citer cet article : L. Milan and I Varescon, Stigmatisation intériorisée et consommation de substances psychoactives : revue systématique de la littérature, *Psychol. fr.*, <https://doi.org/10.1016/j.psfr.2021.02.006>

Enfin, au sein de la revue présentée, une grande majorité des études use d'un design transversal corrélational, or des études longitudinales semblent essentielles pour éclairer et vérifier le modèle progressif de l'intériorisation des stigmates.

5. Conclusion

La présente revue systématique a permis de faire état des connaissances actuelles, des dix dernières années, sur la stigmatisation intériorisée liée à la consommation de substances psychoactives. Bien que certains résultats se confirment au cours de différentes études (c.-à-d. : les répercussions négatives), d'autres aspects manquent encore de preuves (c.-à-d. : investigation des émotions, de l'influence des appellations utilisés pour nommer une personne usant de substance). Qui plus est, cette synthèse nous permet de constater que la grande majorité des travaux internationaux usent de designs transversaux et présentent parfois des niveaux de preuves limitants. Aussi, de futures études longitudinales et/ou présentant des analyses inférentielles avancées sont nécessaires à l'approfondissement de la compréhension, la sensibilisation mais aussi l'accompagnement thérapeutique fondé sur des preuves pour les personnes intériorisant les stigmates liés à leur(s) consommation(s).

Déclaration de liens d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

Références

- Akdağ, E. M., Kotan, V. O., Kose, S., Tıkr, B., Aydemir, M. Ç., Okay, İ. T., et al. (2018). The relationship between internalized stigma and treatment motivation, perceived social support, depression and anxiety levels in opioid use disorder. *Psychiatry and Clinical Psychopharmacology*, 28(4), 394–401. <https://doi.org/10.1080/24750573.2018.1478190>
- Al-Khouja, B. S. M. A. (2017). Self-stigma, identity, and co-occurring disorders. *The Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 54(1), 56–61.
- Ashford, R. D., Brown, A. M., Ashford, A., & Curtis, B. (2019). Recovery dialects: A pilot study of stigmatizing and nonstigmatizing label use by individuals in recovery from substance use disorders. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 27(6), 530–535. <https://doi.org/10.1037/pha0000286>
- Batchelder, A. W., Moskowitz, J. T., Jain, J., Cohn, M., Earle, M. A., & Carrico, A. W. (2020). A novel technology-enhanced internalized stigma and shame intervention for HIV-positive persons with substance use disorders. *Cognitive and Behavioral Practice*, 27(1), 55–69. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2019.03.001>
- Birtel, M. D., Wood, L., & Kempa, N. J. (2017). Stigma and social support in substance abuse: Implications for mental health and well-being. *Psychiatry Research*, 252, 1–8. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.01.097>
- Bliuc, A.-M., Doan, T.-N., & Best, D. (2019). Sober social networks: The role of online support groups in recovery from alcohol addiction. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 29(2), 121–132. <https://doi.org/10.1002/casp.2388>
- Bozinoff, N., Anderson, B. J., Bailey, G. L., & Stein, M. D. (2018). Correlates of stigma severity among persons seeking opioid detoxification. *Journal of Addiction Medicine*, 12(1), 19–23. <https://doi.org/10.1097/ADM.0000000000000355>
- Brown, S. A., Kramer, K., Lewno, B., Dumas, L., Sacchetti, G., & Powell, E. (2015). Correlates of self-stigma among individuals with substance use problems. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 13(6), 687–698. <https://doi.org/10.1007/s11469-015-9559-9>
- Burke, S. E., Calabrese, S. K., Dovidio, J. F., Levina, O. S., Uusküla, A., Niccolai, L. M., et al. (2015). A tale of two cities: Stigma and health outcomes among people with HIV who inject drugs in St. Petersburg, Russia and Kohtla-Järve, Estonia. *Social Science & Medicine*, 130, 154–161. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2015.02.018>
- Cama, E., Brenner, L., Wilson, H., & von Hippel, C. (2016). Internalized stigma among people who inject drugs. *Substance Use & Misuse*, 51(12), 1664–1668.
- Can, G., & Tanrıverdi, D. (2015). Social functioning and internalized stigma in individuals diagnosed with substance use disorder. *Archives of Psychiatric Nursing*, 29(6), 441–446. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2015.07.008>
- Chang, K.-C., Lin, C.-Y., Chang, C.-C., Ting, S.-Y., Cheng, C.-M., & Wang, J.-D. (2019). Psychological distress mediated the effects of self-stigma on quality of life in opioid-dependent individuals: A cross-sectional study. *PLOS ONE*, 14(2), e0211033. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0211033>
- Cheng, C.-M., Chang, C.-C., Wang, J.-D., Chang, K.-C., Ting, S.-Y., & Lin, C.-Y. (2019). Negative impacts of self-stigma on the quality of life of patients in methadone maintenance treatment: The mediated roles of psychological distress and social functioning. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(7), 1299. <https://doi.org/10.3390/ijerph16071299>
- Corrigan, P., & Bink, A. (2005). *On the stigma of mental illness: Practical Strategies for Research and Social Change* (1st). American Psychological Association. <https://www.apa.org/pubs/books/4316049>
- Corrigan, P. W., Bink, A. B., Schmidt, A., Jones, N., & Rüsch, N. (2016). What is the impact of self-stigma? Loss of self-respect and the "why try" effect. *Journal of Mental Health*, 25(1), 10–15.
- Corrigan, P. W., Kerr, A., & Knudsen, L. (2005). The stigma of mental illness: Explanatory models and methods for change. *Applied and Preventive Psychology*, 11(3), 179–190.

Pour citer cet article : L. Milan and I Varescon, Stigmatisation intériorisée et consommation de substances psychoactives : revue systématique de la littérature, *Psychol. fr.*, <https://doi.org/10.1016/j.psfr.2021.02.006>

- Corrigan, P. W., Larson, J. E., & Ruesch, N. (2009). Self-stigma and the "why try" effect: Impact on life goals and evidence-based practices. *World psychiatry*, 8(2), 75–81.
- Corrigan, P. W., Rafacz, J., & Rüsch, N. (2011). Examining a progressive model of self-stigma and its impact on people with serious mental illness. *Psychiatry research*, 189(3), 339–343.
- Corrigan, P. W., & Watson, A. C. (2002). The paradox of self-stigma and mental illness. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9(1), 35–53.
- Corrigan, P. W., Watson, A. C., & 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.
- Corrigan, P. W., Watson, A. C., Byrne, P., & Davis, K. E. (2005). Mental illness stigma: Problem of public health or social justice? *Social Work*, 50(4), 363–368.
- da Silveira, P. S., Casela, A. L. M., Monteiro, É. P., Ferreira, G. C. L., de Freitas, J. V. T., Machado, N. M., et al. (2018). Psychosocial understanding of self-stigma among people who seek treatment for drug addiction. *Stigma and Health*, 3(1), 42–52. <https://doi.org/10.1037/sah0000069>
- Deilamzade, A., Moghanibashi-Mansourieh, A., Mohammadian, A., & Puyan, D. (2019). The sources of stigma and the impacts on Afghan refugees with substance abuse disorders: A qualitative study in Iran. *Journal of Ethnicity in Substance Abuse*, 19(4), 610–622. <https://doi.org/10.1080/15332640.2018.1556764>
- Dschaak, Z. A., & Juntunen, C. L. (2018). Stigma, substance use, and help-seeking attitudes among rural and urban individuals. *Journal of Rural Mental Health*, 42(3–4), 184–195. <https://doi.org/10.1037/rmh0000097>
- Earnshaw, V. A., Smith, L. R., Cunningham, C. O., & Copenhaver, M. M. (2015). Intersectionality of internalized HIV stigma and internalized substance use stigma: Implications for depressive symptoms. *Journal of Health Psychology*, 20(8), 1083–1089. <https://doi.org/10.1177/1359105313507964>
- Etesam, F., Assarian, F., Hosseini, H., & Ghoreishi, F. S. (2014). Stigma and its determinants among male drug dependents receiving methadone maintenance treatment. *Arch Iran Med*, 17(2), 108–114.
- Gavriel-Fried, B., & Rabayov, T. (2017). Similarities and differences between individuals seeking treatment for gambling problems vs. alcohol and substance use problems in relation to the progressive model of self-stigma. *Frontiers in Psychology*, 8, Article 957 <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.00957>
- Gedda, M. (2015). Traduction française des lignes directrices PRISMA pour l'écriture et la lecture des revues systématiques et des méta-analyses. *Kinésithérapie, la Revue*, 15(157), 39–44.
- Grados, C. (2010). Stigmatisation internalisée et handicap psychique : traduction et phase exploratoire de validation de l'échelle *Internalized Stigma of Mental Illness (ISMI)*. Bordeaux, France: University of Bordeaux.
- Gu, J., Lau, J. T. F., Li, M., Li, H., Gao, Q., Feng, X., et al. (2014). Socio-ecological factors associated with depression, suicidal ideation and suicidal attempt among female injection drug users who are sex workers in China. *Drug and Alcohol Dependence*, 144, 102–110. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2014.08.011>
- Gupta, P., Panda, U., Parmar, A., & Bhad, R. (2019). Internalized stigma and its correlates among treatment seeking opium users in India: A cross-sectional observational study. *Asian Journal of Psychiatry*, 39, 86–90. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2018.12.004>
- Harnish, A., Corrigan, P., Byrne, T., Pinals, D. A., Rodrigues, S., & Smelson, D. (2016). Substance use and mental health stigma in veterans with co-occurring disorders. *Journal of Dual Diagnosis*, 12(3–4), 238–243. <https://doi.org/10.1080/15504263.2016.1245066>
- Hill, J. V., & Leeming, D. (2014). Reconstructing 'the alcoholic': Recovering from alcohol addiction and the stigma this entails. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 12(6), 759–771.
- Howard, H. (2015). Reducing stigma: Lessons from opioid-dependent women. *Journal of Social Work Practice in the Addictions*, 15(4), 418–438. <https://doi.org/10.1080/1533256X.2015.1091003>
- Jacobs, L., & Jacobs, J. (2014). "Bad" mothers have alcohol use disorder: moral panic or brief intervention? *Gender and Behaviour*, 12(1), 5971–5979.
- Johansson, A., Vorobjov, S., Heimer, R., Dovidio, J. F., & Uusküla, A. (2017). The role of internalized stigma in the disclosure of injecting drug use among people who inject drugs and self-report as HIV-positive in Kohtla-Järve, Estonia. *AIDS and Behavior*, 21(4), 1034–1043. <https://doi.org/10.1007/s10461-016-1647-8>
- Li, L., Lin, C., Feng, N., Nguyen, D. B., Cao, W., Le, A. T., et al. (2020). Stigma related to HIV and drug use: Layers, types, and relations to mental health. *AIDS and Behavior*, 24(8), 2347–2354. <https://doi.org/10.1007/s10461-020-02794-5>
- Livingston, J. D., & Boyd, J. E. (2010). Correlates and consequences of internalized stigma for people living with mental illness: A systematic review and meta-analysis. *Social Science & Medicine*, 71(12), 2150–2161. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.09.030>
- Luoma, J. B., Kohlenberg, B. S., Hayes, S. C., Bunting, K., & Rye, A. K. (2008). Reducing self-stigma in substance abuse through acceptance and commitment therapy: Model, manual development, and pilot outcomes. *Addiction Research & Theory*, 16(2), 149–165.
- Luoma, J. B., Kulesza, M., Hayes, S. C., Kohlenberg, B., & Larimer, M. (2014). Stigma predicts residential treatment length for substance use disorder. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 40(3), 206–212. <https://doi.org/10.3109/00952990.2014.901337>
- Luoma, J. B., Nobles, R. H., Drake, C. E., Hayes, S. C., O'Hair, A., Fletcher, L., et al. (2013). Self-stigma in substance abuse: Development of a new measure. *Journal of psychopathology and behavioral assessment*, 35(2), 223–234.
- Lyu, K. Y., Lee, K., & Bejerano, I. L. (2017). Factors related to internalization of stigma for alcohol dependence among Korean men. *Social Behavior and Personality: An International Journal*, 45(1), 127–142. <https://doi.org/10.2224/sbp.5328>
- Mak, W. W., & Cheung, R. Y. (2010). Self-stigma among concealable minorities in Hong Kong: Conceptualization and unified measurement. *American Journal of Orthopsychiatry*, 80(2), 267.
- Mak, W. W. S., Ho, C. Y. Y., Wong, V. U. T., Law, R. W., & Chan, R. C. H. (2015). Cultural model of self-stigma among Chinese with substance use problems. *Drug and Alcohol Dependence*, 155, 83–89. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2015.08.011>
- Mburu, G., Ayon, S., Tsai, A. C., Ndimbii, J., Wang, B., Strathdee, S., et al. (2018). "Who has ever loved a drug addict? It's a lie. They think a 'teja' is as bad person": Multiple stigmas faced by women who inject drugs in coastal Kenya. *Harm Reduction Journal*, 15(1) <https://doi.org/10.1186/s12954-018-0235-9/DOI> (Article 1)

Pour citer cet article : L. Milan and I Varescon, Stigmatisation intériorisée et consommation de substances psychoactives : revue systématique de la littérature, *Psychol. fr.*, <https://doi.org/10.1016/j.psfr.2021.02.006>

- McCann, T. V., Renzaho, A., Mugavin, J., & Lubman, D. I. (2018). Stigma of mental illness and substance misuse in sub-Saharan African migrants: A qualitative study. *International Journal of Mental Health Nursing*, 27(3), 956–965. <https://doi.org/10.1111/inm.12401>
- Melchior, H., Hüsing, P., Grundmann, J., Lotzin, A., Hiller, P., Pan, Y., et al. (2019). Substance abuse-related self-stigma in women with substance use disorder and comorbid posttraumatic stress disorder. *European Addiction Research*, 25(1), 20–29. <https://doi.org/10.1159/000496113>
- Mo, P. K. H., Chen, X., Lam, E. H. K., Li, J., Kahler, C. W., & Lau, J. T. F. (2020). The moderating role of social support on the relationship between anxiety, stigma, and intention to use illicit drugs among HIV-positive men who have sex with men. *AIDS and Behavior*, 24(1), 55–64. <https://doi.org/10.1007/s10461-019-02719-x>
- Nalwadda, O., Rathod, S. D., Nakku, J., Lund, C., Prince, M., & Kigozi, F. (2018). Alcohol use in a rural district in Uganda: Findings from community-based and facility-based cross-sectional studies. *International Journal of Mental Health Systems*, 12, 1–10. <https://doi.org/10.1186/s13033-018-0191-5>
- Park, K., MinHwa, L., & Seo, M. (2019). The impact of self-stigma on self-esteem among persons with different mental disorders. *International Journal of Social Psychiatry*, 65(7–8), 558–565. <https://doi.org/10.1177/0020764019867352>
- Quinn, D. M., Williams, M. K., Quintana, F., Gaskins, J. L., Overstreet, N. M., Pishori, A., et al. (2014). Examining effects of anticipated stigma, centrality, salience, internalization, and outness on psychological distress for people with concealable stigmatized identities. *PLoS ONE*, 9(5), e96977. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0096977>
- Ritscher, J. B., Otilingam, P. G., & Grajales, M. (2003). Internalized stigma of mental illness: Psychometric properties of a new measure. *Psychiatry research*, 121(1), 31–49.
- Sarkar, S., Balhara, Y. P. S., Kumar, S., Saini, V., Kamran, A., Patil, V., et al. (2019). Internalized stigma among patients with substance use disorders at a tertiary care center in India. *Journal of Ethnicity in Substance Abuse*, 18(3), 345–358. <https://doi.org/10.1080/15332640.2017.1357158>
- Schomerus, G., Lucht, M., Holzinger, A., Matschinger, H., Carta, M. G., & Angermeyer, M. C. (2011). The stigma of alcohol dependence compared with other mental disorders: A review of population studies. *Alcohol and Alcoholism*, 46(2), 105–112.
- Smith, L. R., Earnshaw, V. A., Copenhaver, M. M., & Cunningham, C. O. (2016). Substance use stigma: Reliability and validity of a theory-based scale for substance-using populations. *Drug and Alcohol Dependence*, 162, 34–43. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2016.02.019>
- Spencer, K. M. (2017). *Voices of recovery: An exploration of stigma experienced by college students in recovery from alcohol and/or other drug addiction through photovoice*. Greensboro: University of North Carolina [Doctoral dissertation].
- Stutterheim, S. E., Baas, I., Roberts, H., Brands, R., Schmidt, J., Lechner, L., et al. (2016). Stigma experiences among substance users with HIV. *Stigma and Health*, 1(3), 123–145. <https://doi.org/10.1037/sah0000015>
- von Hippel, C., Brener, L., & Horwitz, R. (2018). Implicit and explicit internalized stigma: Relationship with risky behaviors, psychosocial functioning and healthcare access among people who inject drugs. *Addictive Behaviors*, 76, 305–311. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2017.08.036>
- Watson, A. C., Corrigan, P., Larson, J. E., & Sells, M. (2007). Self-stigma in people with mental illness. *Schizophrenia bulletin*, 33(6), 1312–1318.
- Zewdu, S., Hanlon, C., Fekadu, A., Medhin, G., & Teferra, S. (2019). Treatment gap, help-seeking, stigma and magnitude of alcohol use disorder in rural Ethiopia. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 14(1), 1–10. <https://doi.org/10.1186/s13011-019-0192-7>

Annexe 12. Guilt in Alcohol Use: A Systematic Review (Milan, Hamonniere & Varescon, soumis en 2022)

Guilt in Alcohol Use: A Systematic Review

Milan Léna, PhD Student^{1*}, Hamonniere Tristan, Dr. ^{2,3}, Varescon Isabelle, Pr. ¹

¹ Université Paris Cité, Laboratoire de Psychopathologie et Processus de Santé, F-92100 Boulogne Billancourt, France.

²UR ClipsyD, Université Paris Nanterre, Nanterre, France

³ Clinique FSEF Sceaux, Fondation Santé des Étudiants de France, Sceaux, France

Article soumis le 05/07/2022 à la revue Addictive Behavior

Version révisée soumise le 14/10/2022

Guilt in Alcohol Use: A Systematic Review

Introduction

Alcohol use is a worldwide phenomenon that sometimes leads to pathological habits. The prevalence of alcohol use disorder varies by country, with the highest prevalence in European countries, with 8.8% of the population (66.2 million people), followed by American countries (samples from countries in north, central and south America), with 8.2% of the population (63.3 million people), to only cite the largest (World Health Organization, 2018). Although various researchers have put forward a multifactorial origin for alcohol use disorder composed of biological, social, environmental, and psychological factors, some have been less studied despite their relevance in the support and treatment of people with alcohol use disorder. Furthermore, excessive alcohol use could be a coping strategy to face emotional and interpersonal difficulties such as guilt (Baker et al., 2004; Cooper et al., 2016). Guilt is a complex construct including both affective and cognitive components (Follette & Ruzek, 2007; Watson & Clark, 1991), which are both involved in alcohol use disorders (Stavro et al., 2013; Zywiak et al., 2003). Nonetheless, the literature on guilt's involvement in alcohol use disorder is confusing and inconsistent.

The American Psychological Association (APA) defines guilt as "*a self-conscious emotion characterized by a painful appraisal of having done (or thought) something that is wrong and often by a readiness to take action designed to undo or mitigate this wrong. It is distinct from shame, in which there is the additional strong fear of one's deeds being publicly exposed to judgment or ridicule*" (APA, n.d.). Thus, guilt is a

reasoning process leading an individual to interpret their behavior in a self-deprecating or pejorative way, causing them to conclude that their thoughts, feelings, and/or actions were somehow wrong or inappropriate—that they should have done something differently. When this process is unresolved, guilt leads to persistent focus on the transgression without being able to stop thinking about it (Silfver, 2007; Tangney, Miller, et al., 1996). This may lead to chronic rumination, depression, anxiety, and a heightened sense of responsibility (*i.e.*, Jankowski & Takahashi, 2014; Quiles & Bybee, 1997).

According to the literature, the feeling of guilt is generally associated with an action to “repair” the damage caused through, for example, apologies, future inhibition of the transgressive behavior, or prosocial behavior (*e.g.*, Ketelaar & Au, 2003). In other words, guilt takes the form of a motivational process (DeSteno et al., 2004) oriented toward reparation. It is an emotional state resulting from the individual’s awareness of having acted or thought against morals and/or values (Izard, 1977; Lazarus, 1991), whether these be individual or societal.

Some researchers have suggested that the emotions experienced following (mis)doings are significantly related to outcomes—in particular, feelings of guilt can play a supportive role in changing behavior constructively, while feelings of shame can be detrimental to such development (Baumeister et al., 1994; Leith & Baumeister, 1998; Lewis, 1971). The recent interest in these theories of shame and guilt has led some to examine the relevance of these emotions in alcohol or substance use disorder treatment (Dearing et al., 2005; Treeby et al., 2018).

Guilt and shame are part of a larger set of emotions called self-conscious emotions. Also labeled reflexive, social, interpersonal, or moral emotions, this cluster includes guilt, shame, embarrassment, and pride (Lewis, 2008; Tracy & Robins, 2007). According to Tracy and Robins (2007, p.5), "*although basic emotions, like fear and sadness, can and often do involve self-evaluative processes, only self-conscious emotions must involve these processes*". Indeed, these emotions are preceded by cognitions and often develop later in human development, once self-consciousness is acquired. Moreover, they exist only insofar as a third person is physically or psychically present.

Often studied with guilt, shame also occurs in response to failures or transgressions that involve a contravention of an internalized code or principle (Tangney & Dearing, 2002). However, shame and guilt differ in their object of the emotion: Guilt is known to be linked to the act committed, whereas shame is linked directly to the self. Luoma et al., (2019) recently conducted a complete systematic review and meta-analysis on shame's implication in substance dependence. **Nevertheless**, no studies have focused on clarifying guilt's influence and implications on alcohol use. However, through a systematic review of the literature aimed at clarifying theory-based definitions of guilt, Tilghman-Osborne et al. (2010) found a plurality of concepts of guilt with varying definitions and implications.

Objectives

The present systematic review aims to create an inventory of past decades' studies dealing with guilt in alcohol users. We hope to improve the knowledge on guilt's

implications for alcohol use and alcohol use disorder and provide an overview of the methodology used in this type of research.

Methods

Search strategy

The method for this review was based on the Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA) 2020 guidelines. The protocol was submitted to PROSPERO (registration number: CRD42020190447) prior to beginning the review. Two researchers led the inclusion process, from the first step of sorting to the last step of extracting the results.

Three databases (PsycInfo, PsycArticles, and PubMed) were investigated on studies published in English or French between 1990 and June 2020 (then updated until September 2022).

In EBSCOHost, a search was conducted on two databases (PsycINFO and psycArticle), the search bar was used to type the whole keywords in "all field" (guilt* OR "guilt proneness" OR "self-conscious emotion" OR "moral emotion" OR culpability) AND (alcohol* OR addict* OR "alcohol use disorders" OR "alcohol consumption" OR "heavy drinking" OR "binge drinking" OR drunk OR drink*), then two filters were added: the languages selected were only French or English and the years were limited to 1990 to 2020.

In PubMed, the advanced search tools were used, and all the keywords added in the query box and two filters were ticked: language should only be French or English, and

date were limited to 1990 to the moment of the research, June 2020. For replication, the search should appear as followed in the PubMed Advanced Search Builder: ((("guilt*" [All Fields] OR "guilt proneness" [All Fields] OR "self-conscious emotion" [All Fields] OR "moral emotion" [All Fields] OR ("culpability" [All Fields] OR "culpable" [All Fields]))) AND ("alcohol*" [All Fields] OR "addict*" [All Fields] OR "alcohol use disorders" [All Fields] OR "alcohol consumption" [All Fields] OR "heavy drinking" [All Fields] OR "binge drinking" [All Fields] OR ("alcoholic intoxication" [MeSH Terms] OR ("alcoholic" [All Fields] AND "intoxication" [All Fields]) OR "alcoholic intoxication" [All Fields] OR "drunk" [All Fields] OR "drunks" [All Fields] OR "drunkenness" [All Fields] OR "drunkness" [All Fields]) OR "drink*" [All Fields])) AND ((english [Filter] OR french [Filter]) AND (1990:2020 [pdat])).

All results were extracted to Endnote software for one researcher and Zotero for the other. As indicated in the flowchart (Figure 1), after the removal of 580 duplicates, 1,399 records were identified. The research was last updated in September 2022 with same protocol (date modified from 2020 to nowadays). At this point, 158 new references were identified on Pubmed and 129 on Psycarticle and Psycinfo. Among them, 53 were duplicates and were removed. 36 references were selected based on title (25 from Pubmed and 11 from Psycinfo and Psycarticle). Then, 16 references were selected based on abstracts (11 from Pubmed and 5 from Psycarticle and Psycinfo). Finally, 6 new references were included based on total article reading.

Eligibility criteria

The inclusion criteria were as follows: quantitative studies using a statistical approach, studies published in English or French between 1990 and September 2022, and studies focused on guilt in alcohol use involving either recruitment from a clinical sample of individuals with a use disorder or a validated scientific measure of alcohol use. Similarly, guilt should be measured using a validated tool with more than one item.

The exclusion criteria were as follows: studies that did not measure alcohol or guilt variables or did not present any results for these variables, studies in which guilt was referred to as a legal term, studies with incomplete records (missing authors, titles, date), and studies in which alcohol use related to the self was not measured (*e.g.*, they only measured the substance use of the parents of participants).

Selection process

The inclusion process comprised the following steps: First, all titles were analyzed to determine whether they fit with the inclusion criteria, then the remaining records' abstracts were read. Finally, the entire publication was read. At every step, disagreements were resolved through discussions related to the inclusion criteria until full agreement was achieved.

Data collection process and data items

One author extracted the following information from the included papers: study objectives, sample size, participant information, design, measures, analyses, and key results of the variables and analyses of interest in a table file. A second author checked the extracted data, with disagreements resolved via discussion.

The variables and analyses of interest concerned guilt and alcohol, it was to be measuring and results should be statistical analysis from the link between those variables, even if other variable appear in the comprehension' model.

Study risk of bias assessment

In order to assess the risk of bias of the included studies, the Quality Assessment Tool (QATSDD) (Sirriyeh et al., 2012) was chosen, a tool created to assess the quality of social sciences and humanities studies in 16 criteria (including two criteria specific to qualitative studies, removed here). The investigated areas on each article are: theoretical framework, statement of aims, research setting, sample size analysis, representative sample size, procedure of data collection, argued choice of tools, recruitment information, statistical assessment of reliability and validity of tools, fit between research question and method of data collection and analysis, justification of analysis, user involvement, discussion of strengths and limitations. Thus, the QATSDD was chosen for several reasons. First, this tool is suitable for quantitative, mixed-methods, or qualitative study designs, whether longitudinal, cross-sectional or interventional, which was necessary because of the diversity of the types of quantitative studies included. Secondly, it allows a score ranging from 0 to 3 on each of the proposed criteria, unlike other instruments which only propose a binary modality of response in "absence"/"presence" or "yes"/"no" of the bias criteria (Crowe et al., 2011; NHLBI, 2013 ; Downes et al., 2016), it thus allows a more qualitative evaluation of the elements necessary for good intrinsic validity. Finally, the tool was created for the exercise of systematic review and the validation article provides all the necessary material to facilitate its application. One of the authors did this analysis.

Synthesis of the results

Based on the extraction data, the results were synthesized according to the typology of guilt. The categories were repartitioned per the measurements used in the following model: *"If an instrument asked a respondent to indicate how common a feeling is or if it aggregated responses across a wide variety of scenarios, the measure was regarded as measuring trait-like guilt. If a measure prompted respondents to describe their current feelings, the measure was coded as representing situation-specific guilt"* (Tilghman-Osborne et al., 2010, p. 7).

Results

Risk of bias in studies

From the analysis performed, the risk of bias of the included studies is relatively high. Indeed, no study obtained an intrinsic quality score higher than 74%, and the minimum score obtained was 50%. The average score of included studies was 61%. Detailed results of the score obtained by each study on each criterion are presented in the supplementary material. However, the scores were largely influenced by two criteria, for which none or almost none of the studies scored: user involvement in the design and sample size analysis. In addition, two other criteria were largely missing: explanation of the choice of tools and detailed recruitment data. Note that the total omission of an element (*i.e.*, no explanation of the reason for using the tool) results in a 0 score on the criterion. Finally, the scores obtained for the criterion of representativeness of the sample are very scattered, in fact, within the included studies, many are conducted with university students, and many are also conducted with samples $n < 100$.

Study characteristics

Majority of the included studies utilized a cross-sectional design (71%), whereas only 29% were longitudinal. Only 26% of the included studies were conducted on a clinical sample. Thus, of the included studies, 50% were conducted with samples from university students and volunteers recruited online. While the few studies that recruited samples from a clinical population were conducted on people with a confirmed diagnosis of alcohol use disorder, the severity of alcohol use in the general population was globally low and did not allow us to conclude to pathological habit, rather that concluding that alcohol was used recreationally. Moreover, studies conducted on general population did not appear to measure multiple substance use or misuse while clinical population studies included people who used various substances et had several psychiatric diagnoses.

Sample sizes ranged from 25 to 1979 participants. In addition, not only was the sample size larger for general population studies, so was the proportion of women. The average frequency of women in studies with a clinical sample was 34%, with one study conducted exclusively with women greatly increasing this percentage. The frequency of women in the general population studies was 60%.

Guilt was defined and used differently in the studies: guilt proneness (48,5% of included studies), guilt state (45% of included studies), and interpersonal guilt (6,5% of included studies). After briefly reviewing the tools used to obtain these results, they were concisely presented in two sections according to their guilt typology. Further detailed results, including statistics, are shown in two tables. For more clarity, the

included studies were divided into two tables according to their types. Table 2 includes studies on guilt proneness, while Table 3 includes studies on state guilt, studies that combine state guilt and guilt proneness, and studies on interpersonal guilt.

Guilt measurement

The 12 tools used to measure guilt in the included studies were briefly described. All of the above were validated and showed good psychometric qualities, but these are not specified herein. Table 1 specifies to which type of guilt measurement (state or trait) the tool belongs.

Test of Self-Conscious Affect-3. The Test of Self-Conscious Affect-3 (TOSCA-3; Tangney et al., 2000) is the most widely used scale to measure guilt, with 14 studies that used it. It is based on 16 scenarios (11 negative and five positive), each followed by four or five possible responses, referring to shame, guilt, pride, externalization, and detachment reactions (*e.g.*, "While out with a group of friends, you make fun of a friend who's not there", "You break something at work and then hide it"). Responses are made on a five-point Likert scale (1 = *unlikely to occur* to 5 = *very likely*). Adapted versions were also used in the studies included here, such as the TOSCA-SD for the socially deviant population (Dearing et al., 2005; Stuewig et al., 2009), an adaptation for children (TOSCA-C; Stuewig et al., 2015), and the TOSCA-state adaptation to measure guilt related to an event (Rodriguez et al., 2016).

Positive and Negative Affect Schedule. The Positive and Negative Affect Schedule (PANAS; Watson et al., 1988) was used in four studies to assess guilt. It is a 20-item self-report measure assessing positive and negative affect; each subscale is comprised

of 10 items with five-point Likert-scale answers. Due to Tracy and Robins (2007), the PANAS can be used as both a state and a trait measure. The guilt subscale, despite its label, seems to be a general measure of negative self-conscious emotions because it includes the six items of *guilty*, *ashamed*, *blameworthy*, *angry at self*, *disgusted with self*, and *dissatisfied with self*. Participants have to indicate whether they feel or tend to feel this way for each adjective.

Personal Feeling Questionnaire. The Personal Feeling Questionnaire (PFQ-2; Harder & Greenwald, 1999) was used to measure guilt in three studies. It is a self-report, 22-item adjective checklist consisting of two subscales, namely shame and guilt. Through a five-point Likert scale, participants have to indicate how frequently they experience each feeling. Six items focus on guilt (*e.g.*, "*feeling you deserve criticism for what you did*", "*feeling remorse*", "*feeling intense guilt*"). Higher ratings indicate higher levels of moral emotions.

Interpersonal Guilt Questionnaire-67. The Interpersonal Guilt Questionnaire-67 (IGQ-67; O'Connor et al., 1997) was used in two of the included studies. It is a self-inventory comprising four subscales, namely survivor guilt, separation guilt, omnipotent responsibility guilt, and self-hate guilt. It is also composed of 67 items on a five-point Likert scale. Survivor guilt has 22 items (*e.g.*, "*I can't be happy when a friend or relative is suffering a disappointment*"). Separation guilt has 15 items (*e.g.*, "*I feel bad when I disagree with my parent's ideas or values, even if I keep it to myself*"). Omnipotent responsibility guilt has 14 items (*e.g.*, "*I worry a lot about the people I love, even when they seem to be fine*"). Finally, 16 items are used to measure

self-hate guilt (*e.g.*, “*If something bad happens to me, I feel I must have deserved it*”).

State Shame and Guilt Scale. Only one study used the State Shame and Guilt Scale (SSGS; Marschall et al., 1994). The SSGS is a 15-item self-report measure with subscales measuring state shame, guilt, and pride with Likert-scale response options. The guilt subscale (five items) assesses present-moment negative feelings about specific events (*e.g.*, “*I feel bad about something bad that I have done*”).

Perception of Drinking Scale. The Perception of Drinking Scale (PODS; Treeby et al., 2020), used by only one study, is composed of 17 items and assesses shame, guilt, blame, and disengagement related to alcohol use. When asked about their drinking in recent months, respondents must indicate how consistent their experience is with each statement using a five-point Likert scale. Some examples of the items assessing guilt include, “*I feel bad about some of the things I've done while drinking*” and “*I feel bad because my drinking may have had a negative impact on others*”. The factor structure suggests four factors: alcohol shame, alcohol guilt, external accountability, and alcohol indifference.

Guilt Inventory. The Guilt Inventory (GI; Kugler & Jones, 1992), used in only one study also, consists of three subscales: trait guilt (20 items, *e.g.*, “*Frequently, I just hate myself for something I have done*”), state guilt (10 items, *e.g.*, “*Recently, I have done something that I deeply regret*”), and internalized moral standards (15 items, *e.g.*, “*I believe in a strict interpretation of right and wrong*”). Responses are given on a five-point Likert scale. This scale assesses both recent experiences of and general tendencies toward experiencing maladaptive forms of guilt and regret.

Trauma-Related Guilt Inventory. One study used the Trauma-Related Guilt Inventory (TRGI; Kubany et al., 1996), a 32-item, validated, self-report questionnaire assessing traumatic guilt related to an event. There are three subscales in the TRGI: global guilt (*e.g.*, *"I experience intense guilt that relates to what happened"*), distress (*e.g.*, *"What happened causes me emotional pain"*), and guilt cognitions (*e.g.*, *"I was responsible for causing what happened"*). Participants have to make their assertions using a five-point Likert scale.

The guilt factor of the Spanish Burnout Inventory. The Spanish Burnout Inventory (Gil-Monte, 2011; Gil-Monte & Figueiredo-Ferraz, 2013) was used in one study. It comprises 20 items distributed across four dimensions: enthusiasm toward your job, psychological exhaustion, indolence, and guilt. The guilt factor contains five items such as *"I regret some of my behaviors"*.

The guilt factor of the Karolinska Scales of Personality. Then, one study used a factor of the Karolinska Scales of Personality (KSP; Ortet et al., 2002). The KSP measures personality with a 135-item questionnaire, and answers are given on a four-point Likert scale. The answers are grouped into 15 scales, including a guilt scale that contains five items. Guilt is defined as being remorseful and ashamed for having bad thoughts. An example item is, *"The few times I have cheated, I have suffered unbearable feelings of remorse"*.

The Mosher Forced-Choice Guilt Inventory. The Mosher Forced-Choice Guilt Inventory (MFCGI; Mosher, 1966) was used in one study. It is composed of three subscales: morality-conscience guilt (22 items), hostility guilt (29 items), and sex guilt (28 items). The scale uses multiple-choice answers. Sentences are presented to

participants, and they have to choose one of two possible sentence completions. Sample items include, "When I tell a lie a) my conscience bothers me, b) I wonder whether I'll get away with it" and "If, in the future, I committed adultery, a) I wouldn't tell anyone, b) I would probably feel bad about it".

Differential Emotions Scale-IV. Finally, the Differential Emotions Scale (Boyle & Katz, 1991), a self-questionnaire created to measure 12 separate fundamental emotions was used in one study. The response scale ranged from 1 [rarely or never] to 5 [very often]. It included three questions related to shame (e.g., "In your daily life, how often do you feel like people laugh at you?") and three related to guilt (e.g., "In your daily life, how often do you feel like you did something wrong?").

Insert Table 1

Main results of individual studies for guilt proneness

The negative association between guilt proneness and alcohol use and misuse

First, eight studies confirmed the hypothesis of guilt's protective role in alcohol use initiation, maintenance, readiness to change, and risky behavior.

Using the TOSCA to measure guilt proneness, several studies showed that guilt's scores are significantly lower for an addicted person compared to a non-addicted person; that is, guilt is negatively related to alcohol problems (Dearing et al., 2005; O'Connor et al., 1994). According to Patock-Peckham et al., (2018), people with guilt proneness consume less alcohol and experience fewer alcohol-related problems.

Treeby et al. (2020) created a new measure specific to guilt and shame linked to alcohol use. In their study, after a thorough evaluation of the new tool, they also found a protective role of guilt proneness in alcohol use. That is, guilt was negatively associated with the quantity and frequency of alcohol use. Moreover, guilt proneness was positively linked with the tendency of using protective behavioral strategies while drinking (*i.e.*, harm-reduction behaviors). Moreover, guilt could improve readiness to change through reparative behavior (Rodriguez et al., 2015). Similarly, positive relationships of small to medium magnitude were found between guilt proneness and the use of protective behavioral strategies during episodes of alcohol use (Treeby et al., 2018).

Investigating the degree to which early tendencies toward shame and guilt were predictive of risky behavior in late adolescence with a longitudinal design, Stuewig et al., (2015) found that guilt proneness prevents alcohol use disorders. Specifically, guilt proneness leads to less risky behavior (*e.g.*, fewer sexual partners, less illicit substance and alcohol use, and less involvement with the justice system) over the long term. As an extension of this work, Ohannessian & Hesselbrock (2009) suggested that youth with lower levels of guilt are more likely to initiate substance use earlier in comparison with youth with higher levels of guilt. In other words, the more guilty they feel, the later they will start drinking.

Even though guilt can appear to be not significantly related to symptoms of alcohol use disorder, "shame-free" guilt (guilt without the shame inherent in the coexistence of these two states) appears to be significantly negatively related to symptoms of alcohol dependence (Stuewig et al., 2009), the severity of the alcohol use disorder,

the frequency of alcohol consumption, and alcohol-related consequences (Hequembourg & Dearing, 2013; Treeby & Bruno, 2012). Very recently, the study by Batchelder et al (2022) confirmed the protective role of guilt. Although the authors found a positive cross-sectional relationship between guilt level and alcohol consumption, they were able to show a negative bidirectional longitudinal relationship over 15 months, indicating that when guilt increased alcohol consumption decreased.

The positive association between guilt proneness and alcohol use and misuse

On the other hand, a few of the included studies indicated a positive link between guilt proneness and alcohol use. For example, Östlund et al. (2007) found that undergoing an addiction treatment generated higher guilt scores. In this study, guilt was defined as a personality trait measure using the KSP. These results are congruent with another study showing a high guilt score in people following standard alcohol abuse treatment psychotherapy (Scherer et al., 2011).

The null association between guilt proneness and alcohol use and misuse

Finally, among studies trying to explain the link between guilt proneness and alcohol use, several were unable to show any association. Guilt levels did not differ per use severity (use: *sometimes to very often* vs. *rarely or never*) in Quiles et al. (2002). Grynberg et al.'s (2017) study presented no significant correlation between guilt proneness and alcohol use disorder either.

Gender variation in the relationship between guilt proneness and alcohol use disorder

A question seemed to emerge from the various studies presented above concerning the possible influence of gender on the relationship between alcohol use disorder and guilt proneness.

A few of the included studies (O'Connor et al., 1994; Ohannessian & Hesselbrock, 2009) were unable to find differences between men and women regarding guilt proneness. Specifically, Quiles et al. (2002) postulated that there is no difference between gender regarding standard guilt and chronic guilt scores, but they found that women scored significantly higher on situational guilt in a sample of students. Contrarily, Hequembourg and Dearing (2013) found that women score significantly higher on guilt proneness than men.

Thus, it would appear that the majority of studies found a protective role of guilt proneness in successive alcohol use or misuse and problems related to alcohol use. Notably, the few studies that found either a positive or a null association were conducted on clinical samples of alcohol-dependent patients during their treatment. We will now look at the role between state guilt—or guilt related to a specific event—and its potential influence on alcohol use disorder.

Insert Table 2

Main results of individual studies for state guilt

The negative link between state guilt and alcohol use or misuse

Through different analyses and explanatory models, researchers have tried to illuminate the possible link between state guilt and alcohol use or misuse.

Correlational analyses have shown a significantly negative link between alcohol use or misuse, standards guilt, and situational guilt, while ANOVA analyses have shown that those who used substances more frequently in the past five years scored lower on standards guilt (*i.e.*, moral standards) and situational guilt (state guilt) than those reporting that they never or rarely use alcohol (Quiles et al., 2002).

To understand how guilt could act as a consumer protector, Giguère et al. (2014) suggested that group affiliation may play a role in the relationship between transgression, or limit violation, and guilty feelings. While controlling for shame and following norm transgression, more intense feelings of guilt were observed when individuals were strongly identified as group members. However, identification did not moderate the experience of guilt and shame in situations in which alcohol use occurred but was congruent with group norms and restrained alcohol use. Notably, the relevance of the reference group impacted whether or not the degree of identification influenced the experience of guilt and shame. Therefore, for individuals who identified strongly with a group, norm transgression led to more intense feelings of guilt compared with when individuals weakly identified with a group. Using a longitudinal design, guilt was associated with a significant decrease in alcohol use (with the opposite effect for shame), and the fourth of a series of studies led to the conclusion that the negative relationship between identification and further alcohol use is mediated by guilt Giguère et al. (2014). This interpersonal analysis was complemented by a study at the intrapersonal level that found divergent results (see below).

The positive link between state guilt and alcohol use or misuse

Contrarily, on a substantial sample of students, guilt and substance use, including alcohol, were analyzed from an interpersonal perspective. It appears that alcohol use increases the total interpersonal guilt score; specifically, separation guilt and self-hate guilt increase alcohol use (Locke et al., 2015).

Based on the Limit Violation Effect Model, Muraven et al. (2005) indicated that violating one's self-imposed limit on consumption is a critical factor in the experience of guilt after drinking. The amount of alcohol that participants had consumed the previous day was related to their cognitions and feelings about alcohol during the next morning's evaluation with the Ecological momentary assessment (EMA). Alcohol was then consumed to cope with these negative feelings, or in an opposite model, negative feelings acted as a protective factor for the intention to use alcohol. In studies on underage non-problematic drinkers and social drinkers, the model was confirmed: Participants who reported violating their personal drinking limit during a drinking episode reported more distress (*i.e.*, felt guiltier) over alcohol use the following morning. The more that participants drank the night before, the more guilt they felt about how much they had consumed. This led to an increase in alcohol use on the same or following day. Thus, individuals experiencing more distress about the amount of alcohol that they had consumed the previous day drank more than those who were less distressed; this was applicable to both heavier and lighter drinkers. Mediation analysis confirmed that distress over drinking was a significant mediator of the relationship between limit violation and subsequent drinking. Bilevicius et al., (2021) have recently confirmed empirically this proximal effect of alcohol consumption on the feeling of guilt in people with depressive symptomatology. The authors have

demonstrated through an EMA methodology that previous alcohol consumption exacerbated the feeling of guilt the following days.

In addition, at least three more studies presented results suggesting the harmful role of state guilt in alcohol use. In Luoma et al.'s (2017) study, while guilt proneness was negatively correlated with alcohol scores, state guilt, investigated using the SSGS (Marschall et al., 1994), was positively correlated with alcohol use severity (measured using the Alcohol Use Disorder Test), even if subsequent regression analyses did not suggest a predictive relationship (Luoma et al., 2017).

We found this positive link in different contexts of guilt. In a professional burnout context, depersonalization showed a significant positive relationship with guilt, which was also positively linked with alcohol use. Subsequent mediation analysis showed that guilt fully mediated the relationship between the indolence factor of burnout and alcohol use (Olivares-Faúndez et al., 2014). In another area, guilt linked to a traumatic event seemed to impact alcohol use. In Tran et al.'s (2019) study, alcohol use, guilt distress, and guilt cognition were higher but not statistically different for the early post-trauma phase group and chronic post-trauma phase group. In this same study, self-conscious emotions (gathering of self-blame, guilt, negative thoughts of the self, and shame) predicted alcohol use. This is congruent with results from Herbert et al., (2020) where guilt subscale of the TRGI (Kubany et al., 1996) (global guilt, guilt distress and guilt cognitions) positively correlated with alcohol use severity. However, in two other studies conducted on military veterans with comorbid post-traumatic stress disorder and alcohol use disorder, no link appears between guilt related to a traumatic event and alcohol use severity (Capone et al., 2020; Kachadourian et al., 2021).

Finally, in a larger study comparing patients with alcohol use disorders and healthy subjects, survivor guilt, separation guilt, organized guilt, and the guilt sum score were higher for both men and women with alcohol use disorders (Braun et al., 2018).

In summary, even though numerous studies indicated that state guilt is deleterious toward alcohol use or that alcohol consumption generates more state guilt, we found contradictory results. However, the interpersonal and intrapersonal mechanisms underlying the phenomenon linking guilt and alcohol use seem to be better understood.

Insert Table 3

Discussion

The aim of the present systematic review was to create an inventory of past decades' studies that assess guilt for alcohol users and increase the knowledge on this subject. While some researchers have suggested that guilt reinforces alcohol use, many others have emphasized the protective effect of guilt. Furthermore, guilt covers several sub-concepts that are rarely distinguished in studies. Thus, this work has made it possible to highlight the plurality of concepts related to guilt. We noticed that the type of guilt is rarely mentioned but more often deducted from the measurement tools. This is congruent with other work: Tilghman-Osborne et al. (2010), in their systematic review on guilt's definition and measurements, found 23 different theoretical definitions of guilt and 29 accompanying measures. These overlapping constructs led to a plurality of research but also to difficulties in clearly defining guilt and obtaining accurate results. Indeed, in their coding work of 23

definitions of guilt, only 60.7% shared the same codes, showing a significant lack of conceptual convergence.

A debate found at the center of the themes investigated in the included studies is whether guilt is ultimately a risk factor or a protective factor for alcohol use. Many of the included studies treating guilt proneness confirmed the hypothesis of guilt's protective role in alcohol use initiation, maintenance, readiness to change, and risky behavior. Studies have explained this phenomenon by suggesting that people with a tendency to feel guilty will try to make up for it by engaging in less risky behaviors. Kubany and Watson (2003) suggested that consumers tend to engage in reframing the events that caused their feelings of guilt. Thus, consumers are more likely to engage in positive reinterpretation strategies when blaming themselves for doing something wrong (Yi & Baumgartner, 2004). Other studies have affirmed that people with guilt proneness are better able to forgive themselves after using alcohol (McGaffin et al., 2013), which is aligned with the results presented above.

Nevertheless, a non-negligible proportion of the included studies still found a positive or non-existent association between guilt proneness and alcohol consumption. Notably, these studies were mostly conducted with samples comprising people who have or have had an alcohol use disorder (Östlund et al., 2007; Scherer et al., 2011; Grynberg et al., 2017) while many of the studies included here were conducted in the general population. Thus, the tendency to feel guilty seems to have a protective effect until an established alcohol use disorder. However, Scherer et al. (2011) showed that people who were being followed for alcohol use disorder had higher levels of guilt, so it would seem that being in treatment influences the level of guilt felt and, therefore,

reported. Contrarily, in the few clinical population studies, participants were recruited during treatment. Furthermore, alcohol consumption frequently co-occurs with other psychiatric disorders, such as depression (Sullivan et al., 2005) or anxiety (Anker & Kushner, 2019). In Östlund's (2007) study, 36% of the participants had been diagnosed with an anxiety disorder and 21% with depressive disorders, both of which are positively related to guilt proneness (Young et al., 2016; Harder, 1995; Tangney et al., 1992). Grynberg et al. (2017) were the only researchers to exclude any other psychiatric disorder, and thus, they reported a null relationship between guilt proneness and alcohol use disorder, albeit with a small sample size.

Many studies have found a positive link between alcohol use and state guilt in varying samples (professionals with burnout, people suffering from trauma, etc.). Although studies have also found a negative relationship between guilt and the consumption or development of alcohol use disorders, the explanatory models proposed seem congruent. Indeed, belonging to a group, as well as the limits that the group or oneself sets, seems to influence guilt after a period of alcohol use. Furthermore, a study conducted by Saintives (2016) highlighted a possible variability in the effects of post-drinking guilt. In their study, the authors proposed a typology of strategies that individuals implement to manage guilt resulting from alcohol consumption. Furthermore, a rather equitable distribution of the sample in the four subgroups composing the typology ("adjusters", "positive", "all or nothing", "let it go") suggests a real inter-individual variability of the effects of guilt as a protective factor of alcohol use disorder. A significantly higher score was found for the "adjusters" group, who are

willing to use very different strategies to best adjust to the situation (rumination, problem-solving, mental disengagement, and positive reinterpretation).

Finally, we could observe that the results in the broader area of other addictive behavior, such as that relating to psychoactive substances, were congruent with those stipulating a positive link between guilt and alcohol consumption and the severity of addictive behavior. Among pregnant women with substance use disorders, for example, substance use is also a reason for guilt, and this is amplified once the child is born (Acquavita et al., 2017). In addition, young pregnant women cite shame and guilt as determinants of their substance use (Shahram et al., 2017). Guilt has also appeared as a primary theme in several qualitative studies on parenting mothers with an addictive disorder (Fowler et al., 2014; Latuskie et al., 2019; Silva et al., 2013). Similarly, guilt is among the consequences of use most expressed by opioid users in India (Majumder et al., 2016), and a study showed that cannabis users in a treatment program felt more guilty about their use than users not in a treatment program (Pacek & Vandrey, 2014). Recently, Snoek et al. (2021) suggested that substance use seems to be a way to self-medicate against feelings of shame and guilt, rather than these motivating them to make amends. Thus, a cycle ensues: Guilt causes alcohol use, and this (mis)use of alcohol leads to guilt, which is then appeased by consuming alcohol again, and so on.

Several limitations exist in the studies included in this work. First, as mentioned in the first result Section "Study characteristics", almost 75% of the studies on guilt and alcohol use were conducted on the general population, which is congruent with Grynberg et al.'s (2017) remark suggesting that only a few studies have been

conducted on clinical alcohol use disorder samples (Meehan et al., 1996; O'Connor et al., 1994). Only two of the five studies conducted with clinical populations had sample sizes greater than 100 (Östlund et al., 2007; Braun et al., 2018). Moreover, of these five studies, several comprised patients currently in remission or treatment, or who have had an alcohol use disorder in their lifetime. While the sample sizes of the general population studies were quite large, these were largely recruited from within universities, explaining the relatively low average age overall.

Most of the studies used TOSCA measures or its relatives to assess feelings of guilt, but these instruments have been criticized for several reasons. The TOSCA has been questioned numerous times, most notably for its inability to truly distinguish between shame and guilt (Eterović et al., 2019; Rüsçh et al., 2007), as well as for only measuring adaptive forms of guilt and maladaptive forms of shame. The guilt items in the TOSCA only measure appropriate constructive reactions rather than more pathological guilt responses. The shame items, by contrast, focus strongly on maladaptive aspects of shame and neglect more adaptive aspects of this emotion (Luyten et al., 2002; Sabini & Silver, 1997). Thus, it remains to be seen whether shame and guilt can really be distinguished using study measurements. In addition, Snoek et al. (2021) postulated that character and action cannot be separated that neatly: "*Acts for which we are guilty (and do not just in some weak sense feel guilty), do involve the self, and because they involve the self, they involve shame*" (Sabini & Silver, 1997, p. 8). Thus, people who experience both shame and guilt have not been studied adequately.

A minority of the included studies (29%) used a longitudinal design, which is imperative in demonstrating a causal (positive or negative) link between guilt and alcohol use. Moreover, a great diversity of methods was present (daily measurement via EMA, scenario-based measures using self-statements), which represents both an important resource and a difficulty when comparing results. Then, the inferential statistical analyses proposed remain limited in explanatory terms. Finally, many correlational results were indicated.

The present study also has limitations. That is, only three databases were explored and, despite investigations having been conducted by two researchers, it is possible that studies dealing with this subject did not appear in the results generated automatically using keywords. In addition, our study synthesized the existing quantitative empirical knowledge to date, but qualitative data can provide a deeper exploration of guilt and alcohol use at the individual level. Finally, the present study was affected by the limitations inherent in systematic reviews of the literature. Although the systematic review allowed us to synthesize the work done on the subject, the quantification and scientificity of a meta-analysis could provide a more precise understanding of the topic in the future.

Future directions for further research may arise from these results. First, the plurality of measurement tools makes comparison of results complicated. It seems necessary to use validated tools that specifically measure guilt, or guilt linked to alcohol use using a sufficient number of items. Also, it appears important to specify in the research conducted which type of guilt is being studied and why. In addition, because self-questionnaire measures present numerous biases for the study of reflexive emotions,

we recommend work that uses experimental tasks and objective measures such as the recent study by Bilecivius et al., (2020) on the effect of shame on alcohol craving. Following the findings presented in this article, an essential recommendation appears: the continuation of research on clinical samples (with alcohol use disorders) because the underlying mechanisms seem to vary whether consumption is pathological or recreational. Furthermore, as guilt can be a transdiagnostic symptom, it seems important to better control the presence of comorbidity in which guilt is present (*i.e.*, mood disorder).

Several clinical implications derive from this work. As discussed above, guilt proneness appears to be a protective factor only in samples recruited from the general population. The activation of guilt in therapy does not therefore seem to be a privileged avenue in the context of alcohol use disorders, where this latent tendency acts rather ineffectively or in a deleterious way. In addition, some authors warn about the risks of using guilt because of its potential to be both adaptive and maladaptive (Snoek et al., 2021). However, psychotherapeutic work on the reduction of guilt proneness, self-blame and self-criticism associated with it, in a way of relieving the weight of these feelings (Flanagan, 2013; Sawyer et al., 2020). This is a long-term work centered on the patient's dispositional traits towards himself and his actions. Guilt, like any other basic or reflexive emotion, should be addressed in therapy, especially since it is often a source of difficulty and/or suffering for people with an alcohol use disorder. For example, CBT make it a central axis of work based on the recognition, identification, verbalization and functional understanding of the behaviors and cognitions related to it. Especially, since sometimes alcohol is consumed to avoid feeling the guilt generated

by its consumption. The influence of group norms in the appearance of guilt having been put forward, it seems important to reinforce social support to reduce isolation.

To conclude, the present work has highlighted the divergent implications of guilt in the (mis)use of alcohol. Guilt proneness seems to act as a protective factor in many studies, except for the few conducted in a clinical sample. State guilt appears to be deleterious to alcohol (mis)use, although here again, there are inconsistent results. After clarifying past results on guilt's implication in alcohol use disorder, it seems that further research is required to specify and precisely investigate the feeling that we are looking for through more reliable and relevant tools or tasks. While the definitions of guilt varied greatly from theory to theory and from measure to measure, an inherent definition must appear in all work involving the measurement of guilt. Moreover, guilt is a multifactorial phenomenon, and numerous confounding variables should be controlled to better understand the effect of guilt.

References

- Achenbach, T. M., & Edelbrock, C. S. (1986). *Manual for the Teacher's Report Form and teacher version of child behavior profile*. University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Acquavita, S. P., Talks, A., & Fiser, K. (2017). Facilitators and Barriers to Cigarette Smoking While Pregnant for Women With Substance Use Disorders. *Nicotine & Tobacco Research, 19*(5), 555-561. <https://doi.org/10.1093/ntr/ntw268>
- Baumeister, R. F., Stillwell, A. M., & Heatherton, T. F. (1994). Guilt : An interpersonal approach. *Psychological Bulletin, 115*(2), 243-267. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.115.2.243>
- Boyle, G. J., & Katz, I. (1991). Multidimensional scaling of the eight state questionnaire and the differential emotions scale. *Personality and Individual Differences, 12*(6), 565-574.
- Capone, C., Tripp, J. C., Trim, R. S., Davis, B. C., Haller, M., & Norman, S. B. (2020). Comparing exposure- and coping skills–based treatments on trauma-related guilt in veterans with co-occurring alcohol use and posttraumatic stress disorders. *Journal of Traumatic Stress. psych.* <https://doi.org/10.1002/jts.22538>
- Crowe, M., Sheppard, L., & Campbell, A. (2011). Comparison of the effects of using the Crowe Critical Appraisal Tool versus informal appraisal in assessing health research: A randomised trial. *International Journal of Evidence-Based Healthcare, 9*(4), 444-449. <https://doi.org/10.1111/j.1744-1609.2011.00237.x>
- Dearing, R. L., Stuewig, J., & Tangney, J. P. (2005). On the importance of distinguishing shame from guilt : Relations to problematic alcohol and drug use. *Addictive Behaviors, 30*(7), 1392-1404. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2005.02.002>
- DeSteno, D., Petty, R. E., Rucker, D. D., Wegener, D. T., & Braverman, J. (2004). Discrete Emotions and Persuasion : The Role of Emotion-Induced Expectancies. *Journal of*

Personality and Social Psychology, 86(1), 43-56. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.86.1.43>

Downes, M. J., Brennan, M. L., Williams, H. C., & Dean, R. S. (2016). Development of a critical appraisal tool to assess the quality of cross-sectional studies (AXIS). *BMJ open*, 6(12), e011458.

Eterović, M., Medved, V., Bilić, V., Kozarić-Kovačić, D., & Žarković, N. (2019). Poor Agreement Between Two Commonly Used Measures of Shame- and Guilt-Proneness. *Journal of Personality Assessment*, 1-9. <https://doi.org/10.1080/00223891.2019.1585361>

Fowler, C., Reid, S., Minnis, J., & Day, C. (2014). Experiences of mothers with substance dependence: Informing the development of parenting support. *Journal of Clinical Nursing*, 23(19-20), 2835-2843. <https://doi.org/10.1111/jocn.12560>

Grynberg, D., de Timary, P., Van Heuverswijn, A., & Maurage, P. (2017). Prone to feel guilty : Self-evaluative emotions in alcohol-dependence. *Drug and Alcohol Dependence*, 179, 78-82. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2017.06.030>

Guilt – *APA Dictionary of Psychology*. (s. d.). Consulté 23 septembre 2021, à l'adresse <https://dictionary.apa.org/guilt>

Hequembourg, A. L., & Dearing, R. L. (2013). Exploring Shame, Guilt, and Risky Substance Use Among Sexual Minority Men and Women. *Journal of Homosexuality*, 60(4), 615-638. <https://doi.org/10.1080/00918369.2013.760365>

Herbert, M. S., Malaktaris, A. L., Lyons, R., & Norman, S. B. (2020). Trauma-related guilt and pain among veterans with PTSD. *Psychiatry Research*, 285, 112820. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112820>

Izard, C. E. (1977). *Human Emotions*. Springer US. [https://doi.org/10.1007/978-1-4899-2209-](https://doi.org/10.1007/978-1-4899-2209-0)

0

- Kachadourian, L. K., Lyons, R., Davis, B., Haller, M., & Norman, S. (2021). Trauma-related guilt and posttraumatic stress disorder symptoms in military veterans: The role of psychological inflexibility. *Journal of Psychiatric Research, 137*, 104-110. psych. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2021.02.022>
- Ketelaar, T., & Au, W. T. (2003). The effects of feelings of guilt on the behaviour of uncooperative individuals in repeated social bargaining games: An affect-as-information interpretation of the role of emotion in social interaction. *Cognition and Emotion, 17*(3), 429-453. <https://doi.org/10.1080/02699930143000662>
- Kubany, E. S., & Watson, S. B. (2003). Guilt: Elaboration of a multidimensional model. *The Psychological Record, 53*(1), 51-90.
- Latuskie, K. A., Andrews, N. C. Z., Motz, M., Leibson, T., Austin, Z., Ito, S., & Pepler, D. J. (2019). Reasons for substance use continuation and discontinuation during pregnancy: A qualitative study. *Women and Birth, 32*(1), e57-e64. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2018.04.001>
- Lazarus, R. S. (1991). *Emotion and adaptation* (p. xiii, 557). Oxford University Press.
- Leith, K. P., & Baumeister, R. F. (1998). Empathy, shame, guilt, and narratives of interpersonal conflicts: Guilt-prone people are better at perspective taking. *Journal of Personality, 66*(1), 1-37. <https://doi.org/10.1111/1467-6494.00001>
- Lewis, H. B. (1971). Shame and guilt in neurosis. *Psychoanalytic Review, 58*(3), 419-438.
- Lewis, M. (2008). Self-conscious emotions: Embarrassment, pride, shame, and guilt. In *Handbook of emotions, 3rd ed* (p. 742-756). The Guilford Press.
- Luoma, J. B., Chwyl, C., & Kaplan, J. (2019). Substance use and shame: A systematic and meta-analytic review. *Clinical Psychology Review, 70*, 1-12. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2019.03.002>

- Luoma, J., Guinther, P., Potter, J., & Cheslock, M. (2017). Experienced-Based Versus Scenario-Based Assessments of Shame and Guilt and Their Relationship to Alcohol Consumption and Problems. *Substance Use & Misuse, 52*(13), 1692-1700. <https://doi.org/10.1080/10826084.2017.1305416>
- Luyten, P., Fontaine, J. R. J., & Corveleyn, J. (2002). Does the Test of Self-Conscious Affect (TOSCA) measure maladaptive aspects of guilt and adaptive aspects of shame? An empirical investigation. *Personality and Individual Differences, 33*(8), 1373-1387. [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(02\)00197-6](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(02)00197-6)
- Majumder, P., Sarkar, S., Gupta, R., Patra, B., & Balhara, Y. S. (2016). Predictors of retention in treatment in a tertiary care de-addiction center. *Indian Journal of Psychiatry, 58*(1), 27. <https://doi.org/10.4103/0019-5545.174359>
- Marschall, D., Sanftner, J., & Tangney, J. P. (1994). The state shame and guilt scale. *Fairfax, VA: George Mason University.*
- McGaffin, B. J., Lyons, G. C. B., & Deane, F. P. (2013). Self-Forgiveness, Shame, and Guilt in Recovery from Drug and Alcohol Problems. *Substance Abuse, 34*(4), 396-404. <https://doi.org/10.1080/08897077.2013.781564>
- Muraven, M., Collins, R. L., Morsheimer, E. T., Shiffman, S., & Paty, J. A. (2005). The Morning After : Limit Violations and the Self-Regulation of Alcohol Consumption. *Psychology of Addictive Behaviors, 19*(3), 253-262. <https://doi.org/10.1037/0893-164X.19.3.253>
- O'Connor, L. E., Berry, J. W., Inaba, D., Weiss, J., & Morrison, A. (1994). Shame, guilt, and depression in men and women in recovery from addiction. *Journal of Substance Abuse Treatment, 11*(6), 503-510. [https://doi.org/10.1016/0740-5472\(94\)90001-9](https://doi.org/10.1016/0740-5472(94)90001-9)
- Ohannessian, C. M., & Hesselbrock, V. M. (2009). A Finer Examination of the Role That Negative Affect Plays in the Relationship Between Paternal Alcoholism and the Onset

- of Alcohol and Marijuana Use. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 70(3), 400-408.
<https://doi.org/10.15288/jsad.2009.70.400>
- Olivares-Faúndez, V. E., Gil-Monte, P. R., & Figueiredo-Ferraz, H. (2014). The mediating role of feelings of guilt in the relationship between burnout and the consumption of tobacco and alcohol: Burnout tobacco alcohol. *Japanese Psychological Research*, 56(4), 340-348. <https://doi.org/10.1111/jpr.12058>
- Östlund, A., Hensing, G., Jakobsson, A., Sundh, V., & Spak, F. (2007). A cross-sectional study of personality traits in women previously treated or untreated for alcohol use disorders. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 2(1), 24. <https://doi.org/10.1186/1747-597X-2-24>
- Pacek, L. R., & Vandrey, R. (2014). Cannabis use history and characteristics of quit attempts : A comparison study of treatment-seeking and non-treatment-seeking cannabis users. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 22(6), 517-523. <https://doi.org/10.1037/a0037791>
- Patock-Peckham, J. A., Canning, J. R., & Leeman, R. F. (2018). Shame is bad and guilt is good : An examination of the impaired control over drinking pathway to alcohol use and related problems. *Personality and Individual Differences*, 121, 62-66. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2017.09.023>
- Quiles, Z. N., Kinnunen, T., & Bybee, J. (2002). Aspects of guilt and self-reported substance use in adolescence. *Journal of Drug Education*, 32(4), 343-362. <https://doi.org/10.2190/VN3D-5M0A-47BN-3Y3T>
- Rodriguez, L. M., Young, C. M., Neighbors, C., Campbell, M. T., & Lu, Q. (2015). Evaluating guilt and shame in an expressive writing alcohol intervention. *Alcohol*, 49(5), 491-498. <https://doi.org/10.1016/j.alcohol.2015.05.001>

- Rüsch, N., Corrigan, P. W., Bohus, M., Jacob, G. A., Brueck, R., & Lieb, K. (2007). Measuring shame and guilt by self-report questionnaires : A validation study. *Psychiatry Research, 150*(3), 313-325.
- Sabini, J., & Silver, M. (1997). In defense of shame: Shame in the context of guilt and embarrassment. *Journal for the Theory of Social Behaviour, 27*(1), 1-15.
<https://doi.org/10.1111/1468-5914.00023>
- Saintives, C. (2016). Comment les consommateurs gèrent-ils leur culpabilité post-consommation? Une typologie des consommateurs selon les stratégies de coping adoptées. *Management Avenir, N° 86*(4), 35-53.
- Scherer, M., Worthington, E. L., Hook, J. N., & Campana, K. L. (2011). Forgiveness and the Bottle: Promoting Self-Forgiveness in Individuals Who Abuse Alcohol. *Journal of Addictive Diseases, 30*(4), 382-395. <https://doi.org/10.1080/10550887.2011.609804>
- Shahram, S. Z., Bottorff, J. L., Oelke, N. D., Kurtz, D. L. M., Thomas, V., Spittal, P. M., & and For the Cedar Project Partnersh. (2017). Mapping the social determinants of substance use for pregnant-involved young Aboriginal women. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being, 12*(1), 1275155.
<https://doi.org/10.1080/17482631.2016.1275155>
- Silva, S. A., Pires, A. P., Guerreiro, C., & Cardoso, A. (2013). Balancing motherhood and drug addiction: The transition to parenthood of addicted mothers. *Journal of Health Psychology, 18*(3), 359-367. <https://doi.org/10.1177/1359105312443399>
- Sirriyeh, R., Lawton, R., Gardner, P., & Armitage, G. (2012). Reviewing studies with diverse designs : The development and evaluation of a new tool. *Journal of evaluation in clinical practice, 18*(4), 746-752.
- Stuewig, J., Tangney, J. P., Kendall, S., Folk, J. B., Meyer, C. R., & Dearing, R. L. (2015). Children's Proneness to Shame and Guilt Predict Risky and Illegal Behaviors in Young

- Adulthood. *Child Psychiatry & Human Development*, 46(2), 217-227.
<https://doi.org/10.1007/s10578-014-0467-1>
- Stuewig, J., Tangney, J. P., Mashek, D., Forkner, P., & Dearing, R. (2009). The Moral Emotions, Alcohol Dependence, and HIV Risk Behavior in an Incarcerated Sample. *Substance Use & Misuse*, 44(4), 449-471. <https://doi.org/10.1080/10826080802421274>
- Tangney, J. P., & Dearing, R. L. (2002). *Shame and guilt* (p. xvi, 272). Guilford Press.
<https://doi.org/10.4135/9781412950664.n388>
- Tilghman-Osborne, C., Cole, D. A., & Felton, J. W. (2010). Definition and measurement of guilt : Implications for clinical research and practice. *Clinical psychology review*, 30(5), 536-546. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.03.007>
- Tracy, J. L., & Robins, R. W. (2007). The self in self-conscious emotions : A cognitive appraisal approach. In *The self-conscious emotions: Theory and research* (p. 3-20). Guilford Press.
- Tran, H. N., Lipinski, A. J., Peter, S. C., Dodson, T. S., Majeed, R., Savage, U. C., & Beck, J. G. (2019). The Association Between Posttraumatic Negative Self-Conscious Cognitions and Emotions and Maladaptive Behaviors : Does Time Since Trauma Exposure Matter? *Journal of Traumatic Stress*, 32(2), 249-259. <https://doi.org/10.1002/jts.22388>
- Treeby, M., & Bruno, R. (2012). Shame and guilt-proneness : Divergent implications for problematic alcohol use and drinking to cope with anxiety and depression symptomatology. *Personality and Individual Differences*, 53(5), 613-617.
- Treeby, M. S., Rice, S. M., Cocker, F., Peacock, A., & Bruno, R. (2018). Guilt-proneness is associated with the use of protective behavioral strategies during episodes of alcohol use. *Addictive Behaviors*, 79, 120-123. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2017.12.027>
- Treeby, M. S., Rice, S. M., Wilson, M., Prado, C. E., & Bruno, R. (2020). Measuring Alcohol Use-Related Shame and Guilt: Development and Validation of the Perceptions of

Drinking Scale. *Substance Use & Misuse*, 55(3), 441-451.

<https://doi.org/10.1080/10826084.2019.1683203>

Yi, S., & Baumgartner, H. (2004). Coping With Negative Emotions in Purchase-Related Situations. *Journal of Consumer Psychology*, 14, 303-317.

https://doi.org/10.1207/s15327663jcp1403_11

Figure 1.
Flowchart of study selection

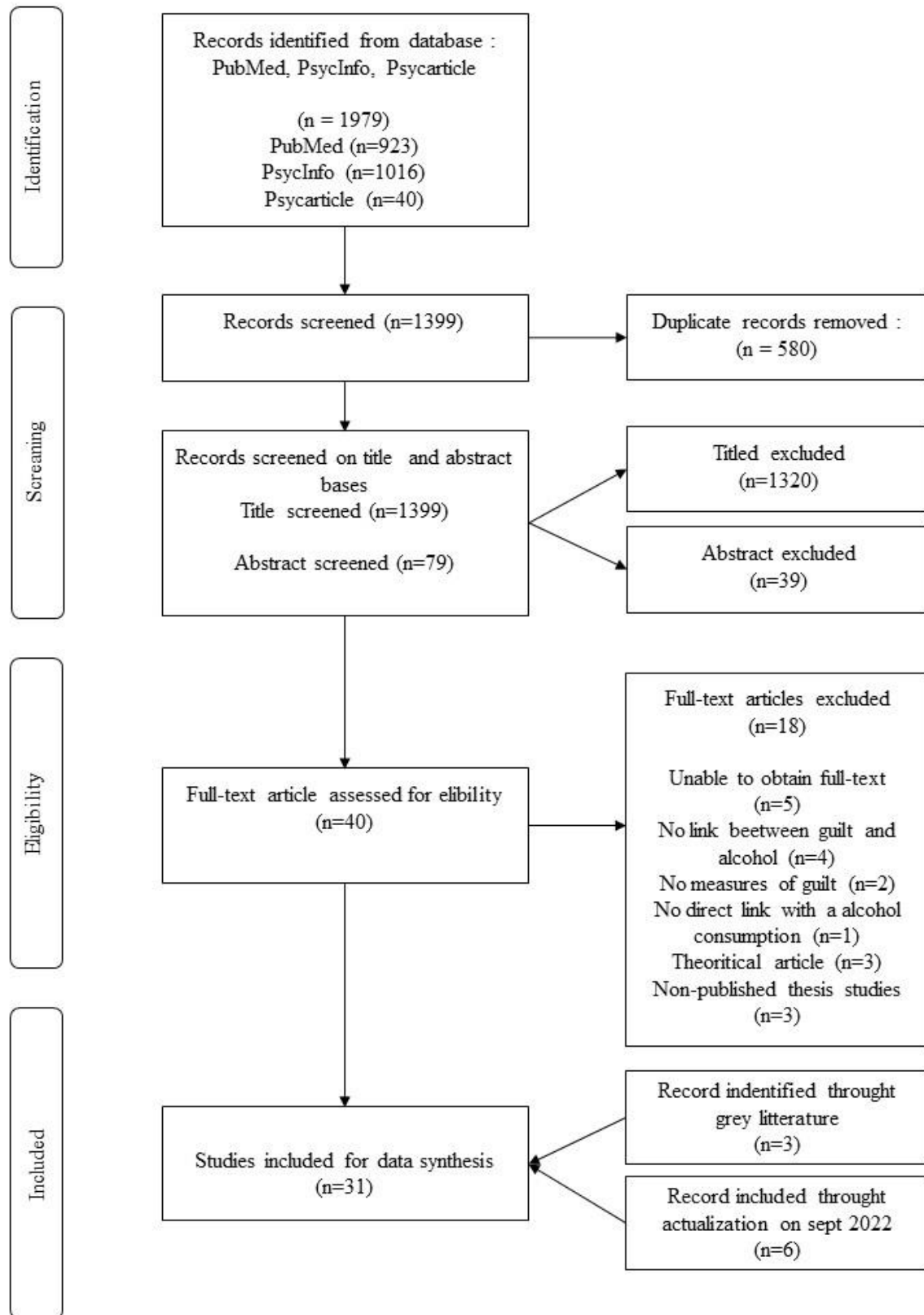


Table 1: The types of guilt investigated according to the instruments used in the included studies

| | | | | | | | | | | | | |
|--------------------|--|---|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|--|-------------------------------------|-------------------------------------|
| | | <i>Test of Self-Conscious Affect-3 (TOSCA-3)</i> | | | | | | | | | | |
| | | <i>Positive and Negative Affect Schedule (PANAS)</i> | | | | | | | | | | |
| | | <i>Personal Feeling Questionnaire (PFQ)</i> | | | | | | | | | | |
| | | <i>Interpersonal Guilt Questionnaire-67 (IGQ-67)</i> | | | | | | | | | | |
| | | <i>State Shame and Guilt Scale (SSGS)</i> | | | | | | | | | | |
| | | <i>Perception of Drinking Scale (PODS)</i> | | | | | | | | | | |
| | | <i>Guilt Inventory (GI)</i> | | | | | | | | | | |
| | | <i>Trauma-Related Guilt Inventory (TRGI)</i> | | | | | | | | | | |
| | | <i>Guilt factor of the Spanish Burnout Inventory</i> | | | | | | | | | | |
| | | <i>Guilt factor of the Karolinska Scales of Personality</i> | | | | | | | | | | |
| | | <i>Mosher Forced-Choice Guilt Inventory (MFCGI)</i> | | | | | | | | | | |
| | | <i>Differential Emotions Scale-IV</i> | | | | | | | | | | |
| Guilt proneness | | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | | | <input checked="" type="checkbox"/> | | | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| State guilt | | | <input checked="" type="checkbox"/> | | | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | | | |

Table 2. Included studies on guilt proneness and alcohol use

| Authors | Date | Title | Aims | Sample | Design | Measures | Main results for guilt and alcohol use |
|--|-------------|---|---|---|-----------------|---|--|
| O'Connor, Berry, Inaba, Weiss, and Morrison | 1994 | Shame, guilt, and depression in men and women in recovery from addiction | To examine the difference in proneness to shame and depression between men and women in recovery from drug addiction | <i>n</i> = 130 in treatment for substance use disorder (<i>n</i> = 90 in Narcotics Anonymous, <i>n</i> = 40 in recovery at a residential program) Among them, <i>n</i> = 21 were alcohol abusers (32% women) | Cross-sectional | Biographical information questionnaire (O'Connor et al., 1992) Test of Self-Conscious Affect (TOSCA) (Tangney et al., 1992) Beck Depression Inventory (BDI) (Beck, 1972) | Guilt did not differ significantly between men and women in the sample (<i>M</i> _{men} = 53.40 <i>SD</i> = 8.39 vs. <i>M</i> _{women} = 66.21 <i>SD</i> = 9.96, <i>t</i> = 1.49, <i>p</i> > .05), whereas shame did (<i>M</i> = 38.28 <i>SD</i> = 9.01 vs. <i>M</i> = 44.42 <i>SD</i> = 10.23, <i>t</i> = -3.10, <i>p</i> < .01). Compared to a non-addicted person, drug-addicted subjects (men and women separately) scored significantly lower on proneness to guilt (for women: <i>M</i> _{abuser} = 56.21 and <i>M</i> _{non-abuser} = 61.05 for non-abusers, <i>t</i> (32) = -2.79, <i>p</i> < .01; for men: <i>M</i> _{abuser} = 53.40 <i>M</i> _{non-abuser} = 57.00, <i>t</i> (67) = -3.54, <i>p</i> < .01), and scores were significantly higher for proneness to shame and externalization. |
| Dearing, Stuewig, and Tangney | 2005 | On the importance of distinguishing shame from guilt: Relations to problematic alcohol and drug use | To clarify the relations between shame proneness and guilt proneness with addictive behaviors in three studies drawing from two different populations—college students and incarcerated inmates | Study 1 <i>n</i> = 235 college undergraduates (75% women) Study 2 <i>n</i> = 249 college undergraduates (82% women) Study 3 <i>n</i> = 332 pre- and post-trial inmates in a metropolitan area jail (10% women) | Cross-sectional | Studies 1 and 2: Alcohol dependence (Scale B; 46 items) and drug dependence (Scale T; 58 items) scales of the Millon Clinical Multiaxial Inventory-II (MCMI-II; Millon, 1987) TOSCA (Tangney et al., 1989) Study 3 Alcohol problem (12 items) and drug problem (12 items) scales from the Personality Assessment Inventory (PAI; Morey, 1991) Simpson and Knight's (1998) Texas Christian | Study 1: Participants' TOSCA mean scores were 3.84 (<i>SD</i> = .46) for guilt. Examining the bivariate correlations, guilt was negatively related to both alcohol (<i>r</i> = -.13, <i>p</i> < .05) and drug problems (<i>r</i> = .20, <i>p</i> < .001). Study 2: Participants' mean TOSCA scores were 4.05 (<i>SD</i> = .47) for guilt. As predicted, guilt proneness was negatively related to both alcohol (<i>r</i> = -.24, <i>p</i> < .001) and drug problems (<i>r</i> = -.19, <i>p</i> < .01) based on semi-partial correlations. Study 3: Participants' mean TOSCA scores were 4.21 (<i>SD</i> = .58) for guilt. Alcohol and drug problems measured with the PAI, as well as alcohol use, cocaine use, and cocaine dependence, each failed to correlate significantly with guilt proneness. |

| | | | | | | | |
|---|-------------|--|---|--|-----------------|--|---|
| | | | | | | University Correctional: Residential Treatment Form, Initial Assessment (TCU-CRTF) | |
| | | | | | | Three substance dependence scales were created to assess dependency on alcohol (17 items), marijuana (eight items), and cocaine (13 items) in the year prior to incarceration | |
| | | | | | | An additional index was created to assess polydrug use | |
| | | | | | | TOSCA-Socially Deviant Populations (TOSCA-SD; Hanson & Tangney, 1996) | |
| Östlund, Hensing, Jakobsson, Sundh, and Spak | 2007 | A cross-sectional study of personality traits in women previously treated or untreated for alcohol use disorders | To analyze the associations between treatment seeking for alcohol use disorder, personality traits, and psychiatric co-morbidity in women | Women with lifetime alcohol use disorder ($n = 217$) (100% women) Women without alcohol use disorder ($n = 1,122$) (100% women) | Cross-sectional | A 13-item questionnaire was developed for the screening of alcohol problems (Spak, & Hällström, 1996) The Karolinska Scales of Personality (KSP; Ortet et al., 2002°) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, third edition (DSM-III-R) Composite International Diagnostic Instrument-Substance Abuse Module (CIDI-SAM) (Spak & Hallstrom, 1996) | Among women with lifetime alcohol use disorder ($n = 217$), the treated women ($n = 42$) had significantly higher scores than the untreated women ($n = 175$) on the guilt subscale of the KSP ($M_{Untreated} = 51.4$ 95% CI [49.8,53.00], $M_{Treated} = 56.4$, 95% CI [53.2, 59.5], $p < .01$). The treated women with resolved alcohol use disorder ($n = 23$) scored significantly higher than the untreated women with resolved alcohol use disorder ($n = 100$) on guilt feelings ($M_{Untreated} = 50.6$ 95% CI [48.5, 52.7], $M_{Treated} = 57.5$ 95% CI [52.5, 62.5], $p < .05$). |

| | | | | | | | |
|---|-------------|---|---|---|-----------------|--|--|
| Ohannessian and Hesselbrock | 2009 | A finer examination of the role that negative affect plays in the relationship between paternal alcoholism and the onset of alcohol and marijuana use | To discover whether the four primary components of negative affect (sadness, fear, guilt, and hostility) are differentially related to the onset of substance use in adolescence, as well as whether the specific components of negative affect mediate the relationship between paternal alcoholism and the onset of substance use | The sample included adolescents and their biological fathers. At Time 1, the sample included 200 adolescents aged 15–19 (62% girls) and their fathers | Longitudinal | The Semi-Structured Assessment for the Genetics of Alcoholism (SSAGA; Bucholz et al., 1994) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fourth edition (DSM-IV; American Psychiatric Association, 1994) Positive and Negative Affect Schedule (PANAS; Watson, 1988) Alcohol use behavior was measured at both Time 1 and Time 2 in the larger RISK project (Houston et al., 2005) with created items | With correlation analyses, no link appeared between paternal alcoholism (or depression or drug dependence) and guilt. Moreover, no link appeared between a regular age at the onset of drinking and guilt. Within structural equation modeling analyses, although none of the paternal psychopathology variables were significantly related to youth guilt, guilt was significantly associated with the onset of marijuana use ($b = -.16, p < .05$) and regular drinking ($b = -.18, p < .05$). Relations did not differ according to gender. |
| Stuewig, Tangney, Mashek, Forkner, and Dearing | 2009 | The moral emotions, alcohol dependence, and HIV risk behavior in an incarcerated sample | To examine pre-incarceration HIV risk behavior in a sample of male inmates recently incarcerated at an urban adult detention center | $n = 368$ pre- and post-trial male inmates | Cross-sectional | Items were created for HIV status and risky needle use Risky sexual behavior was measured using three items from the TCU HIV/AIDS Risk (ARA; Simpson, 1997) Simpson and Knight's (1998) TCU-CRTF | Within a subsample of male inmates, guilt was not significantly related to symptoms of alcohol dependence ($r = -.09, p > .05$), but "shame-free" guilt (i.e., the guilt residual) was significantly negatively related to symptoms of alcohol dependence ($r = -.12, p < .05$). Consistent with bivariate correlations, the logistic regression showed that neither moral emotion nor alcohol dependence predicted recent IV drug use. In the regression model predicting the number of sexual partners from symptoms of alcohol dependence and the guilt residual, there was a significant main effect of guilt ($b = -0.142, p < .01$), but the main effect of alcohol dependence dropped below significance ($b = 0.090, p > .05$). |

| | | | | TOSCA-SD (Hanson & Tangney, 1996) | | | |
|--|-------------|---|--|--|-----------------|--|--|
| Scherer, Worthington, Hook, and Campana | 2011 | Forgiveness and the bottle: Promoting self-forgiveness in individuals who abuse alcohol | To evaluate the effectiveness of a self-forgiveness intervention on the variables of self-forgiveness, drinking refusal self-efficacy, guilt, and shame | Participants (randomized, $n = 176$; analyzed, $n = 79$) were recruited from an alcohol abuse treatment program (15% women) | Longitudinal | Self-Forgiving Feeling and Action (SFFA; Wohl et al., 2008) Drinking Refusal Self-Efficacy Questionnaire-Revised (DRSEQ-R; Oei et al., 2005) Personal Feelings Questionnaire-2 (PFQ-2; Harder & Lewis, 1987) | Participants in the TAU condition had higher levels of guilt than did participants in the intervention condition ($p = .004$). For guilt, there was a significant interaction between condition and time: $b = -4.81$, $SE = 1.19$, $t(68.96) = 4.04$, $p < .001$. Participants in the intervention condition reported greater decreases in guilt over time than did participants in the usual treatment condition. For self-forgiveness, drinking refusal self-efficacy, and guilt, participants in the intervention condition reported no change from T2 to T3, indicating maintenance of treatment gains. |
| Treeby and Bruno | 2012 | Shame and guilt proneness: Divergent implications for problematic alcohol use and drinking to cope with anxiety and depression symptomatology | To replicate the seemingly divergent relationships between shame and guilt proneness with problematic alcohol use and extend the existing literature by exploring the unique correlates of shame and guilt proneness with self-reported reasons for drinking | 281 students (74% women) drawn from a variety of degree programs at the University of Tasmania, Australia | Cross-sectional | TOSCA-3 (Tangney et al., 2000) Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT; Saunders et al., 1993) Young Adult Alcohol Consequences Questionnaire (YAACQ; Read et al., 2006) Modified Drinking Motives Questionnaire-Revised (MDMQR: Grant et al., 2007) | The part correlation isolating shame residuals showed a negative link between guilt and AUDIT scores ($r = -.15$, $p < .05$), YAACQ ($r = -.18$, $p < .01$), alcohol problem severity ($r = -.17$, $p < .01$), coping anxiety, and enhancement factors of the modified drinking motives questionnaire (respectively, $r = -.13$, $p < .05$ and $r = -.18$, $p < .01$). |
| Dermody, Cheong, and Manuck | 2013 | An evaluation of the stress-negative affect model in explaining alcohol use: The role of components of negative affect and coping style | To evaluate the stress-negative affect model in explaining heavy alcohol use through a mediating model with different components of negative affect, stressors, and | Study 1: Data from the Adult Health and Behavior (AHAB) registry of people who reported any alcohol use in the past year (50% women) | Cross-sectional | Study 1 Life Events List (Cohen et al., 1991) PANAS (Watson et al., 1988) Center for Epidemiological Studies Depression Scale (CES-D; Radloff, 1977) | Study 1: The final multiple-group mediation model fit the data adequately: $\chi^2(282) = 531.21$, $p < .001$; RMSEA = 0.04; CFI = 0.94, in the high approach-low avoidant coping subgroup. Guilt and anger were significantly and negatively associated with alcohol use ($b = -1.53$, $SE = 0.78$, $p < .05$; $b = -1.59$, $SE = 0.78$, $p < .05$). Negative affect components collectively explained 4.3% of the variance in alcohol use. |

| | | | | | | | |
|--------------------------------|-------------|---|--|---|-----------------|---|--|
| | | alcohol use in adults and young samples | Participants were divided into two groups per the Coping Style Latent Profile Analysis | | | A brief interview that included questions assessing alcohol use. Two questions assessed the frequency of drunkenness and binge drinking | In the moderate approach–moderate avoidant coping subgroup, negative life events in the past 12 months were significantly and positively associated with sadness ($b = 0.03$, $SE = 0.01$, $p < .001$), guilt ($b = 0.04$, $SE = 0.02$, $p < .05$), and fear ($b = 0.06$, $SE = 0.02$, $p < .01$). Negative life events explained 2.9% of the variance in fear, 6.8% of guilt, and 1.1% of sadness. In turn, guilt, but not sadness and fear, was significantly and positively associated with alcohol use ($b = 0.99$, $SE = 0.43$, $p < .05$). |
| | | | High approach–low avoidant, $n = 778$ | | | Brief COPE (Carver, 1997) | |
| | | | Moderate approach–moderate avoidant, $n = 256$ | | | 240-item Revised NEO Personality Inventory (Costa & McCrae, 1992) | Study 2 In the high approach–low avoidant coping subgroup, negative life events in the past three months were positively associated with all components of negative affect: sadness ($b = 0.10$, $SE = 0.03$, $p < .001$), guilt ($b = 0.12$, $SE = 0.03$, $p < .001$), anger ($b = 0.08$, $SE = 0.03$, $p < .01$), and fear ($b = 0.14$, $SE = 0.03$, $p < .001$). |
| | | | Study 2: A total of 402 undergraduate college students (49% women) | | | Study 2 66-item Life Experiences Survey (LES; Sarason et al., 1978) | Negative life events explained 5.5% of the variance in sadness, 14.8% of fear, 6.4% of anger, and 10.4% of guilt. However, none of these negative affect components was significantly related to alcohol use, even if guilt was marginally associated with increased alcohol use ($b = 0.36$, $SE = 0.20$, $p < .10$). |
| | | | | | | 60-item PANAS-X (Watson & Clark, 1994) | Negative affect as a whole explained 3.2% of the variance in alcohol use. Mediation pathways were not supported. |
| | | | | | | Participants responded to alcohol use questions based on the Monitoring the Future study (Johnston et al., 2009) | |
| | | | | | | Brief COPE (Carver, 1997) | In the moderate approach–moderate avoidant coping subgroup, negative life events in the past three months were significantly and positively associated with sadness ($b = 0.10$, $SE = 0.03$, $p < .001$), guilt ($b = 0.12$, $SE = 0.03$, $p < .001$), and fear ($b = 0.14$, $SE = 0.03$, $p < .001$). Negative life events explained 8.0% of the variance in sadness, 10.1% of fear, and 10.6% of guilt. |
| | | | | | | 44-item Big Five Inventory (John et al., 1991) | |
| Hequembourg and Dearing | 2013 | Exploring shame, guilt, and risky substance use among sexual minority men and women | To examine interrelationships among shame proneness, guilt proneness, internalized heterosexism, and | Community sample of $n = 389$ ($n = 597$ gay men, $n = 87$ bisexual men, $n = 98$ lesbians, and $n = 107$ bisexual | Cross-sectional | TOSCA-3 (Tangney et al., 2000) AUDIT (Saunders et al., 1993) | There was a significant negative association between guilt proneness and alcohol severity scores ($r = -.144$, $p < .05$) (i.e., total AUDIT scores), with a semi-partial correlation controlling the residuals of shame. An ANCOVA was also conducted to examine between-group differences in guilt proneness while controlling for shame |

| | | | | | | | | |
|--|-------------|---|--|---|-----------------|---|---------------------------------------|--|
| | | | problematic substance use (including alcohol and illicit drug use), with a particular interest in whether shame proneness may serve as a risk factor for problematic substance use and whether guilt proneness may serve as a protective factor against developing such problems | women) (total of 53% of women) | | 31-item Homosexuality Inventory (Nungesser, 1983) | Nungesser Attitudes (Nungesser, 1983) | proneness. The results indicated that women reported significantly higher guilt proneness than men ($M_{men} = 3.71$ $SD = .61$ vs. $M_{women} = 3.95$ $SD = .61$, $F[1,387] = 10.32$, $p < .001$). AUDIT scores also differed according to gender, with a higher severity for men ($M = 11.63$ $SD = 7.37$ vs. $M = 10.20$ $SD = 6.84$, $F[1,371] = 20.36$, $p < .001$). Comparisons among the four sexual identity groups indicated an overall significant difference. |
| Rodriguez, Young, Neighbors, Campbell, and Lu | 2015 | Evaluating guilt and shame in an expressive writing alcohol intervention | To evaluate whether event-related guilt and shame would mediate the intervention of the expressive writing paradigm and alcohol use intentions in college student drinkers | $n = 265$ undergraduate students from the psychology subject pool (74% women) | Cross-sectional | Daily Drinking Questionnaire (DDQ; Collins et al., 1985) Quantity/Frequency/Peak Alcohol Use Index (QF; Dimeff et al., 1999) and created items TOSCA-3 (revised; Tangney et al., 2000) Readiness to Change Questionnaire (RTCQ; Heather et al., 1991; Rollnick et al., 1992) | | Compared with the controls, writing about a negative heavy drinking event was associated with higher levels of guilt (all p -values $< .001$). Additionally, writing about a positive heavy drinking event was associated with lower levels of guilt when compared to the neutral condition. When evaluating the effects of guilt and shame on readiness to change, only guilt-reparative behavior ($b = .18$, $p = .005$) was associated with readiness to change. Only the indirect effect of writing about a negative drinking event on readiness to change through guilt-reparative behavior was significant: 95% CI (.027, .200) |
| Stuewig, Tangney, Kendall, Folk, Meyer, and Dearing | 2015 | Children's proneness to shame and guilt predicts risky and illegal behaviors in young adulthood | To replicate and extend pre-existing findings by conducting a wider assessment of risky behaviors and assess the implications of shame and guilt prospectively | $n = 380$ children recruited from nine public elementary schools and their parents. The sample was initially studied in 1990 (Wave 1), when the youth were in the 5th | Longitudinal | Wave 1 Test of self-conscious affect for children (TOSCA-C; Tangney et al., 1990) Teacher form of the Child-Behavior Checklist (Achenbach & Edelbrock, 1986). | | Proneness to guilt at Wave 1 predicted opposite outcomes, suggesting a more protective role for guilt. Regression of, childhood guilt on ever drinking alcohol ($b = -.678$, $p < .05$), age at which drinking started ($b = 0.804$, $p < .01$), ever having driven under alcohol's influence ($b = -.766$, $p < .001$), and the number of times having driven under alcohol's influence ($b = -1.54$, $p < .001$) shows significant negative link. |

| | | | | | | | |
|---|-------------|---|--|--|-----------------|---|--|
| | | | | grade (ages 10–12) | | Wave 3 Assessment of Risky, Illegal, and Other Morally-Relevant Behaviors with created items | |
| | | | | Children were re-interviewed in the 7th/8th grade (Wave 2), and again after their 18th birthday ($M = 18.7$, range 18–21) (Wave 3) | | | |
| | | | | $n = 258$ after attrition (68% of the original sample, 59% women) | | | |
| Grynberg, Timary, Van Heuverswijn, and Maurage | 2017 | Prone to feel guilty: Self-evaluative emotions in alcohol dependence | To evaluate guilt and shame proneness among alcohol-dependent individuals | $n = 25$ inpatients (44% women) diagnosed with alcohol dependence recruited in a detoxification center (St. Luc Hospital, Belgium) | Cross-sectional | TOSCA-3 (Nugier et al., 2012; Tangney et al., 2000) PFQ-2 (Harder & Greenwald, 1990; Nugier et al., 2012) 21-item BDI (Beck, 1978) The State and Trait Anxiety Inventory (STAI-B; Spielberger et al., 1983) AUDIT (Saunders et al., 1993) | No influence of alcohol measures on guilt proneness ($p_s > .06$) was found. Compared to control individuals, alcohol-dependent individuals presented increased TOSCA-3 guilt proneness ($F[1,48] = 13.10$; $p = .001$; $\eta^2 = .22$). When adding the BDI and STAI-B as covariates in the ANCOVA analysis for PFQ-2 guilt proneness, with depression as a covariate for PFQ-2 shame proneness, the group effect was not significant for any measure (respectively, $F[1,32] = 1.72$; $p = .20$; $\eta^2 = .051$ and $F[1,47] = 0.06$; $p = .81$; $\eta^2 = .00$). |
| Patock-Peckham, Canning, and Leeman | 2018 | Shame is bad and guilt is good: An examination of the impaired control over drinking pathway to alcohol use | To explore the indirect links between shame and guilt and drinking outcomes through facets of impulsivity, and to identify how | $n = 419$ individuals who reported being drinkers of alcoholic beverages recruited from a | Cross-sectional | TOSCA (Tangney et al., 2000) UPPS Impulsive Behavioral Scale (Whiteside & Lynam, 2001) | Higher levels of guilt were indirectly linked to less impaired control over drinking (IC) through less negative urgency (NU) (mediated effect = $-.003$; 95% CI [$-.005, -.001$]). Higher levels of guilt were marginally indirectly linked to less IC through more perseverance (mediated effect = $-.003$; 90% CI [$-.006, -.0003$]). |

| | | | | | | | | |
|---|----------------------|---|---|--|---|--|--|---|
| | and related problems | behavioral control processes mediate the relationship between negative affect (i.e., shame and guilt) and drinking outcomes | large university (47% women) | | | Impaired control measure for alcohol use (quantity/frequency)—The quantity and frequency items were combined into a single q/f scale | Higher levels of guilt were indirectly linked to less alcohol use through increased premeditation (mediated effect = $-.004$; 99% CI [$-.008, -.001$]). Moreover, higher levels of guilt were indirectly linked to less alcohol use through less IC (mediated effect = $-.009$; 99% CI [$-.015, -.004$]). | |
| | | | | | | Alcohol-related problems—These 11 items were from the Problems with Alcohol Use Measure (Rhea et al., 1993) | Higher levels of guilt were indirectly linked to fewer alcohol problems through less NU (mediated effect = $-.002$; 95% CI [$-.004, -.001$]). In addition, increased levels of guilt were indirectly linked to fewer alcohol problems through less IC (mediated effect = $-.008$; 99% CI [$-.014, -.004$]). | |
| | | | | | | | Higher levels of guilt were indirectly linked to less alcohol use through less NU and less IC (mediated effect = $-.001$; 90% CI [$-.002, -.0004$]). | |
| | | | | | | | Higher levels of guilt were indirectly linked to fewer alcohol problems through less NU and less IC (mediated effect = $-.001$; 90% CI [$-.002, -.0004$]). Higher levels of guilt were marginally indirectly linked to fewer alcohol problems through more perseverance and less IC (mediated effect = $-.001$; 90% CI [$-.002, -.0001$]). | |
| Treeby, Rice, Cocker, Peacock, and Bruno | 2018 | Guilt proneness is associated with the use of protective behavioral strategies during episodes of alcohol use | To extend the shame, guilt, and substance use literature by examining whether the two self-conscious affect styles are differentially related to the use of alcohol-related protective behavioral strategies during drinking episodes | 281 (74% women) individuals sampled from the local community and a variety of degree programs at the University of Tasmania, Australia | 1 | Cross-sectional | TOSCA-3 (Tangney et al., 2000) The Protective Behavioral Strategies Scale (PBSS: Martens et al., 2007) Alcohol consumption questions from the AUDIT-C (Bush et al., 1998) | Guilt was negatively associated with the quantity and frequency of alcohol use measured with the AUDIT-C ($r = -.12, p < .05$), but with a partial correlation controlling for shame residuals, the correlation was no longer significant. However, guilt was positively linked with protective behavioral strategies such as stopping/limiting ($r = .16, p < .01$), the manner of drinking ($r = .23, p < .01$), serious harm reduction ($r = .20, p < .01$), and overall protective behavioral strategies ($r = .24, p < .01$). |
| Treeby, Wilson, and Prado | 2020 | Measuring alcohol use-related shame and guilt: Development and validation of | To develop and conduct an initial psychometric validation of the Perceptions of Drinking Scale | Sample comprised 293 (73% women), and sample comprised $n =$ | 1 | Cross-sectional | PODS (Treeby et al., 2020) AUDIT (Saunders et al., 1993) YAACQ (Read et al., 2006) | Independently of the results linked to the validation of the scale, results of interest regarding guilt and alcohol were presented. Moderate- to large-magnitude positive relationships were found between shame-free alcohol use-related guilt and the |

| | | | | | | | |
|---|-------------|--|--|--|--------------|--|---|
| | | the perceptions of drinking scale* | (PODS), a self-report measure of alcohol use-related shame and guilt | 429 (72% women), who were individuals drawn from the local community and from a variety of degree programs at the University of Tasmania | | RTCQ (Heather et al., 1991; Rollnick et al., 1992) Readiness to Change Ruler (LaBrie et al., 2005) | <p>quantity and frequency of alcohol use ($r = .39, p < .01$, and $r = .40, p < .01$) dependence indicators ($r = .40, p < .01$ for both samples), the experience of adverse consequences ($r = .52, p < .01$, and $r = .48, p < .01$), and total scores on the AUDIT ($r = .54, p < .01$, and $r = .53, p < .01$).</p> <p>Guilt increased proportionally with risk categories for both samples. Sample 1: <i>MLow risk</i> = 9.27 <i>SD</i> = 3.98; <i>MHazardous</i> = 13.52 <i>SD</i> = 4.37; <i>MHarmful</i> = 16.92 <i>SD</i> = 4.54; <i>MHigh risk</i> = 17.08 <i>SD</i> = 4.03. $F(3, 289) = 7.30, p < .001$. Sample 2: <i>MLow risk</i> = 9.03 <i>SD</i> = 4.04; <i>MHazardous</i> = 13.01 <i>SD</i> = 4.34; <i>MHarmful</i> = 16.00 <i>SD</i> = 3.31; <i>MHigh risk</i> = 17.25 <i>SD</i> = 3.27. $F(3423) = 24.76, p < .001$.</p> <p>Shame-free alcohol use-related guilt was significantly and positively related with total YAACQ ($r = .65, p < .01$, and $r = .64, p < .01$) and all YAACQ subscales, with good magnitude and $p < .01$ across Samples 1 and 2 for the social-interpersonal subscale ($r = .64$ and $r = .63$), impaired control ($r = .32$ and $r = .42$), negative self-perception ($r = .37$ and $r = .36$), self-care neglect ($r = .40$ and $r = .31$), risk behavior ($r = .56$ and $r = .50$), academic/occupational level ($r = .33$ for both samples), physical dependence ($r = .25$ and $r = .28$), and blackout drinking ($r = .56$ and $r = .55$).</p> <p>Shame-free guilt also appeared to be linked with readiness to change in Sample 2 ($r = .40, p < .01$). Specifically, guilt was negatively linked with precontemplation ($r = -.32, p < .01$) and positively linked with contemplation ($r = .51, p < .01$) and action ($r = .38, p < .01$).</p> |
| Batchelder, Glynn, Moskowitz, Neilands, Dilworth, Rodriguez, Carrico | 2022 | The shame spiral of addiction: Negative self-conscious emotion and substance use | To examine longitudinally the bidirectional associations of shame and guilt separately with substance use, among a sample of sexual minority men living with HIV and test the moderation | $n = 110$ sexual minority men living with HIV | Longitudinal | Number of alcohol use intoxication days in the past 30 days Differential Emotions Scale-IV (Ankande, 2002) Differential Emotions Scale revised for positive emotions | <p>Cross-sectional positive association: Initial guilt-proneness level was positively associated with alcohol use to intoxication level ($b = 0.47, B = 0.29, SE = 0.14, p < .0001$).</p> <p>Longitudinal negative association across 15 months: When guilt increase, alcohol use to intoxication decreased and vice-versa ($b = -0.51, B = -0.99, SE = 0.03, p < .0001$).</p> |

effect of positive
emotions.

The Center for
Epidemiologic Studies
Depression 20-item Scale
(CES-D; Radloff, 1977)

Table 3. Included studies on state guilt and alcohol use, mixed state and trait guilt studies, and interpersonal guilt studies

| Authors | Date | Title | Aims | Sample | Design | Measures | Main results about guilt and alcohol use |
|---|------|--|---|--|-------------------------|---|--|
| Hussong, Hicks, Levy, and Curran | 2001 | Specifying the relations between affect and heavy alcohol use among young adults | To specify the relation between affect and alcohol use | Friends' dyads were recruited on campus via advertisements for same-sex friends aged 18–20 years, $n = 74$ (57% women) | Short-term longitudinal | <p>Network of Relationships Inventory (NRI: Furman & Buhrmester, 1985)</p> <p>Peer Conflict Scale (Hussong, 2000)</p> <p>Observational task adapted from Cutrona and Suh's (1994) protocol</p> <p>Stress Checklist (Kohn et al., 1990)</p> <p>Experience sampling done over 28 days to measure affect, which was collected three times a day, and alcohol use was collected once daily</p> <p>59 items of the PANAS—expanded (Watson & Clark, 1990; Clark & Watson, 1991)</p> | <p>There were no gender differences in negative affect (including guilt) $b = -.05, t = -0.52$.</p> <p>Greater drinking during the weekend predicted greater weekday negative affect ($b = .13, t = 2.07$), whereas greater weekday drinking was not related to negative affect ($b = .04, t = 0.91$).</p> <p>Moreover, negative affect was unrelated to subsequent drinking among the sample ($b = .08, t = 1.87$ for weekend drinking and $b = .09, t = 0.94$ for weekday drinking).</p> <p>For precise results about guilt: Weekday drinking predicted greater weekday guilt ($b = .13, t = 2.00$), but the reverse was not significantly true. Then, neither weekend drinking nor weekday drinking predicted subsequent guilt.</p> |
| Quiles, Kinnunen, and Bybee | 2002 | Aspects of guilt and self-reported substance use in adolescence | To explore whether greater scores on measures assessing different aspects of guilt are related to undergraduates' self-reports of substance use during adolescence and the link between | $n = 230$ (54% women) undergraduates from a psychology course in an urban university | Cross-sectional | <p>TOSCA (Tangney et al., 1989)</p> <p>Mosher Forced-Choice Guilt Inventory (MFCGI) (Mosher, 1966)</p> <p>Guilt Inventory (GI) (Kugler & Jones, 1992)</p> <p>Personal Feelings Questionnaire-2 (PFQ-2; Harder & Greenwald, 1999)</p> | <p>There was no overall gender effect, $F(3,226) = .89, p = .45$, in substance use status and the standards guilt, situational guilt, and chronic guilt scores.</p> <p>The guilt measures (standards guilt, situational guilt, chronic guilt) \times gender MANOVA did yield a significant effect of gender, $F(3,225) = 4.24, p = .006$.</p> <p>The follow-up ANOVAs indicated that women scored significantly higher on situational guilt than did men ($M_{women} = 102.6 SD = 13.5$ vs. $M_{men} = 95.8 SD = 16.4$), $F(1,228) = 12.07, p = .0006$. No significant gender differences were found in the standards guilt or chronic guilt scores, $F(1,228) = .52$ and 1.66, respectively ($ps > .10$).</p> |

| | | | | | | | |
|---|------|--|---|--|------------------------------|--|---|
| | | | higher levels of chronic, unresolved guilt and greater reported substance use | | | Substance use items were interspersed within a larger set of risky behaviors (e.g., vandalism, fighting, unprotected sex) created for the study | Correlation analysis controlling for gender showed a link between standards guilt and alcohol use ($r = -.38, p < .01$) and situational guilt ($r = -.27, p < .01$), but no significant correlation was found between chronic guilt and alcohol use. The frequency of use (used sometimes to very often vs. used never or rarely) showed significant differences in standards guilt ($M = 97.7, SD = 11.8$ for use sometimes to very often vs. $M = 107.2, SD = 11.7$ for use never or rarely, $F[1,229] = 25.28, p < .01$) and situational guilt ($M = 98.0, SD = 15.3$ for use sometimes to very often vs. $M = 104.9, SD = 14.0$ for use never or rarely, $F[1,228] = 6.97, p < .01$) but not for chronic guilt. |
| Muraven, Collins, Morsheimer, Shiffman, and Paty | 2005 | The morning after: Limit violations and the self-regulation of alcohol consumption | To test both the main effects of the relationship between violating a limit and self-regulating alcohol intake and the moderating effects of individual differences | Study 1: $n = 106$ underage (aged 18–20 years, 54% women) social drinkers Study 2: community sample, $n = 38$ adult social drinkers (aged 21–45 years, 47% women) | Longitudinal intensive (EMA) | Study 1 General information questionnaire The Temptation and Restraint Inventory (TRI; Collins & Lapp, 1992) EMA measures of the number of drinks, violated limits, moods, intentions to drink, negative effects associated with drinking, and distress related to alcohol consumption (feeling guilty or bad) Study 2 Electronic diary items were mostly the same as in Study 1, with several notable differences (no evening assessment, ratings using a four-point [instead of 11-point] Likert scale, only one question to assess distress over a limit violation, rating the likelihood of drinking in the future on a four-point scale without the gating question used in Study 1, etc.) | Study 1 Violation of personal drinking limits during a drinking episode led to more distress over alcohol use the following morning ($b = 1.28, SE = 0.125$), $t(98) = 10.2, p = .001$. The more participants drank the night before, the more guilt they felt about how much they had consumed ($b = 0.651, SE = 0.0405$), $t(98) = 16.1, p = .0001$, and hangover symptoms were also related to feelings of distress ($b = 0.643, SE = 0.0282$), $t(98) = 22.8, p = .0001$. Gender also moderated the relationship between feeling bad about the amount consumed the previous day and the amount consumed that day ($b = 0.149, SE = 0.0736$), $t(98) = 2.02, p < .05$. Men were more sensitive to the effects of limit violation than women, and they responded to distress by drinking more than women did. The Goodman test of mediation confirmed that distress over drinking was a significant mediator of the relationship between limit violation and subsequent drinking (Goodman test = 3.00, $p = .005$; Baron & Kenny, 1986; Kenny et al., 1998). Study 2 As in Study 1, there was a significant relationship between violating a drinking limit and feelings of guilt during the morning assessment ($b = 0.960, SE = 0.041$), $t(32) = 23.6, p < .001$, after controlling for the day of the week. Consistent with the results found in Study 1 and consistent with the LVE model, guilt negatively influenced the self-regulation of alcohol intake. |

| | | | | | | | |
|---|------|--|---|---|--|---|--|
| Olivares-Faúndez, Gil-Monte, and Figueiredo-Ferraz | 2014 | The mediating role of feelings of guilt in the relationship between burnout and the consumption of tobacco and alcohol | To investigate the mediating role of feelings of guilt in the relationship between burnout and tobacco and alcohol use according to the Gil-Monte (2005) model of burnout | <i>n</i> = 260 (35% women) administrative and customer service workers in a mining company in Chile | Cross-sectional | Role conflict and role clarity were measured with the UNIPISCO subscales (Figueiredo-Ferraz et al., 2012) Spanish Burnout Inventory (SBI) (Gil-Monte, 2011; Gil-Monte & Figueiredo-Ferraz, 2013) Alcohol and tobacco use were evaluated using one created item | Indolence showed a significant and direct relationship in the expected direction with guilt ($b = .43, p < .05$). Guilt showed a statistically significant relationship with alcohol use ($b = .20, p < .05$). The relationship between indolence and alcohol use was fully mediated by feelings of guilt because the direct effect was not significant ($b = .11, p > .05$). |
| Giguère, Lalonde, and Taylor | 2014 | Drinking too much and feeling bad about it? How group identification moderates experiences of guilt and shame following norm transgression | To examine how the degree of identification with a group impacts the experience of guilt and shame following group norm transgression | Study 1: <i>n</i> = 110 (57% women) non-abstaining university students Study 2: <i>n</i> = 102 (51% women) non-abstaining university students Study 3: <i>n</i> = 84 (84% women) non-abstaining university students Study 4: <i>n</i> = 152 (55% women) non-abstaining university students | Cross-sectional for Studies 1, 2, and 3 and longitudinal for Study 4 | Study 1 Items using the Cameron (2004) measure of identification Items adapted from the State Self-Conscious Emotion Scale (Marschall et al., 1994) An item adapted from Midanick's (1994) amount of alcohol typically consumed Study 2: The same measures as in Study 1 Study 3: The same measures as in Study 1, with counterfactual thoughts about their alcohol use based on vignettes Study 4: The same measures as in Study 1, with alcohol use at Time 3. Two items adapted from Midanick (1994) were used to assess alcohol use at Time 3 | Study 1 When controlling for shame following norm transgression, more intense feelings of guilt were observed when individuals were strongly identified as group members, compared with when they did not strongly identify as members, $b = .53, p < .001$. Identification did not moderate the experience of guilt and shame in situations in which alcohol use occurred but was congruent with group norms and when alcohol use was restrained ($p > .10$). Study 2 A significant repeated-measures ANOVA, $F(2, 202) = 24.32, p < .001$, suggested that university students and their peers were perceived as a more relevant reference group for alcohol use ($M = 5.74$) compared with students from another university ($M = 3.71$) and family members ($M = 3.50$). As in Study 1, controlling for shame following norm transgression, more intense feelings of guilt were observed for strongly identified individuals, compared with weakly identified individuals, $b = .54, p < .001$. Identification did not moderate the experience of guilt and shame in situations in which alcohol use occurred but was congruent with group norms and when use was restrained ($p > .10$). Study 3 When individuals strongly identified, norm transgression led to more intense feelings of guilt compared with when individuals weakly identified, $b = .55, p = .003$, while controlling for shame. The mixed-linear model revealed the main effects of the condition, $F(2, 78) = 48.25, p < .001$, and emotion type, $F(1, 78) = 8.63, p = .004$, while the main effect of identification was not significant, $F(1, 78) = 0.50, p = .481$. A |

| | | | | | | | |
|---|--------------------|--|--|--|------------------------|---|---|
| | | | | | | | <p>significant two-way interaction was noted for emotion type \times identification, $F(1, 78) = 4.04, p = .048$. The condition \times emotion type and the condition \times identification interactions were not significant, respectively, $F(2, 78) = 1.07, p = .348$; $F(2, 78) = 0.19, p = .831$. All of these effects were qualified using a three-way interaction between condition, emotion type, and identification, $F(2, 78) = 12.23, p < .001$.</p> <p>Study 4</p> <p>Using path analyses controlling for shame, at high degrees of transgression of the perceived norm, strongly identified individuals experienced more intense feelings of guilt compared with weakly identified individuals, $b = .39, p < .001$. No difference in the experience of guilt was observed between strongly and weakly identified individuals at low degrees of norm transgression, $b = .06, p > .10$.</p> <p>The interactions between guilt and shame with transgression were not significantly related to Time 3 alcohol use.</p> <p>The mediation test with the Sobel technique suggested that at higher degrees of norm transgression (i.e., +1 SD), the negative relationship between identification and Time 3 alcohol use was mediated by guilt, $z = -2.68, p = .007$. At lower degrees of transgression (i.e., -1 SD), however, the relationship between identification and alcohol use was not significant, and accordingly, guilt was not observed to be a significant mediator, $z = 1.45, p = .147$.</p> |
| <p>Locke, Shilkret, Everett, and Petry</p> | <p>2015</p> | <p>Interpersonal guilt and substance use in college students</p> | <p>To examine the relationship between the use of different substances and interpersonal guilt in college students</p> | <p>$n = 1,865$ 18–25-year-old undergraduates at one of three college/university campuses in two northeastern states (51% women)</p> | <p>Cross-sectional</p> | <p>The Interpersonal Guilt Questionnaire-67 (IGQ-67; O'Connor et al., 1997)</p> <p>Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT; Saunders et al., 1993)</p> <p>Three created items assessed current cigarette use, cannabis use, and "other" illicit drug use</p> | <p>Of the 1865 participants who completed the questionnaire, 48.8% were classified as risky drinkers.</p> <p>In the sequential linear regression analysis, Block 1 variables (age, gender, campus, and racial identity) were significantly associated with total guilt, $F(8, 1848) = 9.37, p < .001$. The female gender ($b = -.16, R^2 = .024$), Campus B ($b = .05, R^2 = .003$), and race/ethnicity (non-Caucasian [$b = -.14, R^2 = .003$], non-African American [$b = -.13, R^2 = .004$], and non-Latino [$b = -.09, R^2 = .002$]) were all associated with total guilt.</p> <p>After controlling for the above variables, the substance use variables, added in Block 2, significantly improved the model and increased the proportion of the variance explained in total guilt scores, $F(4, 1844) = 3.92, p < .01$, and the model as a whole was significant, $F(12, 1844) = 7.59, p < .001$. Risky drinking ($b = .05, t = 2;05, p = .04, R^2 = .002$), regular cannabis use, and daily smoking were each independently associated with increased total guilt (after controlling for other variables).</p> |

| | | | | | | | |
|---|------|--|---|--|--|---|--|
| | | | | | | | While controlling for the other variables in subsequent regression models, risky drinking was significantly associated with separation guilt ($b = .05, p = .04, R^2 = .002$) and self-hate guilt ($b = .08, p \leq .01, R^2 = .005$) but not significantly with omnipotent responsibility guilt ($b = .05, p = .06, R^2 = .002$) and survivor guilt ($b = -.02, p = .54, R^2 \leq .001$). |
| Rodriguez, Young, Neighbors, Tou, and Lu | 2016 | Cultural differences and shame in an expressive writing alcohol intervention | To better understand the roles of shame and culture in an expressive writing alcohol intervention | $n = 265$ (74% women) Asian (33.2%) or Caucasian (66.8%) undergraduate students recruited from the psychology subject pool | | DDQ (Collins et al., 1985) TOSCA-3 revised (Tangney et al., 2000) PANAS (Watson et al., 1988) 33-item Marlowe-Crowne Social Desirability Questionnaire (Crowne & Marlowe, 1960) An item assessing intention to drink through the total number of drinks intended to consume over a typical week in the next month | No differences were found between sub-samples for all variables. No significant link was found between baseline drinking behavior and guilt. |
| Luoma, Guinther, Potter, and Cheslock | 2017 | Experience-based versus scenario-based assessments of shame and guilt and their relationship to alcohol consumption and problems | To examine the relative utility of three commonly used measures of shame and guilt in predicting drinking-related behaviors in a community sample of drinkers using the Internalized Shame Scale (ISS) measure of experienced shame, the SSGS measure of experienced shame and guilt, and the TOSCA | $n = 89$ adults recruited online (64% women) Cross-sectional | | ISS (Cook, 1987) SSGS (Marschall et al., 1994) TOSCA-3 (Tangney et al., 1989) The Time Line Follow Back (TLFB; Sobell & Sobell, 1992) The AUDIT (Saunders et al., 1993) | Among correlational analyses between shame and guilt, all TLFB alcohol measures were not significant. Only ISS scores were positively and significantly correlated with the number of binges ($r = .24, p < .05$). Otherwise, levels of alcohol-related problems measured with the AUDIT were significantly related to all measures of shame and guilt ($r = .46, p < .01$ for the ISS; $r = .34, p < .01$ for the SSGS-S; $r = .34, p < .01$ for the TOSCA GFS; $r = .28, p < .01$ for the SSGS-G; $r = -.23, p < .05$ for the TOSCA SFG; $r = .26, p < .01$ for TLFB days; $r = .64, p < .01$ for TLFB drinks, and $r = .74, p < .01$ for TLFB binges). (i.e., the SSGS had <i>g</i> and <i>s</i> subscales for each, the TOSCA has the subscales of guilt-free shame and shame-free guilt, and the TLFB was time line measured during the last 30 days.) Notably, zero-order correlations between shame measures and state guilt were all positive, whereas the correlation between guilt proneness and state guilt was negative. In the regression models, TLFB days and drinks were not significantly predicted in the overall models at either step; the addition of guilt |

| | | | | | | | |
|---|------|--|---|---|-----------------|---|---|
| | | | measure of shame and guilt proneness | | | | variables in the second step did not improve prediction, and no variable emerged as a unique predictor. |
| | | | | | | | None of the shame or guilt variables, either alone or in combination, were related to days of drinking or number of drinks over the last 30 days. In contrast, when shame and guilt measures were entered into a regression predicting problematic drinking, the variance accounted for was much larger ($R^2 = .21$). |
| Braun, Weinland, Kornhuber, and Lenz | 2018 | Religiosity, guilt, altruism, and forgiveness in alcohol dependence: Results of a cross-sectional and prospective cohort study | To compare alcohol-dependent patients and healthy controls in a study of religiosity and related psychological traits of guilt, altruism, and forgiveness. Then, to investigate the parameters' potential in predicting alcohol-related hospital readmission following in-patient withdrawal treatment for alcoholism | $n = 166$ (44,6% women) patients with alcohol use disorder and $n = 240$ (45% women) healthy control subjects | Longitudinal | Centrality of Religiosity Scale (CRS; Huber & Huber, 2012) Multidimensional Inventory for Religious/Spiritual Well-Being (MIRSB: Unterrainer et al., 2010; MIRSB-E: Unterrainer et al., 2012) Interpersonal Guilt Questionnaire (IGQ; O'Connor et al., 1997; German short version: Albani et al., 2002a, 2002b) Altruism (acting for the welfare of others) as a component of the life goals questionnaire GOALS (Pöhlmann & Brunstein, 1997; Pöhlmann et al., 2010) | Compared with the healthy sample, patients scored higher on the subscales of survivor guilt (18 [13–24] vs. 11 [8–15], $U = 8.659$, $p < 0.001$), separation guilt (17 [12–22] vs. 14 [11–17], $U = 12.773$, $p < 0.001$), organized guilt (27 [23–30] vs. 24 [20–28], $U = 12.883$, $p < 0.001$), and the guilt sum score (61 [52–71] vs. 50 [43–58], $U = 9.488$, $p < 0.001$). Moreover, in the male sample, every guilt subscale was significantly different between the healthy sample and clinical sample in terms of survivor guilt (18 [14–24] vs. 11 [8–16], $U = 2.53$, $p < .001$), separation guilt (19 [13–22] vs. 15 [12–18], $U = 3.83$, $p < .001$), organized guilt (27 [23–29] vs. 23 [19–26], $U = 3,744$, $p < .001$), and the guilt sum score (62 [54–7] vs. 49 [43–58], $U = 2.709$, $p < .001$). Contrarily, for the female subsample, differences appeared between patients and controls in terms of survival guilt (18 [12–23] vs. 12 [8–15], $U = 1.838$, $p < .001$) and the sum score of the IGQ (18 [12–23] vs. 12 [8–15], $U = 1.838$, $p < .001$). The link was tendentious for separation guilt (5 [11–21] vs. 13 [10–17], $U = 2.588$, $p = 0.005$) and organized guilt (28 [23–32] vs. 25 [22–30], $U = 2.644$, $p = .009$). After analyzing whether guilt predicted alcohol-related readmission following in-patient alcohol withdrawal treatment (alcohol-related-readmission for patients), no significant results appeared for either the male or female subgroup. |
| Tran, Lipinski, Peter, Dodson, Majeed, Rimsha-Savage, and Beck | 2019 | The association between post-traumatic negative self-conscious cognitions and emotions and | To examine post-traumatic negative self-conscious cognitions and emotions and their association with maladaptive behaviors, | $n = 212$ women who had experienced potential intimate partner violence and sought psychological assessment at a university-based research clinic | Cross-sectional | Trauma-Related Guilt Inventory (TRGI; Kubany et al., 1996) ISS (Cook, 1994, 2001) Post-traumatic Cognitions Inventory (PTCI; Foa et al., 1999) | The sample was divided into two groups: the early post-trauma phase (EPP) and the chronic post-trauma phase (CPP). Significant associations were observed between negative self-conscious cognitions and emotions and dissociation, EPP group: $b = 0.01$, $p < .001$ and CPP group: $b = 0.01$, $p < .001$; alcohol use, EPP group: $b = 0.01$, $p = .021$ and CPP group: $b = 0.01$, $p < .001$; and avoidant problem-solving, EPP group: $b = 0.18$, $p < .001$ and CPP group: $b = 0.18$, $p < .001$. |

| | | | | | | | |
|---|-------------|---|---|--|-----------------|--|--|
| | | maladaptive behaviors: Does time since trauma exposure matter? | focusing on dissociation, alcohol use, and avoidant problem-solving | | | Dissociative Experiences Scale (DES; Bernstein & Putnam, 1986) The AUDIT (Saunders et al., 1993) Social Problem-Solving Inventory—Revised (SPSI-R; D’Zurilla et al., 1996) The Life Events Checklist (LEC; Gray et al., 2004) | Groups did not significantly differ in terms of their mean values of guilt distress and guilt cognition, nor any of the variables in the model. The path model showed that self-conscious cognitions or emotions especially predicted guilt distress ($b = .47, p < .001$), guilt cognition ($b = .61, p < .001$), and alcohol use ($b = .31, p < .05$) for the EPP group. For the CPP group, self-conscious cognitions or emotions also notably predicted guilt distress ($b = .68, p < .001$), guilt cognition ($b = .59, p < .001$), and alcohol use ($b = .30, p < .001$). |
| Capone, Tripp, Trim, Davis, Haller, and Norman | 2020 | Comparing Exposure- and Coping Skills–Based Treatments on Trauma-Related Guilt in Veterans with Co-Occurring Alcohol Use and Posttraumatic Stress Disorders | To examine the effects of two integrated treatments for co-occurring post-traumatic stress disorder and substance use disorder on trauma-related guilt in a sample of dually diagnosed military veterans. | $n = 119$ (10,1% women) military veterans with comorbid post-traumatic stress disorder and alcohol use disorder Group 1 (Concurrent Treatment of PTSD and Substance Use Disorders Using Prolonged Exposure) $n = 63$ Group 2 (integrated approach focuses on improving coping skills: Seeking Safety) $n = 55$ | Longitudinal | Trauma-Related Guilt Inventory (TRGI; Kubany et al., 1996) Clinician-Administered PTSD Scale for DSM-5 (CAPS-5; Weathers et al., 2013) Timeline Follow-Back (TLFB; Sobell & Sobell, 1992) | Guilt was not associated with any of the substance use variables, $r_s = -.01-.09, p_s = .289-.942$. |
| Herbert, Malaktaris, Lyons, Norman | 2020 | Trauma-related guilt and pain among | To examine the association among trauma-related guilt | $n = 140$ (10% women) U.S. military veterans with diagnosis of post-traumatic | Cross-sectional | Trauma-Related Guilt Inventory (TRGI; Kubany et al., 1996) Structured | Alcohol use severity was unrelated to pain variables but was related to thoughts of trauma-related guilt. Bivariate correlation between alcohol use severity and global guilt scale was $r = .27, p < .05$, between alcohol use severity and guilt distress scale $r = .20, p < .05$, between alcohol use severity and guilt cognitions scale $r = .34, p < .05$. |

| | | | | | | | | | |
|--|-------------|---|--|--|-----------------|--|---|--|--|
| | | veterans with PTSD | and severity, disability, and fear of pain in veterans with post-traumatic stress disorder and alcohol use disorder | pain and alcohol use disorder | stress disorder | | Clinical Interview for DSM-IV Axis 1 Disorders (SCID-IV; First et al., 2002) | | |
| | | | | | | | Short-Form Health Survey (SF-36; Ware & Sherbourn, 1992) | | |
| | | | | | | | Pain Disability Questionnaire (PDQ; Anagnostis et al., 2004) | | |
| | | | | | | | Pain Anxiety Symptoms Scale-Short Form (PASS; McCracken and Dhingra, 2002) | | |
| | | | | | | | Clinician-Administered PTSD Scale for DSM-5 (CAPS-5; Weathers et al., 2013) | | |
| Kachadourian, Lyons, Davis, Haller and Norman | 2021 | Trauma-related guilt and posttraumatic stress disorder symptoms in military veterans: The role of psychological inflexibility | To examine whether psychological inflexibility mediated the association between the three different facets of traumatic guilt and symptoms of PTSD in a sample of military veterans. | <i>n</i> = 85 (10,4% women) seeking veterans with diagnosis of post-traumatic stress disorder and alcohol use disorder | Cross-sectional | | Trauma-Related Guilt Inventory (TRGI; Kubany et al., 1996) | | Heavy drinking days was not associated with any of the guilt subscale (global guilt, guilt distress and guilt cognitions), <i>r</i> = .045-.212, <i>ns</i> . |
| | | | | | | | Clinician-Administered PTSD Scale for DSM-5 (CAPS-5; Weathers et al., 2013) | | |
| | | | | | | | The Acceptance and Action Questionnaire (AAQ-II, Bond et al., 2011) | | |
| | | | | | | | Timeline Follow-Back (TLFB; Sobell & Sobell, 1992) | | |
| Authors | Date | Title | Aims | Sample | Design | Measures | Main results for guilt and alcohol use | | |
| Bilevicius, Clark, Johnson, Keough | 2020 | Ashamed and Alone—Risk Factors for Alcohol | Experimental examination of the mediation effect of guilt on | <i>n</i> = 80 emerging adult | Experimental | The Center for Epidemiologic Studies Depression 20-item Scale (CES-D; Radloff, 1977) | Correlation between baseline guilt and baseline alcohol craving is not significant (<i>r</i> = .17, <i>ns</i>). | | |

| | | | | | | | |
|--|-------------|--|--|---|------------------------------|--|---|
| | | Craving Among Depressed Emerging Adults | the association between depression and in-lab alcohol craving. | | | The Alcohol Craving Questionnaire (ACQ; Singleton et al., 1995) A visual analogue scale to capture current emotions during the study. | Post-task guilt was not a significant mediator of the effect of depression on post-cue alcohol craving ($b = 0.0076$, 95% $CI = -.0035, .0213$). |
| Bilevicius, Kempe, Pankratz, Wardell, Johnson, Keough | 2021 | Shame's Associations with Depression and Problem Drinking: An Ecological Momentary Study | Intensive longitudinal study of the mediation effect of shame & guilt on the relationship of depression and problem drinking | $n = 184$ student in psychology with hazardous drinking | Intensive longitudinal (EMA) | The Center for Epidemiologic Studies Depression 20-item Scale (CES-D; Radloff, 1977) Brief young adult alcohol consequences questionnaire (B-YAACQ, Khaler et al., 2005) Ecological momentary assessments of alcohol use level and context and negative emotion (sad, shame, guilt, anger, and anxious). | A significant association between guilt-state and alcohol problems at the daily level ($b = 0.061$, $SE = 0.03$, $p = .039$) was found. Daily alcohol consumption predicted next-day guilt-state ($b = 0.094$, $SE = 0.03$, $p = .001$). A one unit increase in number of drinks was associated with a 0.094 point increase in guilt (equivalent to a change of 0.070 SDs). Alcohol problems on drinking days predicted next-day guilt-state ($b = 0.30$, $SE = 0.06$, $p < .001$). A one unit increase in alcohol problems was associated with a 0.30 point increase in guilt (equivalent to a change of 0.222 SDs). |

Annexe 13. Self-Stigma in Alcohol Use Disorder Involvement of Guilt and Shame in the Progressive Mode (Milan & Varescon, soumis)

Self-Stigma in Alcohol Use Disorder:

Involvement of Guilt and Shame in the Progressive Model

Léna Milan and Isabelle Varescon

Université de Paris, Laboratoire de Psychopathologie et Processus de Santé, F-92100
Boulogne Billancourt, France.

Article soumis le 08/03/2022 à la revue Stigma and Health

Version modifiée post-review soumise le 06/09/2022

Abstract

Self-stigma, defined as internalizing stereotypes is well documented among people suffering from mental illness, including people with alcohol use disorders. Progressive model of self-stigma state that alcohol users, internalized stigma through four successive steps: awareness, agree, application and harm. Simultaneously, people with alcohol use disorders are subject to shame and guilt. Even if any consensus appears, it seems that shame improves alcohol consumption whereas guilt acts as a protective factor. While a lot of studies occur during the last decades about self-stigma, few have investigated emotions' implications in self-stigma process. Moreover, no study has been conducted with alcohol users in France.

This quantitative study aims to explore the relations between self-stigma process, guilt, and shame in alcohol use disorder. One hundred and fourteen participants were recruited between in addiction care center near Paris, France. Participants responded through seven pre-existing self-report scale investigated alcohol dependence, drugs dependence, depression and anxiety symptoms, perceived stigma, self-stigma, guilt and shame.

Through hierarchical multiple regression, the implication of guilt and shame in the process of self-stigma were highlighted. While stigma internalization occurs in successive stages, according to theoretical model, shame seems to predict each stage. In contrast, guilt is not linked to any stage of self-stigma.

The results suggest a protective role of guilt towards alcohol consumption as well as the internalization of stigma. Moreover, the progress of research on the involvement of reflexive emotions in self-stigmatization makes it possible to think about a global and adapted therapeutic accompaniment for people with alcohol use disorders.

Keywords: Self-stigma, Alcohol Use Disorder, Reflexive Emotion, Guilt, Shame

Self-Stigma in Alcohol Use Disorder: Involvement of Guilt and Shame in the Progressive Model

Self-Stigma

Due to its being widespread, banalized, and anchored in daily life, alcohol use is the first substance consumed in France (Menecier, 2020). However, alcohol use disorder (AUD), which affects approximately 3.5 million people (World Health Organization, 2019), is less accepted and pathological users are highly stigmatized (Tovar et al., 2013). Compared to substance-unrelated mental disorders, AUD sufferers are generally less likely to be considered mentally ill, but are typically perceived as being responsible for their condition (Kilian et al., 2021). AUD is one of the most stigmatized conditions worldwide, and alcohol users are subjected to many labels, including irresponsible, unworthy, dirty, violent, and untruthful (Room et al., 2001; Pescosolido et al., 2010). These stereotypes could be internalized by AUD sufferers through a process called self-stigma. This includes endorsing stereotypes and viewing them as relevant, and anticipating social rejection (Corrigan et al., 2006). As studied by many authors, there appear to be numerous conditions related to self-stigma, including the presence of greater depressive and anxiety symptomatology (Burke et al., 2015), decreased quality of life (Sarkar et al., 2019), lower self-esteem (Park et al., 2019), and a weaker sense of self-efficacy (Bliuc et al., 2019).

As part of the self-stigma progressive model, Corrigan et al. (2011) and Watson et al. (2007) suggested that the internalization of stigmas occurs in several stages. First, individuals become aware of the mental illness stereotypes or stigmatized behavior (similar to perceived stigma). For example, "People think alcohol-dependent individuals are dangerous." This in turn leads to the acceptance of these stereotypes (*e.g.*, "Yes, it's true. Alcohol-dependent individuals are dangerous!"). This is followed by self-application (*e.g.*, "I am alcoholic, therefore I must be dangerous"). Finally, this results in negative consequences, such as reduced self-esteem (*e.g.*, "I am a lesser person because I am alcoholic and I am dangerous.") and sense of self-efficacy (*e.g.*, "I am less able to accomplish things because I am alcoholic and I am dangerous;" Corrigan et al., 2011). Self-stigma then produces the "why try" effect (*e.g.*, "Why try

to look for a job; someone like me is not worthy.” or “Why try to live independently, someone like me is not capable.”). This pattern is thought to be the behavioral consequence of self-stigma. It is marked by a sense of behavioral worthlessness, passivity, and resignation (Corrigan et al., 2009). While initially studied and validated in populations struggling with various severe mental illnesses (e.g., schizophrenia, bipolar disorder, major depressive episode), the self-stigma process (and its measures) has also been explored within those experiencing mental illness and co-occurring substance use disorders (Harnish et al., 2016), as well as for (mis)users of various psychoactive substances, including alcohol (e.g., Schomerus et al., 2011). The frequency with which dimensional measurement tools have been used in the literature has resulted in an abundance of epidemiological statistics of people with AUD who suffer from self-stigma. Nonetheless a recent systematic review shows that this internalization of stigma is highly common among people with substance use disorders. In this review, out of 39 articles included, 17 dealt with a sample of alcohol users and reported high rates of self-stigma (Milan & Varescon, 2021).

While several models have attempted to explain the self-stigma process, few have included an emotional component. However, according to Luoma (2008, p. 150), “self-stigma can be defined as shame, evaluative thoughts, and fear of enacted stigma that results from individuals’ identification with a stigmatized group that serves as a barrier to the pursuit of valued life goals.” Through a literature review, as well as an examination of three patients’ focus groups and two professional addiction treatment groups, Luoma et al. (2013) compiled a list of the most common stereotypes and grouped them into nine categories (of which shame was one). Moreover, in their final scale assessing self-stigma, two items were used to measure shame. Additionally, the emergence of qualitative studies examining self-stigma with vulnerable substance use populations has not only identified shame, but also guilt, which appears in the majority of studies as a primary theme (e.g., Zewdu et al., 2019). To the best of our knowledge, no model of self-stigma has included guilt. Moreover, no measurement tool has yet considered this emotional dimension.

Shame and Guilt

Within the literature, alcohol and substance use disorders have been positively correlated with shame and negatively correlated with guilt (Tangney & Dearing, 2002; Stuewig et al., 2015). It has been suggested that guilt's tendency to generate restorative and protective behaviors would lead to less successive alcohol use and fewer alcohol-related problems (Dearing et al., 2005). Meanwhile, shame's tendency to generate isolation and withdrawal may well aggravate alcohol consumption and its consequences (Luoma et al., 2019). Nevertheless, there appears to be no consensus on the relationship between guilt and alcohol, as various authors have suggested that guilt can worsen substance use (Grynberg et al., 2017), while others have found null associations (Dodge & Clarke, 2018). According to a recent systematic review, being prone to guilt is more of a protective factor for AUD sufferers, compared to guilt situational or reactionary guilt.

However, not enough studies have been conducted in clinical populations. To date, few studies have evaluated the implications of guilt and shame on self-stigma, and none have been conducted in a French socio-cultural context.

Aims of the Study

This study has several objectives. First, it aims to evaluate the relevance of the self-stigma model with a clinical sample of alcohol users in France using specialized translated tools. We expect to find successive linear stages of self-stigma, significantly different from each other and positively correlated. Second, we seek to assess the potential role of shame and guilt linked to alcohol use in the process of stigma internalization, while controlling for symptoms of depression and anxiety, self-esteem, and perceived stigma.

Method

Participants

In order to achieve these objectives, we recruited 114 patients receiving in- or out-patient treatment in an Addictology Department near Paris, France. To be included

in the study, participants had to be of legal age, have no cognitive disorders, no acute psychiatric disorders, not be in the first week of withdrawal, and not be intoxicated by any substance whatsoever during the study period.

Procedure

The participants were recruited between July 2020 and July 2021. After an initial consultation with health professionals to assess the inclusion criteria, the study was proposed to the patients. Due to COVID-19 restrictions, the questionnaires were administered in the patient's rooms. Although the questionnaires were self-reported, the study investigator was always present to answer questions, clarify misunderstandings, and support the participants. The entire protocol was approved by the research ethics committee {details masked for review}.

Measures

Socio-demographic information questionnaire. We created this 7-item questionnaire for the study, inspired by the French National Institute of Statistics and Economic Studies' (INSEE) own categories (*i.e.*, gender, age, marital status, educational level, place to live, professional situation) (INSEE, s. d.).

The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) (Saunders et al., 1993). This questionnaire is routinely used to screen for alcohol dependence. It is composed of 10 items evaluating alcohol consumption over the previous 12 months using a 5-point Likert scale. An established cut-off indicates that scores of 0–7 represent abstinence or relatively low-risk drinking; scores of 8–15 represent hazardous alcohol use, and scores of 16 and over indicate the harmful use of alcohol, including alcohol dependence (Babor & Robaina, 2016). The original version showed good psychometric qualities, with $\alpha = .93$ (Saunders et al., 1993). The French validation was done by Gache et al. (2005), and also presented good psychometric qualities, with a very high internal consistency ($\alpha = .95$).

Drug Abuse Screening Test (DAST-10) (Villalobos-Gallegos et al., 2015). This test measures the severity of substance use via 10 items with yes/no responses. It was created to assess the use of solvents, anxiolytics, barbiturates, stimulants, hallucinogens, opiates, cannabis, cocaine, and crack. As it does not assess alcohol or tobacco use, it thus allowed us to monitor other drugs that the participants may have been using. The tool has good psychometric qualities, both in the original ($\alpha = 0.80$; Villalobos-Gallegos et al., 2015) and French versions ($\alpha = 0.88$; Gavin et al., 1989).

Perceptions of Drinking Scale (PODS) (Treeby et al., 2020). This recent 17-item scale assesses alcohol-related shame and guilt. When asked about their drinking in recent months, the respondents are invited to indicate the extent to which their experience is consistent with each statement using a 5-point Likert scale ranging from 1 (*strongly disagree*) to 5 (*strongly agree*). Its structure consists of four factors: shame about drinking, guilt about drinking, external accountability, and indifference. Created in 2019, this tool has not been widely used thus far. It was translated into French using a back-translation procedure by pairs of bilingual individuals before the study. A pilot study with 27 patients in the department was also conducted in order to verify the clarity and understandability of the items. Those in the pilot study were not offered participation in the main study. The scale has a good internal validity in re-testing with Cronbach's alphas, ranging from .69 to .90 on the different factors (Treeby et al., 2020). This French version also has good internal consistency ($\alpha = .75$ and $\alpha = .67$).

Self-Stigma in Alcohol Dependence Scale (SSAD) (Schomerus et al., 2011). This scale, adapted from the Self-Stigma of Mental Illness Scale (Corrigan et al., 2006), assesses the self-stigma of alcohol dependence. Developed according to the progressive model of self-stigma, the SSAD is composed of 4 factors: stereotype awareness, stereotype agreement, self-application, and negative consequences. Since no scale based on this model exists in French, it was translated into French using a back-translation procedure by pairs of bilingual individuals prior to the study. Once more, a pilot study using 27 patients (different from the participants in the main study) was also conducted in the addictology hospital service to verify that the items were

clear and understandable. This scale has good psychometric qualities, with Cronbach's alphas of .93, .93, .86, and .87 in its original version (Schomerus et al., 2011), and good internal consistency in the French version ($\alpha = .93, .94, .89, .91$).

Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) (Zigmond & Snaith, 1983). This scale measures anxiety and/or depressive symptoms. It is composed of 14 items rated from 0 to 3, 7 of which correspond to depression and 7 to anxiety. For both scales, cut off scores of less than 7 indicate an absence or non-pathological symptomatology, a mild level from 8 to 10, and a severe level of anxiety or depression symptomatology from 11 to 21 (Zigmond & Snaith, 1983). The scale has good internal consistency, with average Cronbach's alphas of 0.83 for the anxiety factor and 0.82 for the depression factor, according to a systematic review of validation studies (Bjelland et al., 2002).

Stigma Scale (SS) (King et al., 2007). This 28-item scale measures the stigma perceived by users. It was validated in French on a population of patients recruited from a wide range of psychiatric care structures (Morandi et al., 2013). It assesses three dimensions of stigma: discrimination, disclosure, and the positive aspects that the illness may have had on the patient's life (particularly in terms of self-esteem and engagement in care). The consistency and internal validity are good in both versions. Indeed, its Cronbach's alphas were 0.80 for disclosure, 0.57 for discrimination, and 0.62 for potentially positive aspects in the French version (Morandi et al., 2013), and 0.87 discrimination, 0.85 for disclosure, and 0.64 for the positive aspects in the original (King et al., 2007).

Data Analyses

We analyzed the data using R version 4.1.1 (2021-08-10) and Jamovi version 1.6.23.0 software. Once normality, collinearity, sphericity and homogeneity of variance were tested and approved, we performed parametric tests. To assess the validity of the four-step model, we replicated analyses performed in previous studies (*e.g.*, Melchior, 2019), namely a repeated-measures ANOVA with post-hoc testing,

correlation analysis, and a multiple regression analysis. Finally, to assess the role of shame and guilt within processes, we conducted a multiple hierarchical regression analysis.

Results

Socio-demographic Characteristics and Descriptive Statistics

Of the 212 individuals approached, 114 completed the questionnaires. The mean age of the participants was 44.6 ($SD = 11.1$). All demographic statistics are shown in Table 1.

Table 1
Socio-Demographic Characteristics of the Sample of Patients with Alcohol Use Disorder

| Socio-Demographic Characteristics | <i>N</i> | % |
|--|----------|------|
| Gender ratio | | |
| Men | 71 | 62% |
| Women | 43 | 38% |
| Marital status | | |
| Couple | 24 | 22% |
| Single | 41 | 38% |
| Divorced/separated | 34 | 31% |
| Married | 7 | 6.5% |
| Widowed | 2 | 2% |
| Education level | | |
| Never attended school | 2 | 1.8% |
| Middle school | 12 | 11% |
| Undergraduate | 26 | 23% |
| Vocational or technical school | 37 | 32% |
| Graduate | 7 | 6.1% |
| High school | 30 | 26% |
| Place to live | | |
| In a shelter | 21 | 18% |
| As a tenant in an apartment/house | 52 | 46% |
| As a homeowner in an apartment/house | 19 | 17% |
| Hosted at someone's house | 17 | 15% |
| Homeless | 5 | 4.4% |
| Professional situation | | |
| Looking for a job | 42 | 37% |
| Employed | 38 | 33% |
| On long-term sick leave | 18 | 16% |
| Retired | 9 | 7.9% |
| Disabled | 1 | 0.9% |
| Living thanks to governmental aid because of a precarious situation | | |
| Active solidarity income | 4 | 3.5% |
| Disability living allowance | 1 | 0.9% |
| Minimum old age pension | 1 | 0.9% |
| <i>Note.</i> <i>n</i> = 114, Mean age = 44.6 years (<i>SD</i> = 11.1) | | |

Concerning the descriptive analysis of the independent variables, the HADS anxiety and depression sum scores did not indicate a pathological level. Moreover, as we observed no significant gender differences on any variable, we presented all data on the full sample. All descriptive statistics are shown in Table 2.

The AUDIT score can range from 3 to 40. The World Health Organization (2001) considers a total score of > 8 as indicative of alcohol addiction, and the majority of the participants scored higher than this cut off. In our sample, only 5 people scored lower than this, meaning that we excluded them from the analysis.

Polysubstance use was controlled for with the DAST scale, where the mean score shows a low risk for assessing other drugs addictions (Skinner, 1982). Precisely, 62.28% of the sample obtained a score of between 0 and 2, which indicated no or a low risk level of drug addiction-related problems, 22.81% scored between 3 and 5, meaning moderate problems, and 12.28 % had a score of 6 or 7, indicating a substantial problem.

Table 2*Descriptive Statistics for the Independent Variables*

| Variables | <i>M (SD)</i> |
|--------------------------------------|---------------|
| Length of problematic use of alcohol | 13.1 (12.3) |
| AUDIT | 28.7 (6.16) |
| DAST | 2.4 (2.01) |
| PODS-Shame | 17.7 (3.69) |
| PODS-Guilt | 18.6 (3.22) |
| Stigma scale | 18.4 (5.45) |
| Aware | 49.4 (15.6) |
| Agree | 43.7 (15.4) |
| Apply | 34.8 (12.9) |
| Harm | 31.5 (13.7) |
| HADS-Anxiety | 8.76 (3.12) |
| HADS-Depression | 9.57 (3.99) |

Note.

Mean (Standard deviation)

AUDIT = Alcohol Use Disorders Identification Test, DAST = Drug Abuse Screening Test, PODS = Perceptions of Drinking Scale, HADS = Hospital Anxiety and Depression Scale

Evaluation of the Progressive Model of Self-Stigma

Indeed, we observed that the correlation between the first and second stage was $r = 0.59$, $p < .001$, and $r = 0.78$, $p < .001$ between the third and final stage. On the other hand, the correlation between the first and last stage was $r = 0.38$, $p < .001$, which was in the direction of the expected results (Table 3).

Table 3*Correlation Matrix of the Self-Stigma in Alcohol Dependence Subscales*

| | Awareness | Agree | Apply | Harm |
|-----------|-----------|-----------|-----------|------|
| Awareness | — | | | |
| Agree | 0.589 *** | — | | |
| Apply | 0.565 *** | 0.767 *** | — | |
| Harm | 0.381 *** | 0.586 *** | 0.777 *** | — |

*Note.*** $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$*

A repeated-measures ANOVA analysis indicated that each of these steps was significantly different from the others: $F(2.34, 264.21) = 91.0, p < .001, \eta^2 = .19$. Due to a significant score on the sphericity test, we applied the Huynh–Feldt correction. Holm–Bonferroni post-hoc tests demonstrated that each combination of comparisons between the steps was significantly different (Table 4).

Table 4*Comparison of Self-Stigma in Alcohol Dependence Subscales*

| Self-stigma factors | Mean Difference | SE | df | t | p _{bonferroni} | p _{holm} |
|---------------------|-----------------|-------|-----|-------|-------------------------|-------------------|
| Aware - Agree | 5.62 | 1.316 | 113 | 4.27 | < .001 | < .001 |
| - Apply | 14.59 | 1.264 | 113 | 11.54 | < .001 | < .001 |
| - Harm | 17.82 | 1.531 | 113 | 11.63 | < .001 | < .001 |
| Agree - Apply | 8.96 | 0.934 | 113 | 9.60 | < .001 | < .001 |
| - Harm | 12.19 | 1.250 | 113 | 9.76 | < .001 | < .001 |
| Apply - Harm | 3.23 | 0.834 | 113 | 3.87 | < .001 | < .001 |

The Involvement of Guilt and Shame's in the Self-stigma Process

To examine the roles of guilt and shame in alcohol self-stigma, we conducted a hierarchical linear regression analysis. This evaluated the prediction of each self-stigma step from the AUDIT score and time spent consuming, followed by the perceived stigma, guilt and shame scores, and finishing with anxiety and depression in order to ensure that the link remained significant even after adding its control variables. For the first block, the linear regression analysis revealed a non-significant overall model for aware, apply, and harm. However, for agree, the overall model test was significant, $F(2,97) = 3.68$, $p = 0.03$, $R^2 = 0.07$, showing that the AUDIT score significantly predicted agreeing to stigma in the self-stigma process, $b = 0.27$, $t = 2.70$, $p = 0.008$. With time spent consuming (which was not significant on its own), both explained 0.03% of the agree variance.

For the second block analysis, the predictor variables of perceived stigma from the Stigma Scale, and guilt and shame scores from the PODS, were added to the analysis. At this point, the overall model test was significant for each step of the process. More precisely, for the first step of the self-stigma process, the variance explained increased to 0.17% (versus 0.03% with only alcohol measures) when we added these three variables. For the second step, the R^2 for agree, which was significant with the first block, increased from 0.07% to 0.33%. For apply, the explained variance was quasi null in the first block, but increased to 0.32%. Finally, for harm, alcohol measures explained 0.01% of variance. When perceived stigma, guilt, and shame were added, variance increased to 0.41%. We noticed that shame significantly predicted each step, whereas guilt significantly predicted none.

The third block allowed us to ensure that all the effects were not linked to anxiety and or depression symptoms. With these two variables added in the linear regression analysis, the overall model test remained significant. The variance explained did not change for the first step, but slightly increased for agree ($R^2 = 0.35$), apply ($R^2 = 0.35$), and harm ($R^2 = 0.43$).

Discussion

This study sought to evaluate the progressiveness of self-stigma in a clinical French sample of people with AUD, as well as to explore the role of experienced guilt and shame within it. First, our analyses allowed us to verify the model's progressiveness in our sample. Indeed, in accordance with studies conducted in other countries, the scores linearly decreased, we found higher correlations among proximal stages than with distal stages, and the correlation between the first and second stage (as well as between the third and fourth) were higher than the correlation between the first and last stage. Accordingly, all of our results are in line with the original and pre-existing studies (Corrigan et al., 2005; Schomerus et al., 2011; Melchior et al., 2019). Moreover, having tested the involvement of the reflexive emotions of shame and guilt within this process, we cannot confirm the role of guilt. Indeed, the hierarchical regression analysis showed no significant relationships between guilt and each of the stigma internalization stages. In contrast, shame significantly predicted each stage of the model. It would seem, therefore, that the presence of shame associated with alcohol consumption facilitates the internalization of stigma when controlling for anxiety, depression, perceived stigma, and alcohol use measures.

Previous studies have shown that alcohol and substance use problems are positively correlated with shame and negatively correlated with guilt, and that shame tends to lead to more negative consequences on alcohol use (Tangney & Dearing, 2002). Indeed, shame predicts higher subsequent substance use (Stuewig et al., 2015; Randles & Tracy, 2013), especially in the context of home use (Mohr et al., 2008). As mentioned in a recent meta-analysis on shame and alcohol use, numerous studies have affirmed that shame is more likely to impact alcohol use in a solitary versus a social context (Sayette, 2017, Giguere et al., 2014; Luoma et al., 2018, as cited in Luoma et al., 2019). It is important to note that shame is the primary barrier to seeking or receiving help (*e.g.*, Salway et al., 2019). However, in the current study, we recruited only people who were already in a health care setting, and who had therefore managed to overcome such barriers. Studies of those AUD who are outside of the care system may yield different results. Thus, among the alcohol users recruited, shame's scores were higher than those of guilt.

If guilt is unrelated to the consumption itself, it seems logical that it would not influence the internalization of stigmas related to use. Therefore, the guilt-driven tendency to act in a protective and reparative manner also acts as a protective factor against the internalization of stigma.

Furthermore, it would be interesting to more closely examine guilt and guilt proneness, and shame and shame proneness. Indeed, dispositional or situational reflexive emotions do not influence consumption in the same way. These two types of emotions may thus not have the same impact on self-stigma processes. Indeed, one result of a meta-analysis on the subject shows that shame type (proneness vs. experienced measure) moderates the association between shame and substance consumption. These moderation analyses identified a trend toward experienced shame being slightly positively associated with substance use, and shame proneness being slightly negatively associated with substance use (Luoma et al., 2019). Similarly, guilt proneness may be a protective factor for harmful alcohol use, whereas experienced guilt may have negative consequences for it. Similarly, guilt proneness presents a protective role in alcohol use initiation, maintenance, readiness to change, and risky behavior (Dearing et al., 2005; O'Connor et al., 1994; Ohannessian & Hesselbrock, 2009; Patock-Peckham et al., 2018; Rodriguez et al., 2015; Stuewig et al., 2015; Treeby et al., 2018, 2020). On the other hand, experienced guilt could be linked to alcohol use as violating one's self-imposed limit on consumption, which seems to be a critical factor in the experiencing of post-drinking guilt (Muraven et al., 2005). Numerous other studies have presented results pointing to a deleterious bidirectional link of guilt on alcohol consumption (Braun et al., 2018; Locke et al., 2015; Luoma et al., 2017; Tran et al., 2019).

Limitations and Future Directions

Burke et al. (2015) and Mak et al. (2015) highlighted important cross-cultural differences on stigma and its internalizations due to differing socio-political contexts, awareness and risk reduction policies, laws, and values. Thus, it seems essential to consider these factors in future research. This includes the use of scales created and adapted in the language of the target country questioning the most representative stereotypes of said populations. Indeed, substance users are not stigmatized in the same way in collectivist or individualist cultures (Papadopoulos et

al., 2013). Moreover, not all substances are identically stigmatized (da Silveira et al., 2018; Gupta et al., 2019; (Park et al., 2019). The consideration of multiple stigmatizing conditions in a sample should also be incorporated into the interpretation of any results uncovered.

One previous study found higher scores of shame for women with AUD than for men (O'Connor et al., 1994). However, we were not able to replicate this result, possibly due to the fact that the current sample size and male-female distribution were not optimal. Studies with larger samples including a comparison group and a better female proportion would provide more generalizable results.

As outlined above, two scales translated for the purpose of the study were first used with a French-speaking sample. Although an official validation has yet to be conducted, both tools showed good psychometric properties in our sample. Additionally, the use of self-reported scales measuring shame and guilt has been strongly criticized in the literature (*e.g.*, Eterovic, 2019), mostly due to the close link and the confusion often present between these two emotional states. Snoek (2021) reminds us that character and action cannot be neatly separated: "*Acts for which we are guilty (and don't just in some weak sense feel guilty), do involve the self. And because they involve the self they involve shame*" (Sabini & Silver, 1997, p. 8).

Moreover, while these emotions are distinguishable by the scientific community, this may not necessarily have been the case for our participants suffering from AUD. Indeed, a recent review revealed that 30–40% of people with AUD have higher levels of alexithymia (Cruise & Becerra, 2018). Coupled with this difficulty in identifying, naming, and feeling one's own emotional states, people with an AUD also exhibit fewer theory of mind skills (Bora & Zorlu, 2016; Onuoha et al., 2016). It therefore seems essential to question whether people with AUD—and the accompanying social, cognitive, and emotional impairments—are able to identify their emotions and accurately report them on a measurement scale. This is also true for the self-measurement of self-stigma. For example, the SSAD consists of such items as "I think, the public believes most people with alcohol problems cannot be trusted," when asking participants to report what they think others think of them, which requires mentalization and theory of mind capacities.

Finally, we cannot exclude that our results were impacted by the period in which the data were collected. Indeed, we recruited our participants during the COVID-19 pandemic within a hospital structure where patients were half as numerous as in normal times, and where they were isolated in their rooms. As has been clearly established, while the pandemic and the successive lockdowns impacted alcohol use (Robert et al., 2021), the data on the potential impact of these lockdowns on stigmatization remain scarce.

It has been suggested that shame and guilt can generate self-defensive reactions that impede behavioral improvement (Giner-Sorolla, 2012). The relationships between the experience of guilt and shame as moral emotions and their behavioral implications depend on further appraisals relating to the likelihood of social rejection and self-improvement that guide self-forgiveness (Leach, 2017). Furthermore, Luoma et al. (2012) demonstrated that an Acceptance and Commitment therapy intervention can significantly reduce internalized stigma (and the incorporated shame associated with it), and promote the acceptance of shame. Accordingly, the current study allowed us to highlight the self-conscious' implication of shame in the self-stigma process among alcohol users involved in a withdrawal treatment program. Through such research as this, which provides access to reliable quantitative data from clinical samples, evidence-based therapeutic programs may be developed to support and minimize self-stigma among alcohol users and the damaging consequences it brings. The widespread development of such programs, and notably group propositions, involving shame as a therapeutic axis, is a major issue for future research and clinical proposals.

References

- Alcool & Santé. Inserm, La science pour la santé. *Inserm*. (2021, October 25). Retrieved 2022, February 20, from <https://www.inserm.fr/dossier/alcool-sante/>
- Baldwin, K. M., Baldwin, J. R., & Ewald, T. (2006). The relationship among shame, guilt, and self-efficacy. *American Journal of Psychotherapy*, *60*(1), 1–21. <https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.2006.60.1.1>

- Bora, E., & Zorlu, N. (2017). Social cognition in alcohol use disorder: A meta-analysis. *Addiction, 112*(1), 40–48. <https://doi.org/10.1111/add.13486>
- Bjelland, I., Dahl, A. A., Haug, T. T., & Neckelmann, D. (2002). The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale: An updated literature review. *Journal of Psychosomatic Research, 52*(2), 69–77. [https://doi.org/10.1016/s0022-3999\(01\)00296-3](https://doi.org/10.1016/s0022-3999(01)00296-3)
- Bliuc, A.-M., Doan, T.-N., & Best, D. (2019). Sober social networks: The role of online support groups in recovery from alcohol addiction. *Journal of Community & Applied Social Psychology, 29*(2), 121–132. <https://doi.org/10.1002/casp.2388>
- Burke, S. E., Calabrese, S. K., Dovidio, J. F., Levina, O. S., Uusküla, A., Niccolai, L. M., Abel-Ollo, K., & Heimer, R. (2015). A tale of two cities: Stigma and health outcomes among people with HIV who inject drugs in St. Petersburg, Russia and Kohtla-Järve, Estonia. *Social Science & Medicine, 130*, 154–161. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2015.02.018>
- Babor, T. F., & Robaina, K. (2016). The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): A review of graded severity algorithms and national adaptations. *International Journal of Alcohol and Drug Research, 5*(2), 17-24. <https://doi.org/10.7895/ijadr.v5i2.222>
- Braun, B., Weinland, C., Kornhuber, J., & Lenz, B. (2018). Religiosity, guilt, altruism and forgiveness in alcohol dependence: Results of a cross-sectional and prospective cohort study. *Alcohol and Alcoholism, 53*(4), 426-434. <https://doi.org/10.1093/alcalc/agy026>
- Corrigan, P. W., Larson, J. E., & Ruesch, N. (2009). Self-stigma and the “why try” effect: Impact on life goals and evidence-based practices. *World Psychiatry, 8*(2), 75–81. <https://doi.org/10.1002/j.2051-5545.2009.tb00218.x>
- Corrigan, P. W., Rafacz, J., & Rüsche, N. (2011). Examining a progressive model of self-stigma and its impact on people with serious mental illness. *Psychiatry Research, 189*(3), 339–343. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2011.05.024>

- 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. <https://doi.org/10.1521/jscp.2006.25.8.875>
- Corrigan, P. W., Watson, A. C., & Miller, F. E. (2006). Blame, shame, and contamination: The impact of mental illness and drug dependence stigma on family members. *Journal of Family Psychology, 20*(2), 239. <https://doi.org/10.1037/0893-3200.20.2.239>
- Cruise, K. E., & Becerra, R. (2018). Alexithymia and problematic alcohol use: A critical update. *Addictive Behaviors, 77*, 232–246. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2017.09.025>
- Dearing, R. L., Stuewig, J., & Tangney, J. P. (2005). On the importance of distinguishing shame from guilt: Relations to problematic alcohol and drug use. *Addictive behaviors, 30*(7), 1392-1404. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2005.02.002>
- Dodge, T., & Clarke, P. (2018). Testing weight motives and guilt/shame as mediators of the relationship between alcohol use and physical activity. *Addictive Behaviors, 77*, 131–136. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2017.09.018>
- Eterović, M., Medved, V., Bilić, V., Kozarić-Kovačić, D., & Žarković, N. (2020). Poor agreement between two commonly used measures of shame-and guilt-proneness. *Journal of Personality Assessment, 102*(4), 499–507. <https://doi.org/10.1080/00223891.2019.1585361>
- Gache, P., Michaud, P., Landry, U., Accietto, C., Arfaoui, S., Wenger, O., & Daepfen, J. B. (2005). The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) as a screening tool for excessive drinking in primary care: Reliability and validity of a French version. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 29*(11), 2001–2007. <https://doi.org/10.1097/01.alc.0000187034.58955.64>
- Gavin, D. R., Ross, H. E., & Skinner, H. A. (1989). Diagnostic validity of the drug abuse screening test in the assessment of DSM-III drug disorders. *British*

Journal of Addiction, 84(3), 301–307. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.1989.tb03463.x>

Grynberg, D., de Timary, P., Van Heuverswijn, A., & Maurage, P. (2017). Prone to feel guilty: Self-evaluative emotions in alcohol-dependence. *Drug and Alcohol Dependence*, 179, 78–82. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2017.06.030>

Harnish, A., Corrigan, P., Byrne, T., Pinals, D. A., Rodrigues, S., & Smelson, D. (2016). Substance use and mental health stigma in veterans with co-occurring disorders. *Journal of Dual Diagnosis*, 12(3–4), 238–243. <https://doi.org/10.1080/15504263.2016.1245066>

King, M., Dinos, S., Shaw, J., Watson, R., Stevens, S., Passetti, F., Weich, S., & Serfaty, M. (2007). The Stigma Scale: Development of a standardised measure of the stigma of mental illness. *The British Journal of Psychiatry*, 190(3), 248–254. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.106.024638>

Kilian, C., Manthey, J., Carr, S., Hanschmidt, F., Rehm, J., Speerforck, S., & Schomerus, G. (2021). Stigmatization of people with alcohol use disorders: An updated systematic review of population studies. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 45(5), 899-911. <https://doi.org/10.1111/acer.14598>

Locke, G. W., Shilkret, R., Everett, J. E., & Petry, N. M. (2015). Interpersonal guilt and substance use in college students. *Substance abuse*, 36(1), 113-118. <https://doi.org/10.1080/08897077.2014.885482>

Luoma, J. B., Kohlenberg, B. S., Hayes, S. C., Bunting, K., & Rye, A. K. (2008). Reducing self-stigma in substance abuse through acceptance and commitment therapy: Model, manual development, and pilot outcomes. *Addiction Research & Theory*, 16(2), 149–165. <https://doi.org/10.1080/16066350701850295>

Luoma, J. B., Nobles, R. H., Drake, C. E., Hayes, S. C., O’Hair, A., Fletcher, L., & Kohlenberg, B. S. (2013). Self-stigma in substance abuse: Development of a new measure. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 35(2), 223–234. <https://doi.org/10.1037/t42541-000>

- Luoma, J. B., Chwyl, C., & Kaplan, J. (2019). Substance use and shame: A systematic and meta-analytic review. *Clinical Psychology Review, 70*, 1–12. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2019.03.002>
- Luoma, J., Guinther, P., Potter, J., & Cheslock, M. (2017). Experienced-based versus scenario-based assessments of shame and guilt and their relationship to alcohol consumption and problems. *Substance use & misuse, 52*(13), 1692-1700. <https://doi.org/10.1080/10826084.2017.1305416>
- Mak, W. W. S., Ho, C. Y. Y., Wong, V. U. T., Law, R. W., & Chan, R. C. H. (2015). Cultural model of self-stigma among Chinese with substance use problems. *Drug and Alcohol Dependence, 155*, 83–89. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2015.08.011>
- Melchior, H., Hüsing, P., Grundmann, J., Lotzin, A., Hiller, P., Pan, Y., Driessen, M., Scherbaum, N., Schneider, B., Hillemacher, T., Stolzenburg, S., Schomerus, G., Schäfer, I., & Cansas Study Group. (2019). Substance abuse-related self-stigma in women with substance use disorder and comorbid posttraumatic stress disorder. *European Addiction Research, 25*(1), 20–29. <https://doi.org/10.1159/000496113>
- Menecier, P. (2020). *Psychoalcoologie fondamentale et théorique*. In press, Paris.
- Milan, L., & Varescon, I. (2022). Stigmatisation intériorisée et consommation de substances psychoactives : Revue systématique de la littérature. *Psychologie Française, 67*(2), 99-128. <https://doi.org/10.1016/j.psfr.2021.02.006>
- Mohr, C. D., Brannan, D., Mohr, J., Armeli, S., & Tennen, H. (2008). Evidence for positive mood buffering among college student drinkers. *Personality and Social Psychology Bulletin, 34*(9), 1249–1259. <https://doi.org/10.1177/0146167208319385>
- Morandi, S., Manetti, S. G., Zimmermann, G., Favrod, J., Chanachev, A., Monnat, M., & Bonsack, C. (2013). Mesurer la stigmatisation perçue chez les personnes souffrant de troubles psychiques : Traduction française, validation

et adaptation de la Stigma Scale. *L'encéphale*, 39(6), 408–415.
<https://doi.org/10.1016/j.encep.2013.03.002>

Muraven, M., Collins, R. L., Morsheimer, E. T., Shiffman, S., & Paty, J. A. (2005). The morning after: Limit violations and the self-regulation of alcohol consumption. *Psychology of Addictive Behaviors*, 19(3), 253.
<https://doi.org/10.1037/0893-164X.19.3.253>

O'Connor, L. E., Berry, J. W., Inaba, D., Weiss, J., & Morrison, A. (1994). Shame, guilt, and depression in men and women in recovery from addiction. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 11(6), 503–510.
<https://doi.org/10.1080/02791072.1996.10524385>

Ohannessian, C. M., & Hesselbrock, V. M. (2009). A finer examination of the role that negative affect plays in the relationship between paternal alcoholism and the onset of alcohol and marijuana use. *Journal of studies on alcohol and drugs*, 70(3), 400-408. <https://doi.org/10.15288/jsad.2009.70.400>

Onuoha, R. C., Quintana, D. S., Lyvers, M., & Guastella, A. J. (2016). A meta-analysis of theory of mind in alcohol use disorders. *Alcohol and Alcoholism*, 51(4), 410–415. <https://doi.org/10.1093/alcalc/agv137>

Papadopoulos, C., Foster, J., & Caldwell, K. (2013). 'Individualism-collectivism' as an explanatory device for mental illness stigma. *Community mental health journal*, 49(3), 270-280. <https://doi.org/10.1007/s10597-012-9534-x>

Park, K., MinHwa, L., & Seo, M. (2019). The impact of self-stigma on self-esteem among persons with different mental disorders. *International Journal of Social Psychiatry*, 65(7–8), 558–565.
<https://doi.org/10.1177/0020764019867352>

Patock-Peckham, J. A., Canning, J. R., & Leeman, R. F. (2018). Shame is bad and guilt is good: An examination of the impaired control over drinking pathway to alcohol use and related problems. *Personality and individual differences*, 121, 62-66. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2017.09.023>

- Pescosolido, B. A., Martin, J. K., Long, J. S., Medina, T. R., Phelan, J. C., & Link, B. G. (2010). "A disease like any other"? A decade of change in public reactions to schizophrenia, depression, and alcohol dependence. *American Journal of Psychiatry*, *167*(11), 1321–1330. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2010.09121743>
- R Core Team (2021). R: A language and environment for statistical computing. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria. URL <https://www.R-project.org/>
- Randles, D., & Tracy, J. L. (2013). Nonverbal displays of shame predict relapse and declining health in recovering alcoholics. *Clinical Psychological Science*, *1*(2), 149–155. <https://doi.org/10.1177/2167702612470645>
- Roberts, A., Rogers, J., Mason, R., Siriwardena, A. N., Hogue, T., Whitley, G. A., & Law, G. R. (2021). Alcohol and other substance use during the COVID-19 pandemic: A systematic review. *Drug and Alcohol Dependence*, *229*, 109150. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2021.109150>
- Rodriguez, L. M., Young, C. M., Neighbors, C., Campbell, M. T., & Lu, Q. (2015). Evaluating guilt and shame in an expressive writing alcohol intervention. *Alcohol*, *49*(5), 491-498. <https://doi.org/10.1016/j.alcohol.2015.05.001>
- Room, R., Rehm, J., Trotter, I., Robert, T., Paglia, A., & Üstün, T. B. (2001). Cross-cultural views on stigma, valuation, parity, and societal values towards disability. In Ustun, T. B., & World Health Organization (Eds.). *Disability and culture: Universalism and diversity*. Seattle, WA: Hogrefe & Huber on behalf of the World Health Organization.
- Rosenberg, M. (1965). Rosenberg self-esteem scale (RSE). *Acceptance and Commitment Therapy. Measures Package*, *61*(52), 18. <https://doi.org/10.1037/t01038-000>
- Skinner H. A. (1982). The drug abuse screening test. *Addictive behaviors*, *7*(4), 363–371. [https://doi.org/10.1016/0306-4603\(82\)90005-3](https://doi.org/10.1016/0306-4603(82)90005-3)

- Sabini, J., & Silver, M. (1997). In defense of shame: Shame in the context of guilt and embarrassment. *Journal for the Theory of Social Behaviour*, 27(1), 1–15. <https://doi.org/10.1111/1468-5914.00023>
- Salway, T., Ferlatte, O., Shoveller, J., Purdie, A., Grennan, T., Tan, D. H. S., Consolacion, T., Rich, A. J., Dove, N., Samji, H., Scott, K., Blackwell, E., Mirau, D., Holgerson, N., Wong, J., & Gilbert, M. (2019). The need and desire for mental health and substance use–related services among clients of publicly funded sexually transmitted infection clinics in Vancouver, Canada. *Journal of Public Health Management and Practice*, 25(3), E1–E10. <https://doi.org/10.1097/PHH.0000000000000904>
- Sarkar, S., Balhara, Y. P. S., Kumar, S., Saini, V., Kamran, A., Patil, V., Singh, S., & Gyawali, S. (2019). Internalized stigma among patients with substance use disorders at a tertiary care center in India. *Journal of Ethnicity in Substance Abuse*, 18(3), 345–358. <https://doi.org/10.1080/15332640.2017.1357158>
- Saunders, J. B., Aasland, O. G., Babor, T. F., de la Fuente, J. R., & Grant, M. (1993). Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO Collaborative Project on Early Detection of Persons with Harmful Alcohol Consumption--II. *Addiction (Abingdon, England)*, 88(6), 791–804. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.1993.tb02093.x>
- Schomerus, G., Lucht, M., Holzinger, A., Matschinger, H., Carta, M. G., & Angermeyer, M. C. (2011). The stigma of alcohol dependence compared with other mental disorders: a review of population studies. *Alcohol and alcoholism (Oxford, Oxfordshire)*, 46(2), 105–112. <https://doi.org/10.1093/alcalc/agq089>
- Stuewig, J., Tangney, J. P., Kendall, S., Folk, J. B., Meyer, C. R., & Dearing, R. L. (2015). Children's proneness to shame and guilt predict risky and illegal behaviors in young adulthood. *Child psychiatry and human development*, 46(2), 217–227. <https://doi.org/10.1007/s10578-014-0467-1>

- Snoek, A., McGeer, V., Brandenburg, D., & Kennett, J. (2021). Managing shame and guilt in addiction: A pathway to recovery. *Addictive behaviors*, 120, 106954. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2021.106954>
- Tangney, J., & Dearing, R. (2002). *Emotions and social behavior. Shame and guilt*. New York, NY: Guilford Press.
- The jamovi project (2021). *jamovi*. (Version 1.6) [Computer Software]. Retrieved from <https://www.jamovi.org>.
- Treeby, M. S., Rice, S. M., Cocker, F., Peacock, A., & Bruno, R. (2018). Guilt-proneness is associated with the use of protective behavioral strategies during episodes of alcohol use. *Addictive behaviors*, 79, 120-123. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2017.12.027>
- Treeby, M. S., Rice, S. M., Wilson, M., Prado, C. E., & Bruno, R. (2020). Measuring alcohol use-related shame and guilt: Development and validation of the perceptions of drinking scale. *Substance Use & Misuse*, 55(3), 441–451. <https://doi.org/10.1080/10826084.2019.1683203>
- Tovar, M.-L., Le Nézet, O., & Bastianic, T. (2013). Perceptions et opinions des Français sur les drogues. *Tendances*, 88(6).
- Tran, H. N., Lipinski, A. J., Peter, S. C., Dodson, T. S., Majeed, R., Savage, U. C., & Beck, J. G. (2019). The Association Between Posttraumatic Negative Self-Conscious Cognitions and Emotions and Maladaptive Behaviors: Does Time Since Trauma Exposure Matter? *Journal of Traumatic Stress*, 32(2), 249-259. <https://doi.org/10.1002/jts.22388>
- Vallieres, E. F., & Vallerand, R. J. (1990). Traduction et validation canadienne-française de l'échelle de l'estime de soi de Rosenberg. *International Journal of Psychology*, 25(2), 305–316. <http://dx.doi.org/10.1080/00207599008247865>
- Villalobos-Gallegos, L., Pérez-López, A., Mendoza-Hassey, R., Graue-Moreno, J., & Marín-Navarrete, R. (2015). Psychometric and diagnostic properties of the Drug Abuse Screening Test (DAST): Comparing the DAST-20 vs. the DAST-

10. *Salud Mental*, 38(2), 89–94. <https://doi.org/10.17711/SM.0185-3325.2015.012>

Watson, A. C., Corrigan, P., Larson, J. E., & Sells, M. (2007). Self-stigma in people with mental illness. *Schizophrenia bulletin*, 33(6), 1312–1318. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbl076>

World Health Organization. (2001). *AUDIT: The alcohol use disorders identification test: Guidelines for use in primary health care* (No. WHO/MSD/MSB/01.6 a). World Health Organization.

World Health Organization. (2019). *Global status report on alcohol and health 2018*. World Health Organization.

Zewdu, S., Hanlon, C., Fekadu, A., Medhin, G., & Teferra, S. (2019). Treatment gap, help-seeking, stigma and magnitude of alcohol use disorder in rural Ethiopia. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 14(1), Article 4. <https://doi.org/10.1186/s13011-019-0192-7>

Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 67(6), 361–370. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x>

Annexe 14. Self-Stigma in alcohol dependence: guilt and shame's implication? A preliminary study in French population



SELF-STIGMA IN ALCOHOL DEPENDENCE: GUILT AND SHAME'S IMPLICATION? A PRELIMINARY STUDY IN FRENCH POPULATION

Milan, Léna¹ et Varescon, Isabelle²

¹lena.milan.marghieri@gmail.com

^{1,2} Université de Paris, Laboratoire de Psychopathologie et Processus de Santé, F-92100 Boulogne-Billancourt, France.

BACKGROUND

- ✓ Self-stigma, defined as internalizing prejudice and stereotypes is well documented among people suffering from mental illness, including studies focused on addiction (i.e Milan & Varescon, 2021).
- ✓ Progressive model focused on cognitive self-stigma stating that people, including alcohol users, internalized stigma related to their condition through four successive steps: **awareness, agree, application and consequences** (Corrigan et al., 2011; Schomerus et al., 2011).
- ✓ Reflexive emotions such as **guilt** and **shame** impact respectively **alcohol users**. Even if any consensus appears, it seems that shame improves alcohol consumption whereas guilt acts as a protective factor (Tangney & Dearing, 2002). Furthermore, the emotional implication in the dynamic model of self-stigma is few studying.

AIMS :

- Studying et validating progressive self stigma model in alcohol users
- Investigate guilt and shame implication in self stigma process for alcohol users

Measures

AUDIT= Alcohol Use Disorders Identification Test (Saunders et al., 1993) $\alpha=.80$
DAST-10= Drug Abuse Screening Test (Villalobos-Gallegos et al., 2015) $\alpha=.87$
PODS= Perceptions of Drinking Scale (Treeby et al., 2020) $\alpha=.75$ & $\alpha=.67$
SSAD= Self-Stigma in Alcohol Dependence Scale (Schomerus et al., 2011) $\alpha = .93, .94, .89, .91$
EES= Self-esteem scale (Vallieres & Vallerand, 1990) $\alpha=.78$
HADS= Hospital Anxiety and Depression Scale (Zigmond & Snaith, 1983) $\alpha=.70$ & $\alpha=.73$
SS= Stigma Scale (Morandi et al., 2013) $\alpha=.73$

METHODS

N=114 alcohol-consumer recruited in two addiction's Hospital services near Paris

- Must follow eligibility criteria
- Must have read and sign consent formula
- Du to sanitary situation all passation were in bedroom of addiction's hospital service, participant could answer question on tablet or paper support
- Experimentator was always present to help in case of need
- Project was validated by ethical committee of research of University de Paris (N° IRB : 00012020-37)

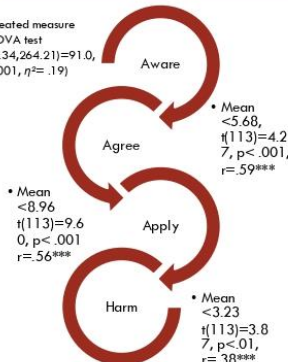
RESULTS

| Sample socio-demographic characteristics | |
|--|-------------|
| Gender ratio | 68% mens |
| Mean age | 44.6 (11.1) |
| Clinical variables | |
| Years of addiction | 13.1(12.3) |
| Alcohol use disorders | 28.7(6.16) |
| Drug abuse | 2.40(2.01) |
| Shame | 17.7(3.69) |
| Guilt | 18.6(3.22) |
| Stigma scale | 18.4(5.45) |
| Aware | 49.4(15.6) |
| Agree | 43.7(15.4) |
| Apply | 34.8(12.9) |
| Harm | 31.5(13.7) |
| Anxiety | 8.76(3.12) |
| Depression | 9.57(3.99) |
| Self-esteem | 24.8(4.41) |
| | Mean (S.D) |

| Step | Predictor | SSAD aware | | | SSAD agree | | | SSAD apply | | | SSAD harm | | | Overall model test |
|------|-----------------|------------|------|------|------------|-----|---------|------------|-----|---------|-----------|-----|---------|--------------------|
| | | b | t | p | b | t | p | b | t | p | b | t | p | |
| 1 | AUDIT score | 0.09 | -0.9 | 0.36 | 0.2 | 2.7 | 0.008 | 0.0 | 0.5 | 0.56 | 0.2 | 2.6 | 0.01* | F(2,97)=1.6 |
| | Consuming last | 0.18 | 1.7 | 0.08 | 0.0 | 0.8 | 0.42 | 0.0 | 0.3 | 0.75 | - | - | 0.21 | F(2,97)=3.6 |
| 2 | PODS-Guilt | 0.11 | 1.1 | 0.25 | 0.1 | 1.6 | 0.12 | 0.1 | 1.4 | 0.15 | 0.0 | 1.1 | 0.27 | F(2,97)=0.1 |
| | PODS-Shame | 0.23 | 2.2 | 0.02 | 0.4 | 4.8 | <.001** | 0.3 | 3.8 | <.001** | 0.4 | 5.3 | <.001** | F(2,97)=0.88 |
| | Stigma-scale | 0.20 | 2.0 | 0.04 | 0.0 | 0.7 | 0.48 | 0.2 | 2.7 | 0.007** | 0.2 | 3.1 | 0.002* | F(2,97)=0.1 |
| | HADS-Anxiety | 0.03 | 0.3 | 0.72 | 0.1 | 1.1 | 0.26 | 0.1 | 1.3 | 0.19 | 0.1 | 1.6 | 0.11 | F(2,97)=8.45 |
| 3 | HADS-Depression | 0.00 | 0.0 | 0.98 | - | - | 0.71 | 0.0 | 0.5 | 0.58 | - | - | 0.61 | F(8,91)=2.3 |
| | Depression | 2 | 1 | | 3 | 7 | | 5 | 6 | | 5 | 1 | | F(8,91)=8.45 |

b = Standardized estimate reported. $p<.05^*$, $p<.01^{**}$, $p<.001^{***}$

Repeated measure ANOVA test
 $F(2,34,264.21)=91.0$,
 $p<.001$, $\eta^2=.19$



DISCUSSION

- Repeated ANOVA measure, correlation analysis and hierarchical regression's results tend to **validate progressive model of self-stigma in studying sample** because results are congruent with other studies (Schomerus et al., 2011, Melchior et al., 2019)
- **Shame seems to be involve** in internalization of stigma, since the beginning of the process whereas **guilt did not** at any time, which goes along with results showing no link between guilt and alcohol addiction (Dodge & Clarke, 2018)
- Due to temporality and progressive aspects of this model, **longitudinal design seems more appropriate**
- Results must be taking into limits, **measures shows several inconsistency** : AUDIT scale may not be adapt for people with a proven addiction and guilt subscale shows low alpha when internal consistency was measured.



Bibliography

Annexe 15. Stigmatisation intériorisée, honte et culpabilité dans l'alcoolodépendance : analyse des profils à l'aide d'une approche centrée sur la personne

Stigmatisation intériorisée, honte et culpabilité dans l'alcoolodépendance : analyse des profils à l'aide d'une approche centrée sur la personne

Milan Léna¹ & Varesco Isabelle²
l.milan.mamgheri@gmail.com

^{1,2} Université de Paris, Laboratoire de Psychopathologie et Processus de Santé, F-92100 Boulogne-Billancourt, France.



CADRE THEORIQUE

• L'auto-stigmatisation, définie comme l'intériorisation de préjugés et de stéréotypes, est bien documentée chez les personnes souffrant de maladies mentales, y compris d'addictions (Milan & Varesco, 2021). D'après le modèle cognitif de Corrigan et al. (2011) également étudié par Schomerus et al. (2011) l'intériorisation des stigmates s'effectuerait en quatre étapes successives :

1) conscience des stéréotypes → 2) accord avec ceux-ci → 3) application à soi-même → 4) conséquences délétères

• Parmi les émotions dites réflexives, nous retrouvons la honte ainsi que la culpabilité, la première relatant de soi tandis que la seconde d'une action commise.

« J'ai honte d'être alcoolodépendant » « Je culpabilise d'avoir fini la bouteille hier soir »

La honte pourrait avoir un effet aggravant sur la consommation d'alcool, tandis que la culpabilité a un effet protecteur (Tangney & Dearing, 2002). Or ces résultats ne font pas consensus.



Qu'en est-il du rôle de la honte et de la culpabilité dans l'intériorisation des stigmates ?

La présente étude vise à explorer les relations entre le processus d'auto-stigmatisation, la culpabilité et la honte dans la dépendance à l'alcool, et notamment d'évaluer la présence potentielle de profils de comportements distincts sur ces variables

METHODE

OUTILS

AUDIT= Alcohol Use Disorders Identification Test (Saunders et al., 1993) $\alpha=80$

PDQS= Perceptions of Drinking Scale (Trebey et al., 2020) $\alpha=.75$ & $\alpha=.67$

SSAD= Self-Stigma in Alcohol Dependence Scale (Schomerus et al., 2011) $\alpha=.93$, 94.89 , 91 .

EES= Echelle d'estime de soi (Vallières & Vallierand, 1990) $\alpha=.78$

HADS= Hospital Anxiety and Depression Scale (Zigmond & Snaith, 1983) $\alpha=.70$ & $\alpha=.73$

PROCEDURE

N=114 consommateurs d'alcool recrutés dans deux services d'addictologie hospitaliers en région parisienne.

Validation comité éthique de la recherche de l'Université de Paris (N° IRB : 00012020-37).

ANALYSE DES DONNEES

Analyses effectuées sur le logiciel R à l'aide du package tidyLPA (Rosenberg et al., 2019).

- Evaluation des données aberrantes ou manquantes et imputation par la moyenne
- Analyse confirmatoire et évaluation de la consistance interne des outils
- Variables centrées réduites en score Z
- HADS et EES contrôlés
- Analyse en profils latents sur sous-scores de honte, culpabilité et les sous-scores de stigmatisation intériorisée
- Sélection des modèles selon les critères d'AIC (Akaike, 1987), de BIC (Schwarz, 1978), d'entropie et de parcimonie.

RESULTATS

Caractéristiques sociodémographiques

N=114

62% d'hommes
38% de femmes

69% Unité de sévrage
31% Hôpital de jour

Age
44.6 (11.1)

| Indicateurs descriptifs | Score |
|-------------------------|------------|
| AUDIT | 28.7(6.16) |
| Honte | 17.7(3.82) |
| Culpabilité | 18.0(3.82) |
| Stigmatisation | 46.1(12.8) |
| SSAD | 40.7(11.1) |
| Appartenance au groupe | 54.8(12.7) |
| Stigmatisation | 37.3(12.1) |

PROFIL 1

n=45

→ Honte

→ Culpabilité

→ Stigmatisation intériorisée

PROFIL 2

n=19

→ Honte

→ Culpabilité

→ Forte conscience des stéréotypes, mais plus faiblement intériorisés

PROFIL 3

n=38

Honte = Culpabilité

→ Forte conscience des stéréotypes, mais plus faiblement intériorisés

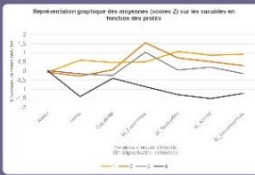
PROFIL 4

n=12

→ Honte

→ Culpabilité

→ Faible intériorisation des stigmates



Caractéristiques générales du modèle choisi en 4 profils

| Model | Classes | AIC | BIC | Entropy | df | df _{free} | df _{total} | df _{total} - df _{free} | df _{total} - df _{free} / df _{total} |
|-------|---------|------|------|---------|------|--------------------|---------------------|--|--|
| 1 | 4 | 1548 | 1658 | 0.94 | 0.97 | 100 | 100 | 0 | 0.00 |

Après évaluation, seul l'alcool (AUDIT) ne varie pas significativement sur les différents profils.

| différences inter profils sur variables d'intérêt | F | df | p | eta ² |
|---|--------|----|--------|------------------|
| Stigmatisation | 49.016 | 3 | < .001 | 0.42402 |
| Honte | 17.816 | 3 | < .001 | 0.16184 |
| Culpabilité | 31.570 | 3 | < .001 | 0.27943 |
| Appartenance | 21.460 | 3 | < .001 | 0.18843 |
| SSAD | 41.006 | 3 | < .001 | 0.32832 |
| Stigmatisation | 39.224 | 3 | < .001 | 0.33809 |
| Stigmatisation | 0.000 | 3 | 0.979 | 0.00000 |

CONCLUSIONS

Les résultats présentés mettent en avant l'importance de prendre en compte les émotions réflexives dans l'intériorisation des stigmates: les personnes ayant des scores de honte faibles couplés à des scores de culpabilité élevés présentent une moindre stigmatisation intériorisée. À l'inverse, les personnes ayant des scores élevés de honte présentent des risques accrus d'intériorisation des stigmates.

Implications scientifiques

Les analyses centrées sur la personne permettent d'observer de façon ascendante comment se regroupent les participants et non d'inférer un modèle présupposé aux participants. Au sein d'un échantillon plus grand, des analyses de régressions multinomiales permettraient d'observer les facteurs prédisant l'appartenance à l'un ou l'autre des profils.

Cibler les facteurs de risque d'intériorisation des stigmates et les processus émotionnels sous-jacents permet de mieux comprendre la souffrance des usagers et d'améliorer les propositions d'accompagnement.

Résultats

Implications cliniques

BIBLIOGRAPHIE

Akaike, H. (1987) Factor analysis and AIC. *Psychometrika* 52, 317-332.

Corrigan, P. W., Rabacz, J., & Rasch, N. (2011). Examining a progressive model of self-stigma and its impact on people with serious mental illness. *Psychiatry Research*, 199(3), 329-343.

Milan, L., & Varesco, I. (2021). Stigmatisation intériorisée et consommation de substances psychoactives: revue systématique de la littérature. *Psychologie Française*, 49(1), 1-180. <http://dx.doi.org/10.1016/j.psf.2021.02.006>.

Saunders, J. B., Aasland, O. G., Babor, T. F., De la Fuente, J. R., & Grant, M. (1993). Development of the alcohol use disorders identification test (AUDIT): WHO collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption-II. *Addiction*, 88(6), 781-810.

Schomerus, G., Lucht, M., Holzinger, A., Matschinger, H., Carta, M. G., & Angermeyer, M. C. (2011). The stigma of alcohol dependence compared with other mental disorders: a review of population studies. *Alcohol and Alcoholism*, 46(2), 105-112.

Tangney, J., & Dearing, R. (2002). *Emotions and social behavior: Shame and guilt*. New York, NY, US.

Trebey, M. S., Rice, S. M., Wilson, M., Prado, C. E., & Bruno, R. (2020). Measuring Alcohol Use-Related Shame and Guilt: Development and Validation of the Perceptions of Drinking Scale. *Substance Use & Misuse*, 55(3), 441-451.

Vallières, E. F., & Vallierand, R. J. (1990). Traduction et validation canadienne-française de l'échelle de l'estime de soi de Rosenberg. *International Journal of Psychology*, 25(2), 305-316.

Rosenberg, J. M., van Lissa, C. J., Beymer, P. N., Anderson, D. J., Scheel, M. J., & Schmidt, L. A. (2019). tidyLPA: Easily carry out Latent Profile Analysis (LPA) using open-source or commercial software [R package]. <https://data-edu.github.io/tidyLPA/>.

Schwarz, G. (1978). Estimating the dimension of a model. *Annals of Statistics* 6, 461-464.



Annexe 16. Portfolio

PORTFOLIO

Le but du Portfolio est de valoriser les compétences des doctorants acquises au cours de leurs années de doctorat. Aujourd'hui ce portfolio a été rendu obligatoire par l'arrêté du 25 mai 2016 : Article 15 de l'Arrêté du 25 mai 2016 fixant le cadre national de la formation et les modalités conduisant à la délivrance du diplôme national de doctorat :

« Un Portfolio du doctorant comprenant la liste individualisée de toutes les activités du doctorant durant sa formation, incluant enseignement, diffusion de la culture scientifique ou transfert de technologie, et valorisant les compétences qu'il a développées pendant la préparation du doctorat, est réalisé. Il est mis à jour régulièrement par le doctorant. »

1. Conception, développement et gestion du projet de recherche

- Création d'un protocole de recherche sur thématique choisie
- Obtention de l'accord du CER le 16/06/2020
- Prise de contact de centres d'addictologies pour demande de partenariat et de recrutement
- Convention d'intervention pour recrutement au sein d'une structure de soin
- Création de support de diffusion pour le personnel soignant et pour les usagers visés par le recrutement
- Inclusion de participants en service addictologie pendant 1 an

2. Diffusion scientifique nationale et internationale

2.1 Publications

2.1.1 Soumises

Milan, L., Varescon, I. (soumis) Self-Stigma in Alcohol Use Disorder: Involvement of Guilt and Shame in the Progressive Model. *Stigma & Health*

Milan, L., Hamonniere, T., Varescon, I. (soumis) Guilt in Alcohol Use: A Systematic Review. *Addictive Behavior*

2.1.2 Publiés

Hamonniere, T., **Milan, L.**, Varescon, I. (2022). Repetitive negative thinking, metacognitive beliefs, and their interaction as possible predictors for problematic cannabis use. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 29(2), 706-717. (SJR Q1, IF: 2.938) <https://doi.org/10.1002/cpp.2664>

Milan, L., Varescon, I. (2021). Stigmatisation intériorisée et consommation de substances psychoactives : revue systématique de la littérature. *Psychologie Française*. (SJR Q3, IF : 0.42) <https://doi.org/10.1016/j.psfr.2021.02.006>

2.2 Communications

Milan, L. & Varescon, I. (2021, 8-10 décembre). « *Je bois donc je suis...* » : rôles de la honte et de la culpabilité dans la stigmatisation intériorisée [communication orale]. 61ème Congrès de la Société Française de Psychologie. Tours

Milan, L., & Varescon, I. (2021, 2-5 décembre). *Stigmatisation intériorisée, honte et culpabilité dans l'alcool-dépendance : analyse des profils à l'aide d'une approche centrée sur la personne* [communication affichée]. Congrès Français de Psychiatrie 13e édition. Montpellier.

Milan, L., & Varescon, I. (2021). *Self-Stigma in Alcohol Dependence : Guilt and Shame's implication ? A preliminary study in French population* [communication affichée]. International Joint Congress Albatros & WADD, Paris.

Hamonniere, T., **Milan, L.** & Varescon, I. (2019, juillet). *Metacognitive beliefs in problematic cannabis use: preliminary findings* [communication affichée]. 9th World Congress of Behavioural & Cognitive Therapies. Berlin, Deutschland.

2.3 Vulgarisation

Milan, L. (2022, 27 octobre). *Stigmatisation et santé mentale : qu'en est-il pour les consommateurs et consommatrices d'alcool ?* Semaine d'Information en Santé Mentale. Université Paul Vallery, Montpellier.

3. Enseignements

| Intitulé cours | Niveau | 2020-2021 | 2021-2022 |
|---------------------------------------|--------|-----------|-----------|
| Orientation Active (ORAC) | L1 | 48h TD | |
| Apprentissage Par la Recherche (APR3) | L2 | | 48h TD |
| Apprentissage Par la Recherche (APR4) | L2 | | 24h TD |
| Analyse de Données (AD1) | M1 | 48h TD | 48h TD |
| Total heures dispensées : 216h | | | |

4. Emplois en parallèle du doctorat

4.1 Recherche

Mai 2021- Juin 2021 / Octobre 2021- Décembre 2021

- **Chargée de recherche dans le cadre de l'étude d'Evaluation Psychologique des Proches de patient(e)s PPost-Covid grave,** entretiens de recherche téléphonique (50%ETP) Hôpital Georges Pompidou, Service de Réanimation

Octobre 2021

- **Analyste de données pour l'enquête "état des lieux sur les pratiques de décision partagée en cancérologie du point de vue des patients".** Cancer Contribution

4.2 Clinique

Mars 2020 - Juillet 2020

- **Vacation psychologue clinicienne dans un Centre Hébergement Stabilisation.** Les Enfants du Canal

Juillet 2020 -Septembre 2021

- **Psychologue clinicienne dans un Lit Halte Soins Santé (50% ETP).** Association Aurore

Depuis mars 2022

- **Psychologue clinicienne au sein des ACT Les Horizons de Regain (50% ETP).** Association Adages

Depuis juin 2022

- **Psychologue clinicienne au sein du CSAPA Arc En Ciel et de la CJC le Zinc** (50% ETP). Association Accueil Marginalité Toxicomanie

4.3 Formation professionnelle

- **Intervenante formation** Afar (formation des professionnels des établissements sanitaires, sociaux, médico-sociaux, des collectivités territoriales et des entreprises).

5. Formations scientifiques

5.1 Formations obligatoires proposées par l'ED

| Formation | Durée (heures) |
|---|-----------------------|
| Entreprise et Organisations | |
| Journée d'Accueil D1 | 03:00 |
| Ethique et Recherche | 06:00 |
| S'initier à la recherche participative | 03:30 |
| Valoriser sa recherche par l'innovation sociale et responsable | 07:00 |
| Répondre à un appel d'offre d'une organisation internationale | 03:00 |
| Concrétiser et réussir son projet de mobilité internationale | 04:00 |
| Premier pas vers l'entrepreneuriat : Ouvrir sa première entreprise - Statut de micro-entreprise de A à Z – les contraintes et les astuces administratives | 04:00 |
| Médias et logiciel | |
| Veille informationnelle et connaissance des réseaux sociaux de la recherche en psychologie | 02:00 |
| Pubmed/Medline et Embase : bases de données en sciences biomédicales et de santé | 02:30 |
| Zotero : niveau avancé | 02:30 |
| Python : une introduction à la programmation pour la recherche | 12:00 |
| Aisance orale | |
| S'exprimer avec aisance grâce au théâtre - Niveau 1 | 12:00 |

| | |
|--|----------------------------|
| À la découverte de sa voix - Techniques vocales | 18:00 |
| Déposer sa thèse à Université Paris Cité | 03:00 |
| Science ouverte | |
| Science ouverte : webinaire introductif | 02:30 |
| Science ouverte : stratégies de publications | 03:00 |
| Science ouverte : Appréhender et optimiser l'impact de ses publications | 03:00 |
| Science ouverte. Gérer ses données de la recherche : quel intérêt pour un jeune chercheur ? | 03:00 |
| Science ouverte. Concevoir un plan de gestion de données : attendus et réalisation | 03:00 |
| Science ouverte : conjuguer sa stratégie de présence en ligne avec les pratiques de la science ouverte | 03:00 |
| | Total en jours : 15 |

5.2 Autres formations scientifiques

| Formation | Organisme |
|--|-----------|
| Introduction à la statistique avec R | FunMooc |
| Analyse des données multidimensionnelles | FunMooc |
| Recherche reproductible : principes méthodologiques pour une science transparente | FunMooc |
| Formation Nvivo | Qalister |

