

ESSAI PRÉSENTÉ À L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

COMME EXIGENCE PARTIELLE
DE LA MAÎTRISE EN ERGOTHÉRAPIE (M.Sc.)

PAR
EMMANUELLE SAVARD

L'IMPACT DE LA STIGMATISATION SUR L'UTILISATION DU SAVOIR EXPÉRIENTIEL CHEZ LES
PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ EN SANTÉ MENTALE

DÉCEMBRE 2022

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de cet essai a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son essai.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur cet essai. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de cet essai requiert son autorisation.

REMERCIEMENTS

J'aimerais tout d'abord remercier ma superviseuse d'essai, Mme Catherine Briand qui m'a accompagnée et guidée dans toutes les étapes de ce projet. Je voudrais souligner sa grande disponibilité, son soutien indéfectible ainsi que ses précieux conseils qui m'ont permis de pousser mes réflexions encore plus loin.

Je tiens également à remercier Myreille Bédard, formatrice au Centre d'apprentissage Santé et Rétablissement, patiente-partenaire, conférencière, Julie Bellemare, ergothérapeute et doctorante en Sciences biomédicales, ainsi qu'Anick Sauvageau, ergothérapeute et candidate au doctorat en Sciences biomédicales, pour les commentaires qui m'ont permis de bonifier mon essai.

Finalement, je ne peux passer sous silence le soutien incroyable de mes proches et amis. Merci Raphaël Méthot, Corinne Langlois et Sarah-Maude Thibault de m'avoir accompagnée, rassurée et surtout poussée dans tout ce processus. Merci à mes amis d'université pour la motivation et les encouragements lors de cette dernière année et demie.

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES TABLEAUX.....	iv
LISTE DES ABRÉVIATIONS	v
LISTE DES FIGURES.....	vi
RÉSUMÉ	vii
ABSTRACT	viii
1.INTRODUCTION	1
2.PROBLÉMATIQUE	3
2.1 Paradigme du rétablissement.....	3
2.2 Utilisation actuelle du savoir expérientiel	3
2.3 Santé mentale et injustice épistémique	5
2.4 Lien avec le projet de cet essai	5
3.OBJECTIFS ET QUESTIONS DE RECHERCHE.....	7
4.CADRE THÉORIQUE.....	8
4.1 Concepts centraux	8
4.1.1 Concept du savoir expérientiel	8
4.1.2 Autodivulgateion	8
4.1.3 Concept de la stigmatisation.....	8
4.2 Cadre conceptuel d'analyse.....	10
4.2.1 The Barriers and Facilitators in Implementation of Task-Sharing Mental Health.....	10
5. MÉTHODE	13
5.1 Réalisation d'une première revue de littérature.....	13
5.1.1 Collecte de données.....	13
5.1.1.1 Choix des bases de données.....	13
5.1.1.2 Choix des mots clés	13

5.1.1.3 Sélection des articles	14
5.1.2 Analyse des articles	15
5.2 Réalisation d'une seconde revue de littérature	16
5.2.1 Collecte de données	16
5.2.1.1 Choix des bases de données	16
5.2.1.2 Choix des mots clés	16
5.2.1.3 Sélection des articles	16
5.2.2 Analyse des articles	17
5.3 Réalisation d'une schématisation initiale	18
5.4 Présentation de la schématisation à deux experts	18
5.5 Considération des avis d'experts et schématisation finale	19
6. RÉSULTATS	20
6.1 Résultats de la première revue de littérature : Comment s'explique la stigmatisation chez les professionnels de la santé?	20
6.1.1 Stéréotypes internalisés	20
6.1.2 Manque de connaissances	21
6.1.3 Contact direct en situation de crise	21
6.1.4 Impact des politiques et systèmes	22
6.2 Résultats de la deuxième revue de littérature : Comment la stigmatisation influence l'autodivulgateur?	23
6.2.1 Culture de non-divulgateur dans la pratique professionnelle	24
6.2.2 Culture dichotomique santé-maladie et préjugés associés	25
6.2.3 Perception négative du rétablissement et perte d'espoir	25
6.2.4 Crainte du jugement et de la stigmatisation	26
6.2.5 Type d'environnement de travail	27
6.3 Schématisation basée sur le modèle BeFITS-MH	27
6.3.1 Utilisation faible du savoir expérientiel	30
6.3.2 Utilisation élevée du savoir expérientiel	30
6.4 Résultats de la consultation d'experts	30
6.5 Considération des avis d'experts	32
6.5.1 Éléments ajoutés	32
6.5.2 Éléments reformulés	32
6.5.3 Schématisation finale	33

7.DISCUSSION	35
7.1 Retour sur les objectifs	35
7.2 Importance des connaissances	35
7.3 Contribution de la société et du système de la santé au manque de connaissance.....	36
7.4 Changements à apporter afin d’augmenter l’utilisation du savoir expérientiel chez les professionnels de la santé en santé mentale.....	38
7.5 Vision erronée du savoir expérientiel.....	39
7.6 Lien avec la pratique en ergothérapie.....	40
7.7 Limites de l’étude.....	40
7.8 Forces de l’étude.....	41
8.CONCLUSION	42
RÉFÉRENCES.....	43
ANNEXE A	48
ANNEXE B.....	50
ANNEXE C.....	63

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1. Termes de recherche utilisés sous-question un.....	14
Tableau 2. Tableau d'extraction des données	15
Tableau 3. Termes de recherche utilisés sous-question deux	16
Tableau 4. Auteurs ayant inspiré les différentes thèmes de la première revue de littérature	20
Tableau 5. Auteurs ayant inspiré les différentes thèmes de la deuxième revue de littérature	24
Tableau 6. Éléments discutés lors de la consultation d'experts	31
Tableau 7. Éléments ajoutés	32
Tableau 8. Éléments reformulés	33
Tableau 9. Extraction des données sous-question un	50
Tableau 10. Extraction des données sous-question deux.....	63

LISTE DES ABRÉVIATIONS

BeFITS-MHT	The Barriers and Facilitators in Implementation of Task-Sharing Mental Health
CFIR	Consolidated Framework for Implementation Research
CISSS	Centres intégrés de santé et de services sociaux
CIUSSS	Centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux
OMS	Organisation mondiale de la Santé
SIV	Soutien d'intensité variable
SIM	Suivi intensif dans le milieu
TDF	Theoretical Domains Framework

LISTE DES FIGURES

Figure 1. Cadre conceptuel The Barriers and Facilitators in Implementation of Task-Sharing Mental Health (BeFITS-MH).....	10
Figure 2. Schéma illustrant le processus de sélection et de tri des articles	15
Figure 3. Schéma illustrant le processus de sélection et de tri des articles	17
Figure 4. Schématisation représentant l'impact de la stigmatisation sur l'utilisation du savoir expérientiel.....	29
Figure 5. Schématisation finale représentant l'impact de la stigmatisation sur l'utilisation du savoir expérientiel.....	34

RÉSUMÉ

Problématique : Le paradigme du rétablissement met de l'avant trois types de savoirs qui sont tous mis sur le même pied d'égalité (Fox, 2017, cité dans Bouchard, 2020). Il souligne l'importance du savoir expérientiel dans le système de la santé, savoir pouvant être présent de plusieurs façons : par le biais du client, du pair aidant et du professionnel de la santé. La littérature est abondante quant à l'utilisation du savoir expérientiel des clients et des pairs aidants, mais beaucoup moins en ce qui a trait au savoir expérientiel des professionnels de la santé. Le concept d'injustice épistémique indique que le savoir de certaines personnes, notamment celui des personnes avec des enjeux de santé mentale, est moins valide et crédible en raison, entre autres, de la stigmatisation (Leblanc et Kinsella, 2016). **Objectif :** Documenter l'impact de la stigmatisation sur l'utilisation du savoir expérientiel ainsi que de réaliser une schématisation représentant ce phénomène. **Cadre conceptuel :** Trois concepts clés ont été définis dans le cadre de compréhension de cet essai, soit : le savoir expérientiel, l'autodivulgence et la stigmatisation. Le cadre conceptuel *The Barriers and Facilitators in Implementation of Task-Sharing Mental Health* a également servi de cadre d'analyse. **Méthode :** Une méthodologie à cinq étapes a été privilégiée : la réalisation d'une première revue de littérature, la réalisation d'une seconde revue de littérature, la schématisation initiale de ce phénomène, la consultation d'experts pour valider et commenter la schématisation et la réalisation d'une schématisation bonifiée. L'analyse de données a pris la forme de tableaux et de schémas. **Résultats :** Quatre composantes sont ressorties de la première revue de littérature, soit : les stéréotypes internalisés, le manque de connaissances, le contact direct en situation de crise ainsi que les impacts des politiques et systèmes. Cinq composantes sont ressorties de la deuxième revue de littérature, soit : la culture de non-divulgence, la culture dichotomique santé-maladie et les préjugés associés, la perception négative du rétablissement et la perte d'espoir, la crainte du jugement et de la stigmatisation ainsi que le type d'environnement de travail. Les éléments proposés lors de la consultation d'experts et retenus pour l'élaboration de la schématisation bonifiée sont : le sous financement chronique du domaine de la santé mentale, le déficit de connaissance sur la santé mentale, la pression de performance, la sensibilisation sur la santé mentale et le travail en co-production. **Discussion :** La comparaison entre les résultats des revues de littérature et du comité d'experts a permis de mettre de l'avant l'impact majeur du manque de connaissances sur la stigmatisation. Il serait important de donner accès à la population à des sources d'informations variées sur la santé mentale pour diminuer la stigmatisation liée à la santé mentale créant ainsi un environnement plus favorable à l'utilisation du savoir expérientiel. Pour faire cela, il faudrait des changements majeurs dans la société et dans le système de la santé. **Conclusion :** L'apport principal de cet essai est d'explorer l'impact de la stigmatisation sur l'utilisation du savoir expérientiel et de statuer qu'il y a bien une corrélation entre ces deux concepts.

Mots-clés : Savoir expérientiel, stigmatisation, professionnels de la santé

ABSTRACT

Issues: The recovery paradigm emphasizes three types of knowledge that are all equated (Fox, 2017, cited in Bouchard, 2020). It highlights the importance of experiential knowledge in the health care system, knowledge that can be present in several ways: through the client, the peer helper, and the healthcare professional. There is an abundance of literature on the use of experiential knowledge of clients and peer helpers, but much less on the experiential knowledge of health care professionals. The concept of epistemic injustice suggests that the knowledge of some people, particularly those with mental health issues, is less valid and credible due to, among other things, stigma (Leblanc & Kinsella, 2016). **Objective:** The purpose of this study is to document the impact of stigma on the use of experiential knowledge as well as to develop a schema representing this phenomenon. **Conceptual Framework:** Three key concepts were identified in the framework for understanding this essay: experiential knowledge, self-disclosure, and stigma. The conceptual framework The Barriers and Facilitators in Implementation of Task-Sharing Mental Health was also used as a framework for analysis. **Method:** A five-step methodology was used: an initial literature review, a second literature review, an initial schematization of the phenomenon, consultation with experts to validate and comment on the schematization, and an improved schematization. The data analysis took the form of tables and diagrams **Results:** Four components emerged from the first literature review: internalized stereotypes, lack of knowledge, direct contact in crisis situations, and the impact of policies and systems. Five components emerged from the second literature review: the culture of non-disclosure, the dichotomous health-disease culture and associated prejudices, the negative perception of recovery and the loss of hope, the fear of judgment and stigmatization, and the type of work environment. The elements proposed during the expert consultation and retained for the development of the enhanced schematization are chronic underfunding of the mental health field, mental health knowledge deficit, performance pressure, mental health awareness and co-production work. **Discussion:** The comparison between the results of the literature reviews and the expert panel highlighted the major impact of lack of knowledge on stigma. It would be important to provide the population with access to a variety of information sources on mental health to reduce the stigma associated with mental health, thereby creating an environment more conducive to the use of experiential knowledge. To do this would require major changes in society and in the health care field. **Conclusion:** The main contribution of this study is to explore the impact of stigma on the use of experiential knowledge and to find that there is a correlation between these two concepts.

Keywords : Experiential knowledge, stigmatization, healthcare professionals

1. INTRODUCTION

Un savoir est « un ensemble cohérent de connaissances acquises au contact de la réalité ou par l'étude » (Larousse, s.d.). Dans le cadre de la pratique en santé mentale, plus précisément, du paradigme du rétablissement, on retrouve dans la littérature la mention de trois types de savoir : le savoir théorique, le savoir pratique ainsi que le savoir expérientiel (Fox, 2017, cité dans Bouchard, 2020). Le savoir expérientiel est défini comme « la vérité apprise par l'expérience personnelle d'un phénomène plutôt que la vérité acquise par le raisonnement discursif, l'observation ou la réflexion sur des informations fournies par d'autres » [traduction libre] (Borkman, 1976). Plusieurs études ont mis en lumière les nombreuses répercussions positives de l'utilisation du savoir expérientiel du professionnel de la santé sur la relation thérapeutique et les interventions. Il a entre autres été relevé que l'utilisation de ce type de savoir permettrait d'humaniser et de renforcer la relation thérapeutique, de donner un aperçu du processus de rétablissement, d'augmenter le sentiment d'espoir en lien avec le rétablissement et de permettre aux patients de se sentir davantage compris et entendus (Karbouniaris et al., 2020).

Malgré le fait que la littérature démontre les retombées positives de son utilisation, le savoir expérientiel commence tout juste à être mis de l'avant au Québec, sans être totalement valorisé (Clément et Lévesque, 2016). En effet, le gouvernement québécois reconnaît l'apport du savoir expérientiel des utilisateurs de services dans ses mesures gouvernementales et dans le programme Pairs Aidants Réseau au Québec (Provencher et al., 2010). Cependant, ce même type de savoir est peu reconnu lorsqu'il s'agit de celui des professionnels de la santé. En effet, la littérature est presque inexistante sur l'utilisation du savoir des professionnels de la santé issu de leur vécu expérientiel dans le cadre de leur emploi au Québec. Ce dernier aspect est questionnant et soulève l'hypothèse que des facteurs pourraient venir affecter l'utilisation du savoir expérientiel de ces professionnels.

Le présent projet d'intégration se penchera sur la stigmatisation et plus particulièrement sur l'impact de celle-ci sur l'utilisation, par le professionnel de la santé mentale, de son savoir expérientiel. D'abord, une présentation de la problématique de recherche sera réalisée suivie des objectifs et des questions de recherche. Ensuite, le cadre conceptuel ainsi que la méthodologie de recherche seront énoncés. Puis, les résultats obtenus seront présentés. Finalement, une

discussion incluant les forces et limites de l'essai suivra. Cet essai se terminera par une brève conclusion.

2.PROBLÉMATIQUE

2.1 Paradigme du rétablissement

Le paradigme du rétablissement, apparu en 1834, se veut un changement d'orientation dans la manière d'offrir des soins en santé (Wyngaerden et Allart, 2021). Dans ce paradigme, le professionnel de la santé ne se met pas en position d'expert, mais plutôt en soutien afin que les usagers puissent prendre leurs propres décisions (Wyngaerden et Allart, 2021). En plus de mettre le client au centre, ce paradigme fait valoir qu'il est possible de vivre une vie épanouie malgré la présence de symptômes. En d'autres termes, le paradigme du rétablissement s'éloigne de la conception de la santé qui promeut que celle-ci est « un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité » (Organisation mondiale de la Santé [OMS], 1946). Il vise plutôt une vision holistique du bien-être, de la situation de l'utilisateur et de sa réalité. Un autre élément important du paradigme du rétablissement est la conception comme quoi la personne ayant vécu des enjeux de santé mentale est considérée comme un expert par expérience (Pelletier et al., 2019, cité dans Bouchard, 2020). En effet, ce paradigme véhicule que l'utilisateur est l'expert de sa situation et qu'il a un rôle actif à jouer dans son rétablissement ainsi que dans le maintien d'une bonne santé mentale (Houle et al., 2016). Le paradigme du rétablissement met de l'avant trois types de savoirs qui sont tous mis sur le même pied d'égalité. Ces trois savoirs sont le savoir clinique, qui est le savoir qui vient de l'expérience professionnelle, le savoir théorique, qui tient sa source des données probantes issues de la recherche, et finalement le savoir expérientiel (Fox, 2017, cité dans Bouchard, 2020). En bref, le paradigme du rétablissement fait valoir l'importance du savoir expérientiel auprès des professionnels de la santé, dans les pratiques et dans le système de la santé.

2.2 Utilisation actuelle du savoir expérientiel

Le paradigme de rétablissement souligne l'importance du savoir expérientiel dans le système de la santé, savoir pouvant être présent de plusieurs façons : par le biais du client, du pair aidant et du professionnel de la santé. Comme mentionné en introduction, on retrouve en première instance le savoir expérientiel que possède le client et qui est très précieux pour le rétablissement. Ensuite, on retrouve le savoir expérientiel des pairs aidants. Les pairs aidants sont

des membres de l'équipe professionnelle qui ont comme rôle de partager et d'utiliser leur savoir quant à la santé mentale comme outil d'intervention. Le partage de leur vécu vise donc à « redonner de l'espoir, de servir de modèle d'identification, d'offrir de l'inspiration, du soutien et de l'information auprès de personnes qui vivent des situations similaires à celles qu'il a vécues » (Repper et Carter, 2010, cité dans Cloutier et Maugiron, 2016). Finalement, on retrouve le savoir expérientiel que possèdent les professionnels de la santé en santé mentale. La littérature est abondante quant à l'utilisation du savoir expérientiel des clients et des pairs aidants, mais beaucoup moins en ce qui a trait au savoir expérientiel des professionnels de la santé.

Au niveau mondial, les différents systèmes de santé ont pris des décisions différentes au niveau de l'utilisation du savoir expérientiel des clients, des pairs aidants et des professionnels de la santé. Au Royaume-Uni, le système de santé favorise l'autodivulgence du savoir expérientiel chez les professionnels de la santé et promeut les bénéfices de ce savoir par le biais de politique et d'un plan d'action (Department for Work and Pension, 2021). Un peu partout autour du monde, des cliniques en santé mentale mettent de l'avant le savoir expérientiel de leurs cliniciens et son apport au processus de rétablissement (Karbouniaris et al., 2020). Le gouvernement du Québec reconnaît l'importance du savoir expérientiel du client dans le processus de soin et mise sur le savoir expérientiel des pairs aidants qui sont des personnes qui s'ajoutent à l'équipe de soin. La mesure 33 du Plan d'action en santé mentale du gouvernement du Québec indique que chaque centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) et centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) « intégrera un pair aidant dans au moins 30% des équipes de SIV et dans 80% des équipes de SIM » (Ministère de la Santé et des Services sociaux [MSSS] , 2015, p.55). Le programme Pairs Aidants Réseau constitue donc le premier programme de pairs aidants de la francophonie qui vise à favoriser l'embauche et l'intégration des pairs aidants dans le milieu de la santé mentale. Ce programme indique que les pairs aidants permettent de « génère(r) un regard différent qui facilite la compréhension de l'existence de la personne vivant ou ayant vécu un problème de santé mentale et des stratégies pour la soutenir » (Association québécoise pour la réadaptation psychosociale, s.d.). Bien que cette mesure fasse en sorte d'inclure une personne ayant un savoir expérientiel dans l'équipe de soin, cela ne tient pas en compte du savoir expérientiel des professionnels de la santé.

2.3 Santé mentale et injustice épistémique

Un concept intéressant issu de la littérature est celui de l'injustice épistémique. Ce concept a été développé par la philosophe Miranda Fricker (2007) et met en lumière le fait que le savoir de certaines personnes est moins valide et crédible que celui d'autres personnes (Carr, 2022; Leblanc et Kinsella, 2016). Dans ces écrits, le savoir des personnes dites folles aurait moins de poids que celui des autres. Le terme fou est utilisé pour nommer « toutes les personnes qui s'identifient comme telles, ou qui ont été par ailleurs considérées comme malades mentales ou ayant besoin de services psychiatriques » (Poole et al., 2012; Wolframe, 2013b, cités dans Leblanc et Kinsella, 2016). Lorsque l'on regarde un des facteurs qui serait à la base de l'injustice épistémique, on retrouve le concept du sanisme. Ce concept est défini comme « l'assujettissement et l'oppression systématiques des personnes qui ont reçu des diagnostics de santé mentale, ou qui sont autrement perçus comme "malade mental" » [traduction libre] (Perlin, 1992, 2003; Poole et al., 2012, cités dans Leblanc et Kinsella, 2016). Le sanisme est un concept lié à la stigmatisation. La stigmatisation liée à la santé mentale est en fait une manifestation saniste plus globale (Renaud, 2022). En d'autres termes, le sanisme et la stigmatisation liée à santé mentale sont des facteurs qui feraient en sorte que le savoir des personnes souffrant d'enjeux de santé mentale est moins crédible que celui des personnes dites saines. Le fait d'être étiqueté avec un savoir fou vient avec des conséquences, comme en témoignent plusieurs auteurs : « les personnes folles continuent de lutter contre la suppression et le rejet de leurs connaissances, de leurs expériences et de leurs perspectives » [traduction libre] (Fabris, 2011; Reaume, 2006 ; Russo et Beresford, 2015 ; Wolframe, 2013a, cités dans Leblanc et Kinsella, 2016).

2.4 Lien avec le projet de cet essai

De cette problématique ressort différents constats. En premier lieu, les professionnels de la santé en santé mentale au Québec possèdent un savoir expérientiel, mais le peu d'étude à ce sujet porte à croire qu'il y a une faible utilisation de celui-ci. En deuxième lieu, il existe des injustices dans les savoirs de la population. En effet, comme démontré plus haut, une injustice épistémique est présente dans la société en raison du sanisme, soit de la stigmatisation des personnes souffrant de problématiques de santé mentale. En regard de cela, il s'avère pertinent

de se questionner à savoir si la stigmatisation liée à la santé mentale influence l'utilisation du savoir expérientiel chez les professionnels de la santé? Le présent essai de maîtrise aura donc comme objectif d'explorer cette possible corrélation en se concentrant sur l'utilisation du savoir expérientiel que possèdent professionnels de la santé travaillant dans le domaine de la santé mentale au Québec.

3.OBJECTIFS ET QUESTIONS DE RECHERCHE

L'objectif principal de cet essai de maîtrise est de documenter l'impact de la stigmatisation sur l'utilisation du savoir expérientiel. La question de recherche est : comment la stigmatisation influence l'utilisation du savoir expérientiel des professionnels de la santé en santé mentale? Afin de répondre à cette question, quatre étapes sont nécessaires : deux revues de littérature, répondant chacune à une sous-question, une schématisation ainsi qu'une consultation d'experts. La première sous-question est : comment s'explique la stigmatisation chez les professionnels de la santé? La deuxième sous-question est : est-ce que la stigmatisation influence l'autodivulgateion? Pour bien illustrer le processus dynamique entre la stigmatisation et l'utilisation du savoir expérientiel, le sous-objectif de cet essai est de réaliser une schématisation représentant ce phénomène. La schématisation inclura les résultats issus des deux revues de littérature. Finalement, la consultation avec les experts permettra d'obtenir des avis externes sur la schématisation et de réaliser une schématisation bonifiée.

4. CADRE THÉORIQUE

4.1 Concepts centraux

4.1.1 Concept du savoir expérientiel

Le savoir expérientiel est un concept qui a été développé en 1976 par la sociologue Thomasina Borkman. Celle-ci démystifie le concept de savoir expérientiel et d'expertise expérientielle en mentionnant que le savoir expérientiel est « la vérité apprise par l'expérience personnelle d'un phénomène plutôt que la vérité acquise par le raisonnement discursif, l'observation ou la réflexion sur des informations fournies par d'autres » [traduction libre] (Borkman, 1976). L'expertise expérientielle est plutôt « une compétence ou une habileté à traiter ou à résoudre un problème en utilisant sa propre expérience » [traduction libre] (Borkman, 1976).

La Commission de la santé mentale du Canada (2015, p.90) va dans le même sens en indiquant que le savoir expérientiel est l'ensemble des « connaissances que les personnes tirent de leur expérience ». Cette définition de la Commission de la santé mentale du Canada amène un élément important quant au savoir expérientiel. En effet, toute expérience n'est pas un savoir. Pour que l'expérience vécue devienne un savoir, il faut que celle-ci soit travaillée et réfléchie afin d'évoluer et de devenir un savoir expérientiel (Clément et Lévesque, 2016).

Dans le présent essai, il sera donc question du savoir issu de l'expérience personnelle en lien avec la santé mentale que possèdent les professionnels de la santé en santé mentale.

4.1.2 Autodivulgation

L'autodivulgation dans le contexte de cet essai réfère au dévoilement de renseignements de la part du professionnel de la santé qui va plus loin que le dévoilement de caractéristiques de base comme son nom, sa formation, les politiques de son organisation et autres. Ce sont plutôt les « renseignements personnels révélés par le thérapeute pour un bénéfice clinique et qui ne sont pas dangereux pour le client » (Zur, 2007, cité dans Le Scelleur, 2016).

4.1.3 Concept de la stigmatisation

Le sanisme et la stigmatisation en santé mentale sont deux concepts qui sont conjoints. En effet, lorsque l'on parle de stigmatisation on parle des manifestations sanistes qui sont plus globales alors que le sanisme vise plus à « remettre en question notre compréhension de la santé

mentale et qui permet de tenir compte de l'intersectionnalité de l'oppression » (Renaud, 2022). Dans cet essai, il sera question des manifestations sanistes plus globales donc de la stigmatisation liée à la santé mentale. Ce choix a été fait puisque le concept de sanisme est relativement récent et est encore émergent dans la littérature. L'utilisation de ce concept aurait donc généré un faible nombre d'articles et ainsi diminué la quantité d'informations recueillies dans les revues de littérature.

La définition de la stigmatisation retenue pour cet essai est celle de Corrigan et Watson (2002) qui stipule que la stigmatisation est un concept qui consiste en de l'étiquetage, des stéréotypes, une séparation, une perte de statut et en de la discrimination qui coexistent dans une situation de pouvoir. La stigmatisation se manifeste souvent en stigmatisation publique et en de l'auto-stigmatisation (Corrigan et Watson, 2002). La stigmatisation fait référence aux croyances que les gens possèdent et qui conduisent à des attitudes préjudiciables entraînant un traitement injuste et inéquitable (Mental Health Commission of Canada, 2015). La stigmatisation publique, quant à elle, est définie par Lien et al, (2021) comme « l'approbation des stéréotypes négatifs des personnes atteintes de maladies mentales par le public » [traduction libre]. La stigmatisation est exercée au détriment d'un groupe social et peut entraîner plusieurs conséquences sur les personnes associées à ce groupe. On retrouve comme conséquence chez ces groupes stigmatisés un plus haut niveau de pauvreté, une moins bonne santé physique et mentale et une perte de statut social. Cela peut même mener à une éducation plus faible ainsi qu'à de l'isolement social (Crisp 2004; Elliot et Masters 2009; Jackson et al. 2009, cités dans Bates et Stickley, 2013). Un autre fait important est que les personnes stigmatisées « sont traitées par la société d'une manière telle que leurs chances de vie et leurs perspectives de réaliser leur propre potentiel sont considérablement réduites » [traduction libre] (Bates et Stickley, 2013). Aussi, la stigmatisation crée de la désinformation sur la maladie mentale et propage de la peur chez la population envers le groupe stigmatisé (Public Health Agency of Canada, 2019). En ce sens, cet essai de maîtrise se penchera sur comment s'explique la stigmatisation chez les professionnels de la santé, sur l'influence de la stigmatisation liée à la santé mentale sur l'autodivulgateion et sur comment cela vient influencer l'utilisation du savoir expérientiel des professionnels de la santé.

4.2 Cadre conceptuel d'analyse

4.2.1 The Barriers and Facilitators in Implementation of Task-Sharing Mental Health

Le cadre conceptuel nommé *The Barriers and Facilitators in Implementation of Task-Sharing Mental Health* (BeFITS-MH) est un cadre qui a été développé par Le et al., (2022). Ce cadre est la combinaison de deux cadres conceptuels déjà existants soit le *Consolidated Framework for Implementation Research* (CFIR) (Damschroder et al., 2009) et le *Theoretical Domains Framework* (TDF) (Atkins et al., 2017).

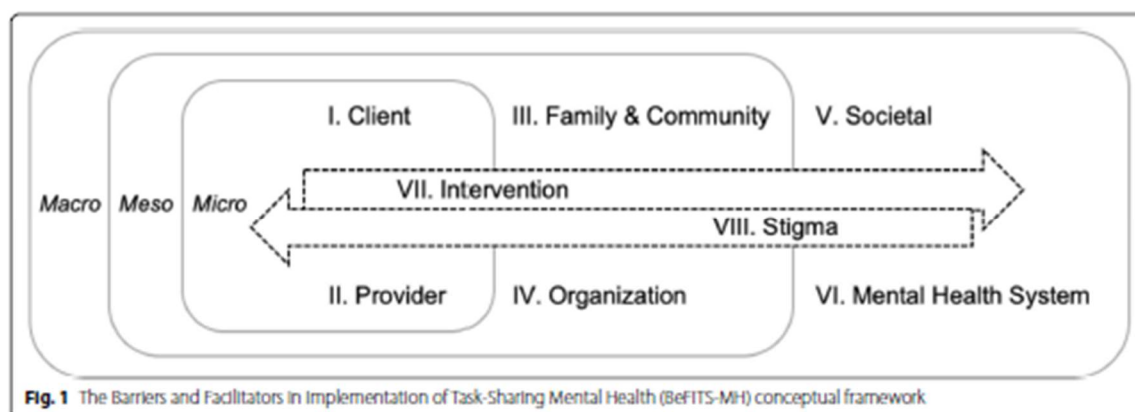


Figure 1. Cadre conceptuel The Barriers and Facilitators in Implementation of Task-Sharing Mental Health (BeFITS-MH)

Ce cadre conceptuel se veut un cadre qui met de l'avant les barrières ainsi que les facilitateurs de l'implantation d'une intervention. Ce cadre a été développé pour une intervention spécifique qui est l'approche du partage des tâches. Le cadre est constitué de huit domaines qui sont situés dans l'environnement micro, méso et macro. Les trois environnements possèdent leur propre encadré ce qui permet de bien distinguer les facteurs issus des différents environnements et de bien cibler l'effet de chaque environnement sur la pratique étudiée. En plus de mettre en lumière l'impact individuel de chaque environnement, les trois environnements sont imbriqués les uns dans les autres afin d'illustrer l'interaction entre les trois environnements. Concrètement, l'environnement micro est influencé par l'environnement méso qui lui est influencé par l'environnement macro. On retrouve deux domaines dans chaque environnement. Dans l'environnement micro, on retrouve le domaine du client et du fournisseur. Dans l'environnement

mésos, il y a les domaines de l'organisation ainsi que de la famille et la communauté. Finalement, l'environnement macro est composé de la société et du système de santé. (Le et al., 2022)

En plus des six domaines nommés ci-dessous, on retrouve deux derniers domaines qui ne sont pas situés dans un environnement précis, mais plutôt qui s'étendent dans chaque environnement. Ces deux domaines sont l'intervention et la stigmatisation. Ils agissent comme agents d'interactions entre les environnements permettant ainsi de démontrer l'influence des environnements entre eux.

Le domaine de l'intervention réfère aux caractéristiques de l'intervention qui sont identifiées comme des facilitateurs ou des obstacles à l'implantation de celle-ci.

Au niveau du domaine de la stigmatisation, celui-ci réfère à la stigmatisation reliée à la maladie mentale. Elle a été identifiée comme une force puissante qui influence les différents domaines et surtout l'implantation. En effet, la stigmatisation est vue comme un obstacle à la réussite de l'implantation et de la mise en œuvre de l'intervention. Aussi, les auteurs mentionnent que la stigmatisation liée à la maladie mentale opère dans les différents niveaux et a une grande influence sur les domaines. (Le et al., 2022)

- Au niveau micro, la stigmatisation serait surtout présente sous la force d'auto-stigmatisation et de la stigmatisation du prestataire de soins. L'auto-stigmatisation viendrait influencer la recherche de services et de soins ainsi qu'augmenter le taux d'abandon des services. La stigmatisation du prestataire de soin est, par exemple, lorsque le professionnel voit le client comme une personne potentiellement dangereuse pour lui-même et pour les autres. Les perceptions liées à la stigmatisation peuvent venir entraver l'efficacité de la mise en œuvre d'une intervention. (Le et al., 2022)
- Au niveau macro, la stigmatisation serait imbriquée dans le système de santé au niveau structurel et serait due à « un manque systémique de formation et d'éducation concernant le traitement de la maladie mentale au niveau des soins primaires » [traduction libre] (Le et al., 2022).

- Du côté de l'environnement méso, un diagnostic de santé mentale serait associé à une diminution de la perception de confiance de la part de la communauté vis-à-vis l'individu avec le diagnostic. (Le et al., 2022)

Malgré que le cadre conceptuel ait été développé pour une intervention spécifique soit l'approche de partage des tâches, celui-ci s'applique très bien à mon essai. Les différents domaines présents mettent bien de l'avant les différents éléments qui favorisent la stigmatisation et les interactions entre ceux-ci qui viennent influencer l'utilisation du savoir expérientiel. Aussi, les trois environnements présents permettent de décliner comment s'illustre la stigmatisation dans chacun d'eux et surtout comment ils interagissent afin d'agir comme barrière ou facilitateur à l'utilisation du savoir expérientiel. En somme, le caractère dynamique et interactif du cadre conceptuel permet de bien illustrer l'impact de la stigmatisation sur l'utilisation du savoir expérientiel. Pour plus d'informations spécifiques sur l'utilisation de ce cadre conceptuel en lien avec ce projet de maîtrise, se référer à l'annexe A.

5. MÉTHODE

Dans le cadre de cet essai, une question de recherche principale a été établie ainsi que deux sous-questions de recherche afin de répondre à cette question principale. En ce sens, une méthodologie composée de cinq étapes a été réalisée. Premièrement, une collecte de données a été menée par le biais d'une revue de littérature afin de répondre à la première sous-question de recherche. Deuxièmement, une seconde collecte de données a été réalisée par le biais d'une revue de littérature dans le but de répondre à la deuxième sous-question de recherche. Troisièmement, une schématisation a été faite afin de répondre à la question de recherche principale. Quatrièmement, ma schématisation a été présentée à deux expertes afin de la valider et de recevoir leur rétroaction sur celle-ci. Finalement, une schématisation finale a été réalisée.

5.1 Réalisation d'une première revue de littérature

Une revue de littérature a été priorisée comme première étape de ce projet afin de répondre au premier sous-objectif qui est : comment s'explique la stigmatisation chez les professionnels de la santé? Cette première revue de littérature a permis de recueillir une multitude de données brutes. La sélection et la synthèse des différentes données ont ainsi permis de développer une schématisation répondant à la question de recherche principale.

5.1.1 Collecte de données

5.1.1.1 Choix des bases de données

Les bases de données EBSCOhost, incluant CINAHL et MEDLINE, ainsi que la base de données APA PsychInfo ont été consultées afin de couvrir le domaine des sciences de la santé et de la psychologie.

5.1.1.2 Choix des mots clés

Les mots clés et les opérateurs booléens suivants ont été utilisés pour réaliser la première collecte de données le 17 janvier 2022. Un intervalle de 10 ans a été utilisé, soit de janvier 2011 à janvier 2022 afin d'avoir les plus récents développements dans le domaine. Au niveau de la langue, le français et l'anglais ont été retenus afin que la lecture des articles soit possible.

Tableau 1.
Termes de recherche utilisés sous-question un

Termes	Mots clés et opérateurs booléens
S1	«Health care professionals»
S2	«stigma» or «stigmatization» or «stigmatisation»
S3	«review of literature» or «literature review» or «meta-analysis» or «systematic review»
S4	S1 AND S2 AND S3

5.1.1.3 Sélection des articles

Pour la première question de recherche, une stratégie à trois niveaux de tri a été utilisée. Le premier tri était réalisé selon le titre. Pour être inclus, les articles devaient être des revues de littérature et devaient parler d'un système de santé représentatif de celui de l'Amérique du Nord. Finalement, les articles qui portaient sur une clientèle ou une pathologie spécifique étaient exclus. Le second tri était effectué selon le résumé des articles. Les articles exclus étaient ceux qui ne faisaient pas de liens entre les concepts S1 et S2. Les articles qui s'avéraient porter sur une clientèle ou une pathologie spécifique étaient également exclus. Finalement, lors de la lecture complète des articles, les listes de références ont été regardées et les articles pertinents ont été ajoutés.

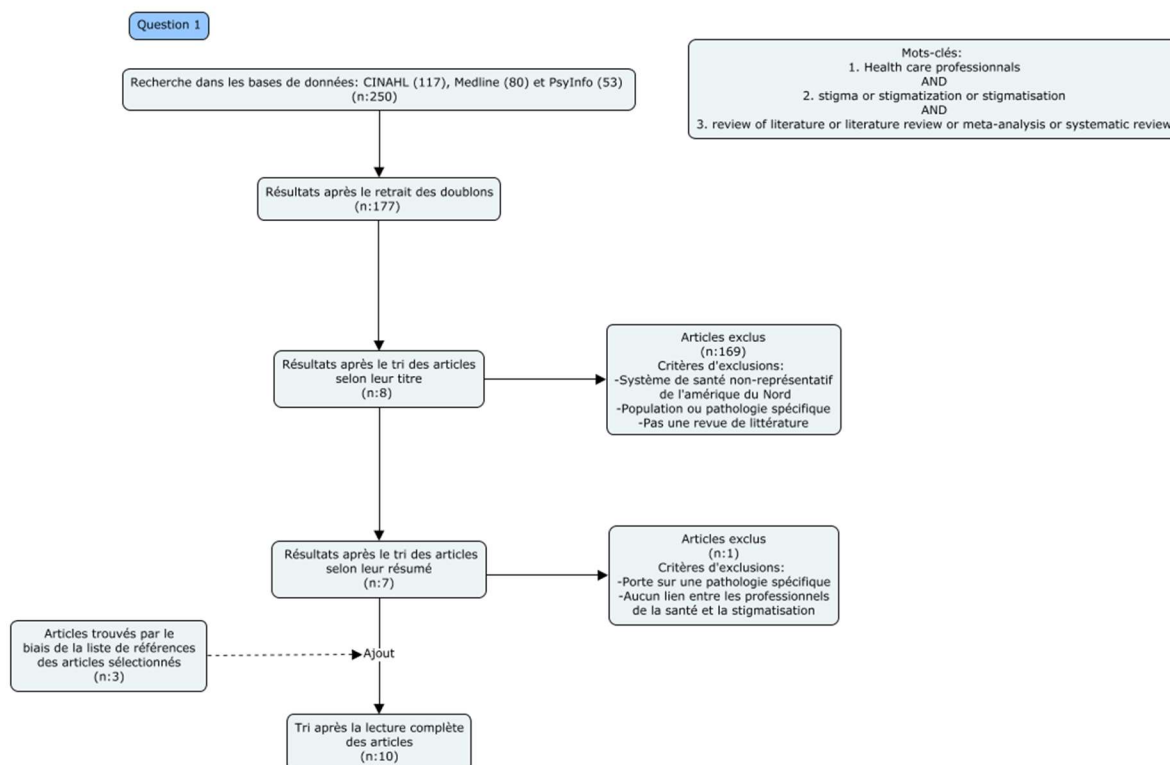


Figure 2. Schéma illustrant le processus de sélection et de tri des articles

5.1.2 Analyse des articles

L'analyse des articles a été menée à l'aide d'une grille d'extraction des données clés afin de faire ressortir les éléments principaux. On retrouve dans la grille le titre, les auteurs, l'objectif de l'étude, le niveau d'évidence, la méthodologie, les principaux résultats de recherche ainsi que les éléments répondant à la question de recherche. Le niveau d'évidence a été analysé grâce au Modèle traditionnel de preuve à hiérarchie unique de Arbesman et al. (2008, cité dans Tomlin et Borgetto, 2011).

Tableau 2.
Tableau d'extraction des données

Titre, auteur, pays et année	Objectif	Niveau d'évidence selon Arbesman et al. (2008) cités dans Tomlin et Borgetto (2011) et méthodologie	Principaux résultats	Éléments répondant à la question de recherche

À la suite de la complétion du tableau 2, les éléments de la dernière colonne ont été classés et regroupés en thèmes afin de répondre à la question de recherche.

5.2 Réalisation d'une seconde revue de littérature

Afin de répondre à la deuxième sous-question qui est : est-ce que la stigmatisation influence l'autodivulgence, une revue de littérature a été priorisée comme première étape de ce projet. Cette première revue de littérature a permis de recueillir une multitude de données brutes. La sélection et la synthèse des différentes données ont ainsi permis de développer une schématisation répondant à la question de recherche principale.

5.2.1 Collecte de données

5.2.1.1 Choix des bases de données

Les bases de données EBSCOhost, incluant CINAHL et MEDLINE, ainsi que la base de données APA PsychInfo ont été consultées afin de couvrir le domaine des sciences de la santé et de la psychologie.

5.2.1.2 Choix des mots clés

Les mots clés et les opérateurs booléens suivants ont été utilisés pour réaliser la première collecte de données le 17 janvier 2022. Un intervalle de 10 ans a été utilisé, soit de 2011 à janvier 2022 afin d'avoir les plus récents développements dans le domaine. Au niveau de la langue, le français et l'anglais ont été retenus afin de pouvoir lire les articles.

Tableau 3.

Termes de recherche utilisés sous-question deux

Termes	Mots clés et opérateurs booléens
S1	«mental health stigma»
S2	«disclosure» or «self-disclosure»
S3	S1 AND S2

5.2.1.3 Sélection des articles

Pour la seconde question de recherche, une stratégie à trois niveaux de tri a également été utilisée. Le premier tri était réalisé selon le titre. Pour être inclus, les articles devaient parler d'un système de santé représentatif de celui de l'Amérique du Nord. Aussi, les articles qui portaient sur une clientèle ou une pathologie spécifique étaient exclus. Le second tri était effectué

selon le résumé des articles. Les articles exclus étaient ceux qui ne faisaient pas de liens entre les concepts S1 et S2. Les articles qui s'avéraient finalement porter sur une clientèle ou une pathologie spécifique étaient exclus. Finalement, lors de la lecture complète des articles, les listes de références ont été regardées et les articles pertinents ont été ajoutés.

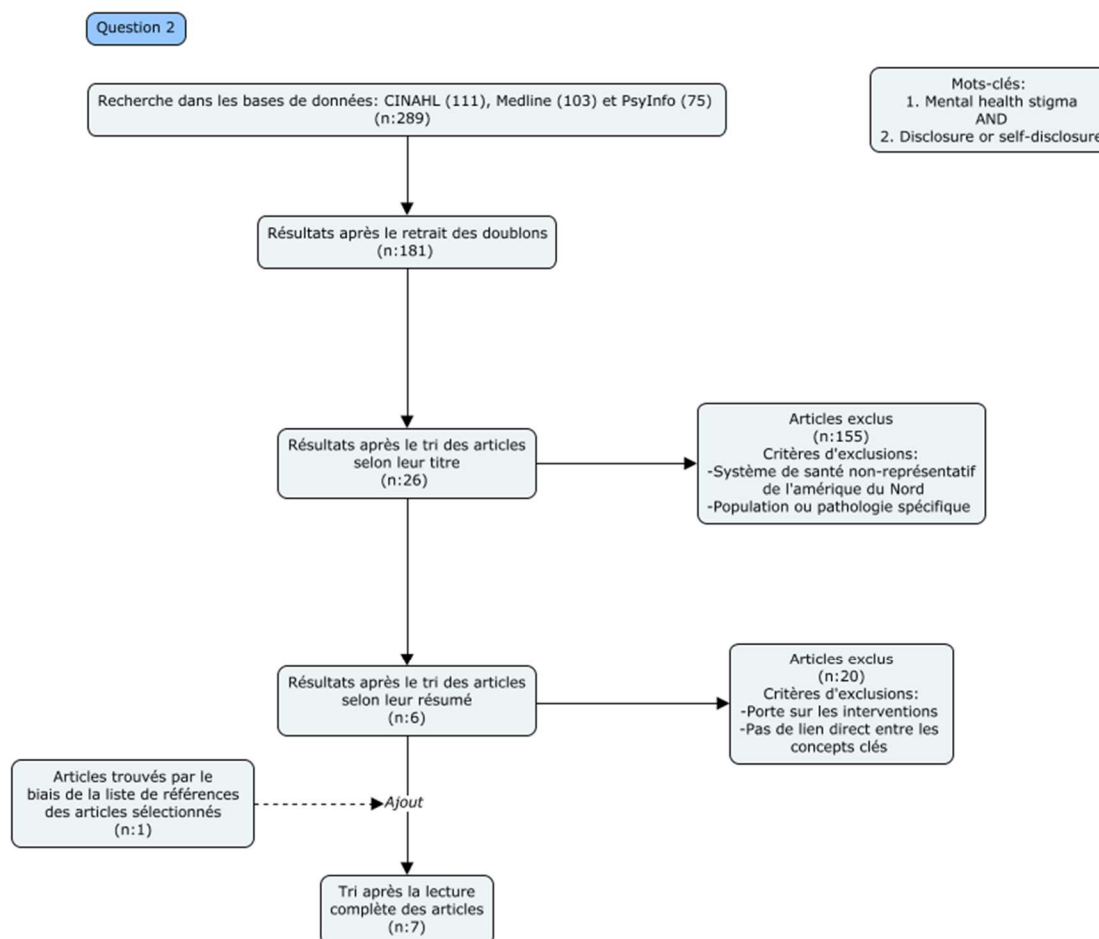


Figure 3. Schéma illustrant le processus de sélection et de tri des articles

5.2.2 Analyse des articles

L'analyse des articles a été faite selon la même méthode que pour la sous-question un. Se référer à la section 5.1.2 pour la méthode détaillée et pour la grille d'extraction des données clés.

5.3 Réalisation d'une schématisation initiale

Cette troisième étape vise à intégrer les résultats des deux revues de littératures. Cette intégration prend la forme de deux schémas qui ont été incorporés dans une grande schématisation. Le premier schéma représente le contexte environnemental défavorable à l'utilisation du savoir expérientiel alors que le second schéma représente le contexte favorable à l'utilisation de ce type de savoir. Les deux schémas se basent sur le cadre conceptuel BeFITS-MH et intègrent les trois environnements (macro, méso, micro) ainsi que les domaines retrouvés dans celui-ci. Les résultats des revues de littérature sont classés dans les différents environnements ainsi que dans les domaines. L'objectif de cette schématisation initiale est d'illustrer l'influence de la stigmatisation sur l'utilisation du savoir expérientiel des professionnels de la santé mentale au Québec.

5.4 Présentation de la schématisation à deux experts

Afin de valider cette schématisation préliminaire issue de la mise en commun des deux revues de littérature, deux expertes s'intéressant à ce sujet et ayant des connaissances dans le domaine du savoir expérientiel et de la stigmatisation ont été sélectionnées et rencontrées conjointement. Une des expertes possède un savoir expérientiel lié à la santé mentale, collabore avec le Centre d'études sur la réadaptation, le rétablissement et l'insertion sociale et est formatrice au Centre d'apprentissage Santé et Rétablissement. La deuxième experte possède un savoir clinique et théorique puisqu'elle est actuellement une professionnelle de la santé en santé mentale et poursuit des études doctorales dans ce domaine. Cette rencontre visait à obtenir leur savoir clinique, théorique et expérientiel sur ce sujet pour améliorer la schématisation et aussi obtenir leur point de vue sur ce phénomène. Cette consultation a été réalisée via une rencontre en ligne sur la plateforme *Zoom*. La rencontre était divisée en deux parties. La première partie consistait en la présentation de la schématisation et la deuxième partie était réservée pour une discussion. En ce sens, trois questions leur ont été posées. La première question est : pour chacun des schémas, quel élément avez-vous trouvé pertinent et sur lequel vous voudriez revenir? La deuxième question est : pour chacun des schémas, quelles nuances ou modifications apporteriez-vous? Finalement, la dernière question avait plutôt une visée d'avenir en les questionnant sur les changements à apporter afin d'augmenter l'utilisation du savoir expérientiel des professionnels

de la santé en santé mentale. Concrètement, la question est : de façon générale, quels changements devraient être apportés afin d'augmenter l'utilisation du savoir expérientiel chez les professionnels de la santé en santé mentale?

Il est à noter que la rencontre a été enregistrée, avec le consentement des participants, via la plateforme de vidéoconférence *Zoom*.

5.5 Considération des avis d'experts et schématisation finale

L'analyse des informations de la consultation d'experts a pris la forme de tableaux et s'est effectuée en deux étapes. La première étape a été de consigner dans un tableau l'ensemble des thématiques abordées lors de la rencontre. La deuxième étape a été d'analyser les thématiques ressorties et de sélectionner les éléments à ajouter dans la schématisation afin de réaliser une schématisation bonifiée. Les éléments ajoutés et les éléments modifiés ont été consignés dans deux tableaux distincts. Des références issues de la littérature viennent également appuyer les propos des expertes pour ce qui est des éléments ajoutés. L'ensemble des nouveaux éléments ont été ajoutés en orange afin de différencier la provenance des éléments. Les éléments ayant été reformulés à la suggestion des experts sont en mauve. Il est à noter que les expertes ont également fait plusieurs suggestions afin d'augmenter l'utilisation du savoir expérientiel chez les professionnels de la santé en santé mentale. Ces suggestions seront abordées plus en détail dans la section 7.4 de la discussion.

6. RÉSULTATS

6.1 Résultats de la première revue de littérature : Comment s'explique la stigmatisation chez les professionnels de la santé?

La première recension des écrits a permis la sélection de dix articles. L'ensemble des articles étaient en anglais et sept articles sur dix étaient des revues de littérature. Ces articles ont fait ressortir quatre thèmes principaux qui expliquent la stigmatisation chez les professionnels de la santé. La présentation des thèmes est faite selon une logique théorique allant de l'individu à l'organisation. Ces thèmes sont les suivants : les stéréotypes internalisés, le manque de connaissances, le contact direct en situation de crise ainsi que les impacts des politiques et systèmes. Ceux-ci seront développés dans les sections suivantes. Afin de connaître les auteurs ayant inspiré les différents thèmes, se référer au tableau 4.

Tableau 4.

Auteurs ayant inspiré les différents thèmes de la première revue de littérature

Thèmes	Auteurs
Stéréotypes internalisés	(Elliott et Ragsdale, 2020); (Guruge et al., 2017)
Manque de connaissances	(Henderson et al., 2014); (Vistorte et al., 2018); (Nyblade et al., 2019); (Lien et al., 2021)
Contact direct en situation de crise	(Stubbs, 2014); (Elliott et Ragsdale, 2020); (Henderson et al., 2014); (Lien et al., 2021); (Patten et al., 2012); (Lien et al., 2019)
Impact des politiques et systèmes	(Bates et Stickley, 2013)

6.1.1 Stéréotypes internalisés

Les stéréotypes sont définis comme étant :

des idées toutes faites et des images caricaturales qui influencent négativement notre façon de percevoir les gens, d'interagir avec eux et de les traiter. Autrement dit, ils imposent des limites à la personne qu'ils visent, l'enferment dans un rôle qui ne lui convient pas nécessairement et l'empêchent d'être qui elle est réellement (Gouvernement du Québec, 2022).

Avant même de commencer leurs études et leur emploi, les professionnels de la santé ont internalisé différents stéréotypes qui peuvent provenir de sources variées (Elliott et Ragsdale, 2020). De ces stéréotypes peuvent découler des attitudes négatives vis-à-vis la maladie mentale ainsi que des croyances erronées. On retrouve notamment des croyances en lien avec la possibilité de rétablissement ou bien sur les comportements négatifs tels que la dangerosité, la

peur et la colère (Corrigan et Watson, 2002, cité dans Guruge et al., 2017). Alors, si on revient à la définition initiale, les stéréotypes intériorisés dès l'enfance peuvent créer des images caricaturales des personnes atteintes de troubles de santé mentale et les enfermer dans un rôle qui ne leur correspond pas tel que dans le rôle d'une personne dangereuse, violente et qui ne peut pas se rétablir.

6.1.2 Manque de connaissances

Un autre élément influençant la stigmatisation des professionnels de la santé est le manque de connaissances ainsi que le manque d'expérience. En effet, Henderson et al. (2014) mettent de l'avant le fait que les professionnels de la santé peuvent être affectés par un manque de connaissances sur certains troubles spécifiques. D'autres études sont en accord en indiquant que le manque de formations sur le traitement et l'identification des troubles de santé mentale serait un vecteur d'attitudes stigmatisantes chez les professionnels de la santé (Mari et al., 1987; DE Hert et al., 2011, cités dans Vistorte et al., 2018). Nyblade et al. (2019) renchérissent en mentionnant que le « manque de connaissances sur la façon de fournir des soins pour une condition spécifique ou le manque de confiance dans sa capacité à le faire peut entraîner des soins de mauvaise qualité ou discriminatoires » [traduction libre]. Cela implique donc que les professionnels de la santé pourraient véhiculer de la stigmatisation en raison de lacunes dans leur savoir théorique.

Plusieurs études citées par Lien et al (2021), ont démontré que les interventions les plus efficaces pour la réduction de la stigmatisation sont les stratégies de contact direct sans hiérarchie couplées avec de l'éducation.

6.1.3 Contact direct en situation de crise

Selon les écrits, l'intervention la plus efficace pour réduire la stigmatisation liée à la santé mentale serait le contact direct avec des personnes ayant un trouble de santé mentale (Stubbs, 2014). En regard de cette affirmation, on pourrait croire que les professionnels de la santé véhiculent moins de stigmatisation que la population générale, mais ce n'est pas le cas (Caldwell et Jorm, 2001; Lauber et al., 2006; Nordt et al., 2006; Van Dorn et al., 2005, cités dans Elliott et Ragsdale, 2020). En effet, le contact avec des personnes hospitalisées aurait un effet très faible

et pourrait même avoir l'effet inverse en créant de la stigmatisation sur la santé mentale (Petkari et al., 2018, cité dans Lien et al., 2021). D'ailleurs, les professionnels de la santé seraient plus pessimistes que la population générale puisqu'ils sont en contact avec des personnes dont la maladie est de longue durée et récurrentes, ce qui peut biaiser leur perception de la maladie (Henderson et al., 2014). Ce pessimisme peut donner l'impression aux professionnels de la santé que ce qu'ils font n'a pas d'impact et ainsi aggraver leurs attitudes négatives à l'égard de la maladie mentale, ce qui expliquerait la stigmatisation des professionnels de la santé (Henderson et al., 2014; Knaak et Patten, 2016, cités dans Lien et al., 2021).

Pour diminuer la stigmatisation, le contact direct doit présenter des qualités précises, c'est-à-dire qu'il devrait impliquer des personnes qui sont rétablies ou en voie de guérison et dans un contexte sans hiérarchie (hors de la relation thérapeutique patient-intervenant) (Patten et al., 2012). La mise en place de stratégie de contact direct sans hiérarchie dans la formation des professionnels de la santé permettrait d'influencer des attitudes plus positives et de favoriser la participation active des usagers dans les services en santé mentale (Lien et al., 2019).

6.1.4 Impact des politiques et systèmes

Les articles de cette revue de littérature mettent de l'avant la contribution des différentes politiques et du système de santé dans la stigmatisation internalisée des professionnels de la santé et de la population liée à la santé mentale.

En premier lieu, les médias jouent un rôle dans cette stigmatisation. En effet, ceux-ci utilisent des thèmes récurrents comme la violence et la dangerosité pour dépeindre la santé mentale (Slopen et al., 2007; Rogers et Pilgrim, 2010, cités dans Bates et Stickley, 2013). Ces thèmes contribuent à la vision publique négative de la maladie mentale et peuvent créer des préjugés envers ce groupe stigmatisé. Aussi, les différentes politiques gouvernementales qui promeuvent la sécurité de la population au détriment de la liberté des individus contribuent à renforcer les stéréotypes des médias voulant que les personnes souffrant de trouble de santé mentale soient violentes et dangereuses (Edgley et al., 2006, cité dans Bates et Stickley, 2013).

Au niveau des différents systèmes, le système de la santé serait également un environnement pouvant contribuer à la stigmatisation. De fait, le modèle biomédical, qui

prédomine dans le système de santé québécois, serait plus stigmatisant que le modèle biopsychosocial (Bates et Stickley, 2013). Concrètement, le modèle biomédical se concentre sur la maladie et les symptômes, comparativement au modèle biopsychosocial qui se concentre sur la personne dans son ensemble. Le modèle biopsychosocial met de l'avant le fait que le rétablissement ne représente pas l'absence de symptômes, mais plutôt la capacité de la personne de fonctionner en intégrant l'expérience de son trouble de santé mentale dans sa vie (Coleman, 2004; Roberts et Wolfson, 2004; Shepherd et al., 2008, cités dans Bates et Stickley, 2013). Ce modèle permet donc une vision plus positive de la santé mentale et surtout du rétablissement.

En somme, Bates et Stickley (2013) vont jusqu'à avancer que la vision publique de la santé mentale ainsi que les diverses lois et politiques seraient les moteurs derrière la stigmatisation véhiculée par les professionnels de la santé. Ils croient donc que pour faire changer les choses il faut faire des campagnes pour des changements dans la loi dans le but de créer un changement dans la façon dont les problèmes de santé mentale sont perçus et que cela puisse conduire à une réduction de la stigmatisation. Une de leur suggestion est l'utilisation d'une « loi basée sur les capacités » [traduction libre] (Bates et Stickley, 2013) et la mise en place d'un système de loi contre les différents types de discrimination dans le but de combattre l'exclusion sociale et la stigmatisation.

6.2 Résultats de la deuxième revue de littérature : Comment la stigmatisation influence l'autodivulcation?

Les évidences scientifiques ont permis de faire ressortir cinq enjeux qui viennent répondre à la deuxième question qui est : comment la stigmatisation influence l'autodivulcation. Ces cinq enjeux, présentés selon une logique culturelle vers l'organisationnelle, sont : la culture de non-divulcation dans la pratique professionnelle, la culture dichotomique santé-maladie et les préjugés associés, la perception négative du rétablissement et la perte d'espoir, la crainte du jugement et de la stigmatisation ainsi que le type d'environnement de travail. Afin de connaître les auteurs ayant inspiré les différents thèmes, se référer au tableau 5.

Tableau 5.
Auteurs ayant inspiré les différentes thèmes de la deuxième revue de littérature

Thèmes	Auteurs
Culture de non-divulgateion dans la pratique professionnelle	(King et al., 2020); (Harris et al., 2016) ; (Tay et al., 2018)
Culture dichotique santé-maladie et préjugés associés	(King et al., 2020); (Harris et al., 2016); (Puddifoot, 2019);(Zerubavel et Wright, 2012); (Tay et al., 2018)
Perception négative du rétablissement et perte d'espoir	(King et al., 2020); (Harris et al., 2016)
Crainte du jugement et de la stigmatisation	(Puddifoot, 2019); (Zerubavel et Wright, 2012); (Behrouzian, 2021)
Type d'environnement de travail	(King et al., 2020); (Behrouzian, 2021); (Tay et al., 2018); (Puddifoot, 2019); (Grice et al., 2018)

6.2.1 Culture de non-divulgateion dans la pratique professionnelle

Dans le système de santé actuel, on retrouve la présence d'une culture de non-divulgateion influençant l'autodivulgateion des professionnels de la santé (King et al., 2020). En effet, les professionnels de la santé sont découragés à divulguer leur problème de santé mentale (Harris et al., 2016). Cela crée une illusion que les professionnels de la santé ne souffrent pas de trouble de santé mentale et qu'ils sont catégoriquement différents du reste de la population (King et al., 2020). Le fait que les professionnels de la santé ressentent qu'ils ne peuvent pas discuter de leur trouble de santé mentale sur leur lieu de travail a été démontré comme étant à la fois une cause et un effet des croyances stigmatisantes (King et al., 2020).

Sur un autre point, les politiques et règles d'octroi de licence influencent également la stigmatisation ainsi que la culture de non-divulgateion. On demande aux professionnels de la santé mentale de se dévoiler lorsqu'ils se sentent affaiblis par leur trouble de santé mentale. Cela peut donner l'illusion que lorsqu'une personne dévoile un trouble de santé mentale, celle-ci est nécessairement affaiblie (Harris et al., 2016). Tay et al. (2018) vont dans la même direction en indiquant que «la culture au sein des professionnels peut amener les membres à considérer les problèmes de santé mentale comme une faiblesse et penser qu'ils devraient être mentalement résistants et capables de s'en sortir seuls » [traduction libre]. Aussi, certaines règles d'octroi de licence professionnelle peuvent faire en sorte que des personnes souffrant de diagnostics précis se voient refuser ou limiter leur droit d'exercer ce qui favorise la culture de non-divulgateion (Harris et al., 2016).

6.2.2 Culture dichotique santé-maladie et préjugés associés

L'utilisation du modèle biomédical dans le domaine de la santé mentale crée une catégorisation dichotomique de sain et de malade. Cela contribue à la stigmatisation puisque, selon ce modèle, qui est omniprésent dans le système de santé, une personne est soit malade, soit guérie, ce qui ne laisse pas de place au rétablissement ou à une perspective sous forme de continuum où toute personne peut avoir des enjeux de santé mentale (King et al., 2020). Cette catégorisation dichotomique santé-maladie renforce la séparation entre les professionnels de la santé (sain) et les usagers (malade). Cela crée un processus de désidentification avec le client et contribue à la stigmatisation puisque l'identification est un moyen de réduire la stigmatisation (Harris et al., 2016).

Aussi, il n'y a pas de nuance entre les personnes souffrant de trouble de santé mentale. Cela fait en sorte que lorsqu'une personne est associée au groupe de malade, elle risque d'être affublée des étiquettes de ce groupe. On catégorise par exemple les personnes souffrant de dépression comme des personnes paresseuses que l'on pourrait blâmer pour leur état (Wood et al., 2014, cité dans Puddifoot, 2019). Une autre étiquette fréquente est que les personnes souffrant de trouble de santé mentale sont associées à de l'incompétence et à de la faiblesse de caractère (Corrigan et Watson, 2002, cité dans Puddifoot, 2019). Comme mentionné dans la section 6.1.4, les personnes souffrant de trouble de santé mentale sont souvent vues comme étant des personnes dangereuses et violentes en raison des thèmes dépeints dans les médias. Un fait intéressant soulevé par Feldman et Crandall (2007, cité dans Zerubavel et Wright, 2012) est que ce ne serait pas le degré de sévérité du trouble qui pousserait les gens à se distancer des personnes souffrant de trouble de santé mentale, mais plutôt la perception de dangerosité et de la responsabilité personnelle. Les professionnels de la santé ayant des enjeux ou des troubles de santé mentale sont donc parfois plus hésitants à se dévoiler de crainte d'être vus comme incompetents dans leur travail (Tay et al., 2018) ou de se voir faussement catégorisés et étiquetés.

6.2.3 Perception négative du rétablissement et perte d'espoir

Chaque jour, les professionnels de la santé mentale travaillent auprès d'utilisateurs présentant un trouble de santé mentale. Le niveau de sévérité du trouble varie selon l'utilisateur ainsi que le milieu de pratique. Malgré qu'il aurait été possible de supposer que le fait d'être exposé

chaque jour à des personnes souffrant de trouble de santé mentale peut diminuer la stigmatisation ce n'est pas le constat qui a été fait par la littérature. En effet, il existe une disparité entre ce que le professionnel observe dans son milieu de travail et la population générale (King et al., 2020). Les professionnels de la santé en santé mentale sont exposés à des troubles parfois chroniques et à des patients qui n'ont pas tous le même espoir de rétablissement. Dans certains cas, le rétablissement est très difficile et l'espoir de guérison faible. Ce phénomène peut venir biaiser les perceptions des professionnels, mener à des perceptions négatives du potentiel de rétablissement des clients et à une stigmatisation accrue (Harris et al., 2016). Cela peut donc créer l'illusion que le rétablissement n'est pas possible (King et al., 2020). Étant donné que certaines personnes peuvent avoir la vision que le rétablissement n'est pas ou peu possible, cela peut venir influencer l'autodivulcation. Les professionnels de la santé mentale ayant des enjeux de santé mentale peuvent hésiter à utiliser leur savoir expérientiel de peur que les perceptions négatives de leurs collègues viennent biaiser la perception qu'ils ont d'eux et mener à des conclusions erronées sur leur état de santé.

6.2.4 Crainte du jugement et de la stigmatisation

Henderson et al. (2014) soutiennent que « l'auto-stigmatisation englobe les croyances négatives sur le soi qui sont en grande partie fondées sur la honte, l'acceptation de stéréotypes liés à la maladie mentale, un sentiment d'aliénation des autres et la mauvaise humeur qui en résulte » [traduction libre]. En ce sens, les professionnels de la santé ayant des enjeux de santé mentale ont souvent des préoccupations en lien avec la stigmatisation et la pénalisation potentielle qu'ils pourraient vivre s'ils dévoilent leurs enjeux (Puddifoot, 2019). Les écrits révèlent que la crainte de jugement de la part de leurs collègues en lien avec leurs compétences à pratiquer est un moteur de non-divulcation (Zerubavel et Wright, 2012). Une étude menée au Royaume-Uni a révélé que cinquante pour cent des femmes médecins ayant répondu au sondage ont décidé de ne pas aller chercher de l'aide malgré qu'elles remplissent les critères pour un trouble de santé mentale de crainte de vivre de la stigmatisation (Gold et al., 2016, cité dans Puddifoot, 2019). Par contre, le fait de ne pas se dévoiler et de garder le secret est d'une part un moteur d'auto-stigmatisation et de honte (Zerubavel et Wright, 2012), mais d'autre part un moyen de se protéger des impacts de la stigmatisation (Behrouzian, 2021). Par contre, un facteur

qui peut faciliter la divulgation est d'être un professionnel établi qui travaille depuis plusieurs années en ayant un fonctionnement compétent (Zerubavel et Wright, 2012). En résumé, le risque de parler de ses enjeux peut sembler trop important pour les personnes ayant intériorisé de l'auto-stigmatisation et ainsi mener à taire son vécu lié à la santé mentale.

6.2.5 Type d'environnement de travail

L'environnement a aussi son rôle à jouer au niveau de la divulgation. Un environnement soutenant est un facteur qui facilite la divulgation (King et al., 2020). À l'inverse, lorsqu'une personne se dévoile dans un environnement plus hostile, elle risque d'être stigmatisée, d'être discriminée, d'être rejetée et de vivre de l'exclusion sociale (Karnieli-Miller et al., 2013; Moran et al., 2014; Sartorius et Schulze, 2005; Thornicroft, 2006, cités dans Behrouzian, 2021). De plus, les personnes ayant vécu une expérience négative lors de leur divulgation sont plus susceptibles d'être réticentes à se dévoiler à nouveau (Garelick, 2012 ; Hassan et al., 2009, cités dans Tay et al., 2018). Rose (2003, cité dans Behrouzian, 2021) va de l'avant en mentionnant que la divulgation peut mener des collègues à porter des jugements critiques sur la stabilité émotionnelle, les limites ainsi que l'acuité clinique du professionnel de la santé. La perception d'ouverture et d'écoute du milieu est, en revanche, un facteur qui facilite la divulgation. Une personne qui a l'impression que son témoignage ne sera pas écouté ni considéré peut choisir de ne pas se dévoiler (Dotson, 2011, cité dans Puddifoot, 2019). D'autres éléments qui entrent en ligne de compte lorsqu'une personne décide de se dévoiler à une autre personne sont « la qualité de la relation avec la personne, la réponse anticipée, l'impact à long terme sur la relation, la confiance qu'il peut anticiper avec précision la réponse de la personne quant à sa divulgation et les aspects de l'information » (Greene et al., 2012, cité dans Grice et al., 2018).

6.3 Schématisation basée sur le modèle BeFITS-MH

L'objectif de cet essai était de documenter l'impact de la stigmatisation sur l'utilisation du savoir expérientiel afin de répondre à la question de recherche qui est la suivante : comment la stigmatisation influence l'utilisation du savoir expérientiel des professionnels de la santé en santé mentale? Afin de répondre à cette question, une schématisation a été réalisée en s'appuyant des constats ressortis dans les deux revues de littérature. Le véhicule de la schématisation a été sélectionné puisqu'il permet de favoriser la compréhension et d'illustrer un phénomène qui n'est

pas visible. La schématisation se lit de gauche à droite. On retrouve à gauche des environnements qui favorisent la stigmatisation et la faible utilisation du savoir expérientiel par les professionnels de la santé. On retrouve à droite des environnements qui luttent contre la stigmatisation et soutiennent une utilisation importante du savoir expérientiel par les professionnels de la santé. Pour le schéma de gauche, l'ensemble des verbes ont été mis au présent puisque ce temps permet de situer des faits. Au niveau des verbes du schéma de droite, ceux-ci sont tous des verbes d'action puisque les éléments mentionnés dans la schématisation sont des choses à mettre en place, des actions à poser, afin de lutter contre la stigmatisation et augmenter l'utilisation du savoir expérientiel. La flèche noire dans le bas de la figure vise à démontrer la présence d'un continuum avec, à l'une des extrémités, la faible utilisation du savoir expérientiel et, à l'autre extrémité, la grande utilisation du savoir expérientiel. Se référer à la section 6.1 et 6.2 pour les sources. Les éléments mis en lumière ont été positionnés dans les différents domaines situés dans les trois environnements (macro, méso et micro) du modèle théorique choisi.

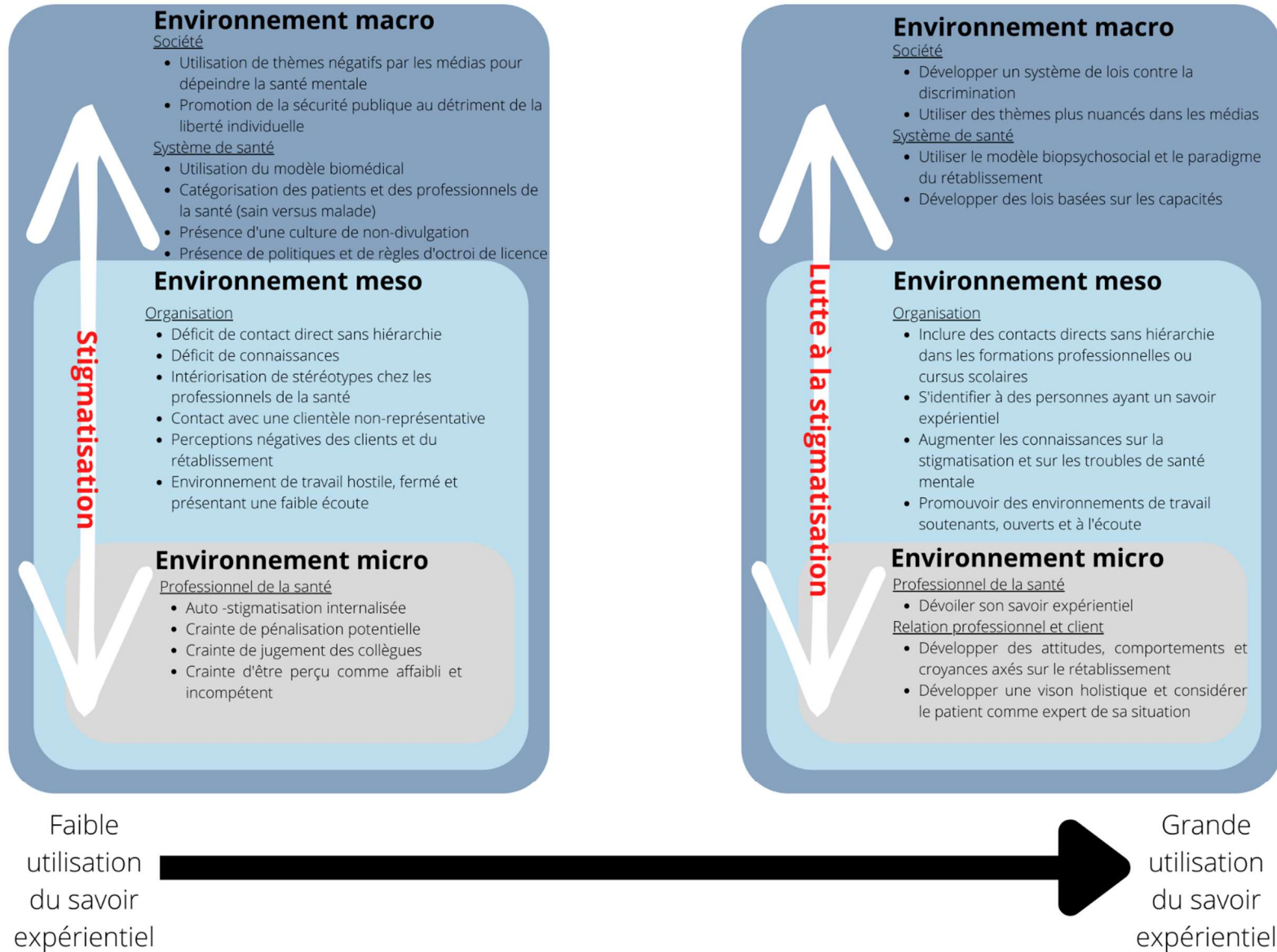


Figure 4. Schématisation représentant l'impact de la stigmatisation sur l'utilisation du savoir expérientiel

6.3.1 Utilisation faible du savoir expérientiel

Le schéma de gauche illustre les facteurs des environnements qui favorisent la stigmatisation et qui influencent négativement l'utilisation du savoir expérientiel. En effet, les revues de littérature ont démontré comment des éléments de l'environnement macro, comme la société et le système de la santé, favorisent la stigmatisation liée à la santé mentale. On retrouve également des facteurs tels que l'organisation de santé, qui influencent la stigmatisation dans l'environnement méso. Finalement, la stigmatisation dans ces deux environnements influence directement le professionnel de la santé en induisant de l'auto-stigmatisation et différentes craintes reliées au dévoilement d'enjeux liés à la santé mentale. Le savoir expérientiel est donc moins utilisé puisque la vision négative de la société, du système de santé et de l'organisation de travail quant à la santé mentale freine les pratiques utilisant le savoir expérientiel des professionnels de la santé.

6.3.2 Utilisation élevée du savoir expérientiel

Du côté droit, on retrouve une deuxième représentation qui illustre les éléments qui peuvent être mis en place afin de lutter contre la stigmatisation et, du même coup, favoriser l'utilisation du savoir expérientiel. Ces éléments sont mis de l'avant dans les articles des deux revues de littérature.

Les principaux facteurs qui semblent influencer positivement l'utilisation du savoir expérientiel des professionnels de la santé sont des interventions visant la lutte à la stigmatisation telles que l'éducation, le contact direct sans hiérarchie, le dévoilement et bien d'autres. Les revues de littératures ont démontré l'importance de modifier la vision de la santé mentale dans la société et dans le système de santé afin de mettre en place des milieux inclusifs exempts de discrimination. Des changements dans l'organisation de santé doivent être faits afin que les professionnels de la santé se sentent à l'aise et outillés d'utiliser leur savoir expérientiel dans leur pratique.

6.4 Résultats de la consultation d'experts

Une rencontre a été menée avec deux expertes afin d'obtenir leur savoir clinique, théorique et expérientiel sur l'impact de la stigmatisation sur l'utilisation du savoir expérientiel

ainsi que pour améliorer la schématisation et obtenir leur point de vue sur ce phénomène. Lors de la consultation avec les deux expertes, plusieurs éléments ont été discutés. Elles ont mentionné l'importance d'ajouter certains éléments non recensés dans les deux revues de littérature ainsi que de modifier certains termes afin de clarifier le propos. Un premier tableau exposera l'ensemble des thématiques abordées. Par la suite, une analyse a été menée afin de sélectionner les éléments retenus pour la schématisation finale. Un second tableau contiendra les nouveaux éléments et un troisième tableau les éléments reformulés. Voici donc les différentes thématiques sous forme de tableau.

Tableau 6.
Éléments discutés lors de la consultation d'experts

Éléments discutés
- Importance du contact direct sans hiérarchie
- Impacts du partage du savoir expérientiel sur les étudiants <ul style="list-style-type: none"> ➤ Modification de la vision du rétablissement ➤ Normalisation des troubles de santé mentale
- Méconnaissance sur la santé mentale <ul style="list-style-type: none"> ➤ Dans la société en générale ➤ Chez les professionnels de la santé
- Perceptions erronées sur la santé mentale
- Différence dans le financement du domaine de la santé physique comparativement au domaine de la santé mentale
- Impact de l'éducation dès l'enfance sur la santé mentale pour diminuer la stigmatisation
- Inclusion dans le cursus scolaire d'enseignement sur la santé mentale et de savoir d'expérience
- Sensationnalisme des médias qui contribue à la stigmatisation et aux croyances erronées sur les personnes souffrant de troubles de santé mentale
- Indicateur de performance dans le système de la santé
- Importance de former les professionnels de la santé sur l'utilisation du savoir expérientiel
- Baliser l'utilisation du savoir expérientiel chez les différents acteurs du réseau de la santé
- Méthode de travail favorisant l'utilisation du savoir expérientiel

6.5 Considération des avis d'experts

6.5.1 Éléments ajoutés

À la lumière de l'analyse des différents thèmes abordés lors de la consultation avec les experts, certains éléments ont été sélectionnés pour être ajoutés à la schématisation finale. Ces éléments, non recensés dans les deux revues de littérature réalisées, permettent d'offrir un portrait plus complet du phénomène de la stigmatisation et de son impact sur l'utilisation du savoir expérientiel. On retrouve dans la deuxième colonne des appuis de la littérature scientifique afin de valider les données obtenues via les experts.

Tableau 7.
Éléments ajoutés

Nouvel élément	Explication et appui de la littérature
Sous financement chronique du domaine de la santé mentale	On retrouve au Canada un sous-financement des services de santé mentale comparativement aux ressources allouées au domaine de la santé physique (Livingston, 2020)
Déficit de connaissance dans le domaine de la santé mentale	L'article de Riffel et Chen (2020) mettent de l'avant un déficit de connaissance chez les étudiants dans des programmes de santé, mais également dans la société en générale
Pression de performance	Les deux expertes ont mis de l'avant la pression de performance dans les différents milieux de santé. Cela fait en sorte qu'il peut être difficile de mettre de l'avant son savoir expérientiel par manque de temps et par la pression de rendement de la part du système de santé
Sensibilisation sur la santé mentale	Carr et al. (2018) soulignent l'importance d'éduquer et de sensibiliser la population sur la santé mentale
Travailler en co-production	Le travail en co-production a lieu dans un contexte de relation égalitaire où tous les types de savoir sont valorisés notamment le savoir expérientiel des personnes utilisatrices de services (Lewis et al., 2017)

6.5.2 Éléments reformulés

La consultation avec les deux expertes a également permis d'avoir l'opinion de personnes externes sur le choix des termes et la clarté de ceux-ci. Plusieurs propositions des expertes ont été retenues et sont expliquées dans le tableau ci-dessous.

Tableau 8.
Éléments reformulés

Élément modifié	Nouvelle formulation	Explication
Promotion de la sécurité publique au détriment de la liberté individuelle	Promotion de la sécurité publique au détriment de la liberté individuelle, faible tolérance au risque	Précision ajoutée de la faible tolérance au risque afin de mettre de l'avant la rapidité d'intervention dès qu'un faible risque pour la personne ou pour autrui est observé
Présence de politiques et de règles d'octroi de licence	Présence de politiques d'embauche et de règles d'octroi de permis de pratique	Changement du terme licence pour permis de pratique afin de clarifier le concept
Contact avec une clientèle non-représentative	Contact avec une clientèle ayant des atteintes sévères	Modification du concept de clientèle non-représentative pour clientèle avec des atteintes sévères afin de mieux qualifier la clientèle

6.5.3 Schématisation finale

Suite à la réalisation d'un tableau exposant l'ensemble des points discutés avec les expertes (tableau 4), un travail de synthèse a été effectué. Le but de cette synthèse était de colliger les différents éléments recueillis afin de créer une schématisation finale. Au niveau des concepts qui diffèrent de la schématisation initiale, les nouveaux éléments sont en mauve et les termes reformulés sont en orange. Cette schématisation finale inclut les résultats des revues de littérature ainsi que les éléments contenus dans les tableaux 5 et 6.

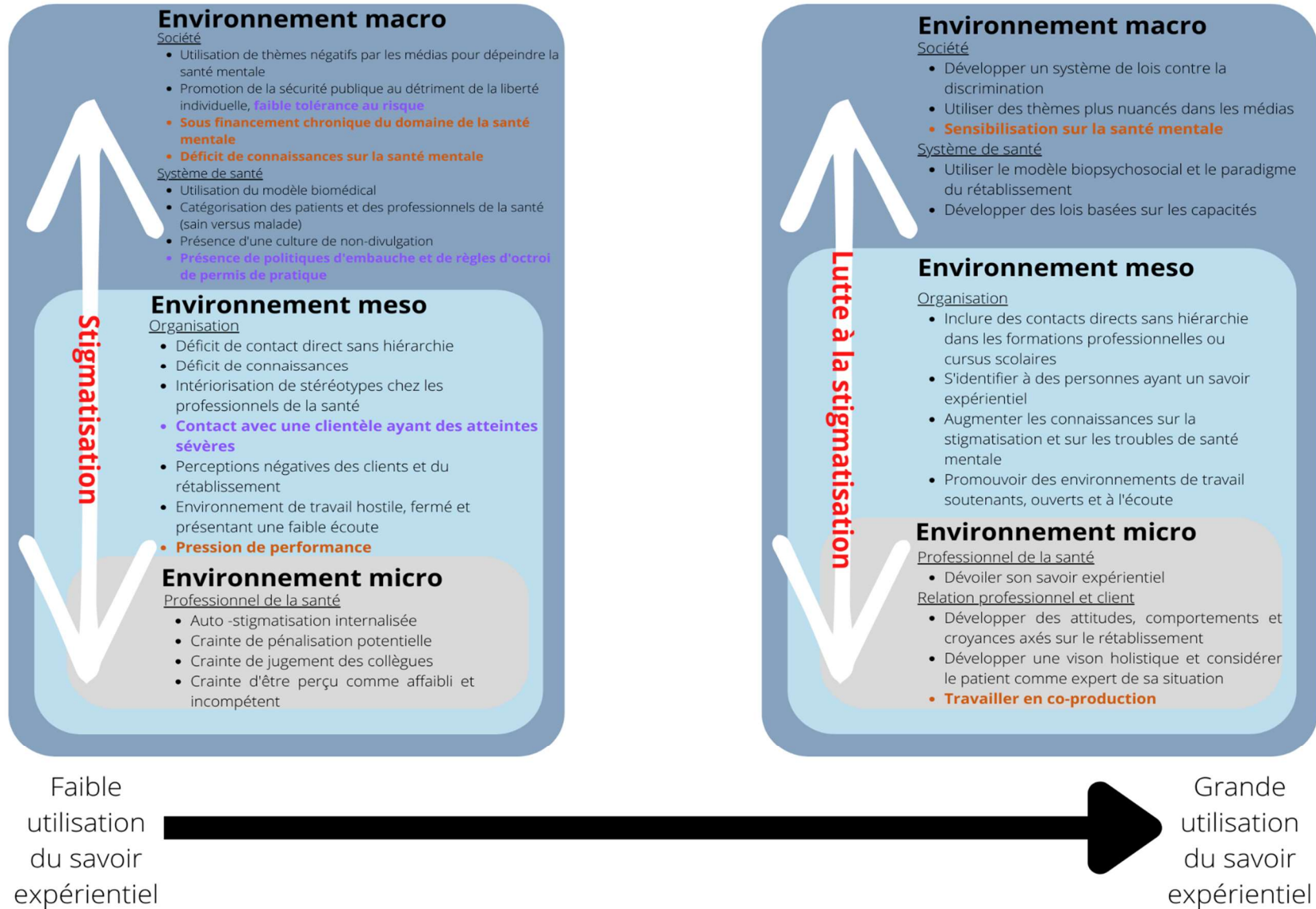


Figure 5. Schématisation finale représentant l'impact de la stigmatisation sur l'utilisation du savoir expérientiel

7.DISCUSSION

7.1 Retour sur les objectifs

Cet essai de maîtrise porte sur l'utilisation du savoir expérientiel. Plus spécifiquement, l'objectif principal de cette étude était de documenter l'impact de la stigmatisation sur l'utilisation du savoir expérientiel, le sous-objectif étant de réaliser une schématisation représentant ce phénomène. Afin de répondre à ces objectifs, une méthodologie incluant cinq grandes étapes a été faite. Les deux premières étapes étaient la réalisation de deux revues de littérature. La première visait à explorer la manière dont la stigmatisation chez les professionnels de la santé s'explique. La deuxième visait à documenter l'influence de la stigmatisation sur l'autodivulgateion. Par la suite, une schématisation répondant à l'objectif principal a été réalisée en se basant sur les grands constats ressortis de deux revues de littérature. De plus, une rencontre avec deux expertes a été faite dans le but d'enrichir les éléments qui sont mis de l'avant dans les revues de littérature ainsi que d'explorer de nouveaux aspects issus de leur savoir expérientiel, clinique et théorique. Finalement, une schématisation finale a été élaborée.

7.2 Importance des connaissances

La comparaison entre les résultats des revues de littérature et du comité d'experts a permis de mettre de l'avant l'impact majeur du manque de connaissances sur la stigmatisation. En effet, les deux expertes ont soulevé l'impact du manque de connaissances sur la pratique des professionnels de la santé, mais également le manque de connaissances chez la population globale. La première revue de littérature avait bien mis de l'avant qu'un manque de connaissances en lien avec certains troubles de santé mentale était un vecteur d'attitudes stigmatisantes (Mari et al., 1987; DE Hert et al., 2011, cité dans Vistorte et al., 2018). Les expertes ont poussé la réflexion encore plus loin en liant le manque de connaissances aux politiques et systèmes. Le sensationnalisme des médias vis-à-vis la santé mentale et l'utilisation de thèmes comme la violence et la dangerosité contribueraient à la vision négative de la population générale sur la santé mentale. Comme l'éducation sur la santé mentale est peu présente dans les cursus scolaires, le peu d'informations que reçoit la population sur la santé mentale provient entre autres des médias qui eux propagent des thèmes négatifs ce qui démontre qu'une seule facette de la santé mentale. Les gens ont donc certaines connaissances, mais celles-ci dépeignent les gens

souffrant de santé mentale de manière négative. Un lien peut être fait avec l'internalisation de stéréotypes qui est liée à des croyances erronées et à une image caricaturale des personnes souffrant de trouble de santé mentale. Le manque de sources d'information sur la santé mentale restreint les connaissances de la population générale, ce qui peut créer des croyances erronées et une vision caricaturale de la santé mentale. Cela peut ainsi engendrer de la stigmatisation, comme le mentionne Corrigan et Watson (2002) ainsi que Elliott et Ragsdale (2020).

Une des deux expertes qui possède un savoir expérientiel en lien avec la santé mentale fait occasionnellement des conférences dans certaines universités. Ces conférences sont des formations qui incluent un contact direct sans hiérarchie. La première revue de littérature avait permis de statuer sur les bienfaits de ce type de contact pour diminuer la stigmatisation (Lien et al., 2019; Patten et al., 2012; Stubbs, 2014). L'experte a mis de l'avant un autre point important en mentionnant que ce type de formation permet de diversifier les connaissances des personnes présentes en leur donnant accès à une autre source de savoir soit le savoir d'expérience. Ce savoir permet de démontrer que les gens ayant des enjeux de santé mentale ne sont pas différents d'eux et que le rétablissement est possible. Cela vient rejoindre les propos d'Harris et al. (2016) qui soulevait que l'identification à une personne ayant des enjeux de santé mentale est un moyen de réduire la stigmatisation.

7.3 Contribution de la société et du système de la santé au manque de connaissances

Le paragraphe précédent a mis de l'avant l'importance de diversifier les connaissances de la population générale et des professionnels de la santé afin de diminuer leurs croyances et stéréotypes internalisés. Pour cela, il serait important de donner accès à la population à des sources d'informations variées sur la santé mentale dans l'optique de diminuer la stigmatisation liée à la santé mentale créant ainsi un environnement plus favorable à l'utilisation du savoir expérientiel.

Bien que de plus en plus de sensibilisation soit faite sur la santé mentale dans la population et que de nombreux programmes sur le sujet existent, il n'y a présentement pas de programme obligatoire d'éducation sur la santé mentale dans les parcours scolaires primaire et secondaire. On sait pourtant que les croyances erronées sur la santé mentale s'intériorisent dès l'enfance (Henderson et al, 2014). Les écoles primaires et secondaires sont donc d'excellents endroits pour

sensibiliser les enfants d'autant plus que 70% des troubles de santé mentale commencent pendant l'enfance ou l'adolescence (Commission de la santé mentale du Canada, s.d.). Cela demande cependant un changement dans la culture actuelle du système d'éducation du Québec. Lorsque l'on regarde le site internet du Ministère de l'Éducation du Québec, il n'y a aucune mention de programme de sensibilisation sur la santé mentale et très peu d'information de manière générale sur la santé mentale dans les écoles. Dans l'onglet Virage santé à l'école, la santé mentale n'est pas abordée. La politique-cadre du Virage santé à l'école vise plutôt la mise en place d'un « environnement favorable à l'adoption et au maintien de saines habitudes alimentaires et d'un mode de vie physiquement actif » (Ministère de l'Éducation, s.d.).

Pour ce qui est des futurs professionnels de la santé, chaque université a son propre cursus scolaire. Il n'est donc pas possible de s'assurer que chacun des types de savoir est représenté dans les cursus. Il serait important que des normes balisent la présence du savoir expérientiel dans les cursus puisque cela permettrait de diminuer la stigmatisation, surtout que l'OMS a déclaré en juin 2022 l'urgence de transformer la santé mentale. L'OMS a incité « les décideurs et les défenseurs de la santé mentale à intensifier leur engagement et leur action pour que changent les attitudes, les mesures et les approches à l'égard de la santé mentale » (OMS, 2022). Patten et al. (2012) ont démontré que l'ajout dans le cursus scolaire d'éducation basée sur le contact direct, par le biais de témoignage de personne rétablie ou en voie de guérison permettait de prévenir la stigmatisation. Cela serait donc un autre pas vers des changements dans la société quant à la santé mentale.

Un des acteurs majeurs dans la lutte à la stigmatisation est le système de la santé. En effet, le système de la santé au Québec emploie plus de 6,9% de la population active du Québec (MSSS, 2018). On retrouve cependant dans ce système une culture de non-divulgence de son vécu expérientiel en lien avec la santé mentale (Harris et al., 2016). Cette culture de non-divulgence a comme impact de limiter le partage du savoir expérientiel, donc le partage d'une autre source de connaissances puisqu'on sait que 50 % à 85 % des professionnels de la santé mentale ont une expérience vécue liée à la santé mentale (Bike et al., 2009; Deutsch, 1985; Nachshoni et al., 2008, cités dans Harris et al., 2016). À l'inverse, un environnement ouvert et soutenant favoriserait la

divulgarion des professionnels de la santé (king et al.,2020). Encore une fois, la culture ancrée influence la stigmatisation et l'utilisation du savoir expérientiel.

Un autre domaine où les sources de connaissances commencent à être diversifiées est le domaine de la recherche. En effet, on retrouve dans le domaine de la recherche un monopole des savoirs scientifiques de la part des chercheurs en raison de l'exclusion des personnes qui ne possèdent pas des études académiques de haut niveau. Les personnes ayant un savoir expérientiel ne possèdent pas toutes les études nécessaires pour être dans le domaine de la recherche. La production de connaissances n'inclut donc pas tous les types de savoirs. Les recherches menées par des chercheurs ne possédant pas de savoir expérientiel et visant à comprendre la réalité des personnes ayant un trouble de santé mentale seraient une forme d'oppression. Le savoir expérientiel lié à la santé mentale est disqualifié de certaines recherches puisque l'on croit que le jugement des personnes est biaisé et subjectif que ces personnes sont trop près du problème. Godrie (2017) soutient que «la mise à l'écart et la déconsidération de leurs savoirs en tant que sources valides de connaissance scientifique s'ajoutent ainsi aux préjugés et à la discrimination qu'ils peuvent vivre en tant que personnes avec des problèmes de santé mentale ». (Godrie, 2017)

7.4 Changements à apporter afin d'augmenter l'utilisation du savoir expérientiel chez les professionnels de la santé en santé mentale

Au-delà des points soulevés pour bonifier la schématisation, les expertes ont fait plusieurs suggestions pour augmenter l'utilisation du savoir expérientiel. En effet, les expertes soulignent qu'il faudrait faire de gros changements dans le système de santé actuel afin d'augmenter l'utilisation du savoir expérientiel chez les professionnels de la santé. Malgré l'évolution et la mise de l'avant du paradigme du rétablissement, le modèle biomédical est encore omniprésent dans le système de la santé. Le gouvernement a réalisé plusieurs *Plan d'action en santé mentale*, mais la réalité dans la pratique est autre. Il faudrait donc actualiser dans la pratique les éléments mis de l'avant dans les guides gouvernementaux ainsi que dans les résultats probants. Un bon exemple de pratique à actualiser est l'intégration de pair-aidant dans les équipes ainsi que dans les processus d'embauche des professionnels de la santé. Cela permettrait d'augmenter le contact des professionnels avec des personnes possédant un savoir expérientiel. En plus du savoir

expérientiel des pairs aidants, les gestionnaires devraient montrer l'exemple en laissant de l'espace au savoir expérientiel des professionnels de la santé dans les réunions d'équipe.

Un autre point est de ne pas seulement avoir une approche centrée sur le client, mais bien voir le patient comme un partenaire en faisant plus de travail en co-production (Lewis et al., 2017). Pour cela, il faut changer la façon dont le professionnel interagit avec les clients tout en étant soutenu par la culture du système. Il faudrait donc revoir les valeurs du système de la santé ainsi que les indicateurs de performance ce qui permettrait de miser sur la qualité des services et non seulement sur la quantité. Il faut donc que les politiques et cadres soutiennent les professionnels de la santé dans leur travail.

En somme, un changement complet de culture est nécessaire afin de valoriser le savoir expérientiel et que l'ensemble des acteurs présents dans les différents niveaux du système de la santé travaillent dans le même sens.

7.5 Vision erronée du savoir expérientiel

Un questionnement régulièrement soulevé lorsque l'on parle de savoir expérientiel est celui-ci : n'est-il pas risqué que des professionnels puissent l'utiliser d'une mauvaise façon et causer préjudice au client et à la relation thérapeutique? Cela amène une seconde question : les professionnels de la santé connaissent-ils le savoir expérientiel ou bien le confondent-ils avec l'expérience vécue? Clément et Lévesque (2016) soulèvent bien la différence entre ces deux concepts. L'expérience vécue n'est pas nécessairement un savoir. En effet, pour que l'expérience vécue deviennent un savoir expérientiel, celle-ci doit être travaillée et réfléchie afin d'évoluer et de contribuer à des alliances de savoir. Ces deux autrices soulignent également l'importance de la présence d'un autre qui « autorise un sens pour soi-même et fait de nous un humain. Sans cette parole et cet autre, tout n'est qu'un déchirement intérieur » (Clément et Lévesque, 2016). Cette confusion entre ces deux concepts démontre la méconnaissance par rapport au savoir expérientiel. La méconnaissance est d'ailleurs un des facteurs favorisant la stigmatisation qui a été mis de l'avant dans cette étude. Aussi, les pensées spontanées invalidant le savoir expérientiel que certains peuvent avoir soulignent des stéréotypes intériorisés comme quoi les personnes avec un savoir fou pourraient avoir un jugement altéré et ainsi causer préjudice aux usagers. Cela

nous ramène également au concept de Miranda Fricker (2007) et de l'injustice épistémique qui implique que le savoir des personnes folles n'a pas la même valeur que le savoir des personnes dites saines. En d'autres mots, les personnes possédant un savoir expérientiel n'auraient pas le jugement pour faire la différence entre expérience vécue et savoir expérientiel et d'en faire une modalité d'intervention pertinente pour le client.

7.6 Lien avec la pratique en ergothérapie

Cet essai a su démontrer que la stigmatisation liée à la santé mentale est bien présente, et ce, autant dans l'environnement macro, méso et micro. Il existe une méconnaissance importante sur la stigmatisation liée à la santé mentale, ses impacts sur la pratique des professionnels de la santé et sur le savoir expérientiel. Personne n'est à l'abri d'avoir intériorisé des stéréotypes liés à la santé mentale ainsi que d'avoir des attitudes et propos stigmatisants sans le vouloir. Il est donc primordial d'augmenter les connaissances des professionnels de la santé d'aujourd'hui et de demain en mettant en place des stratégies de lutte à la stigmatisation et des formations portant autant sur la stigmatisation que sur la différence entre vécu expérientiel et savoir expérientiel.

Ainsi, cette étude démontre que les ergothérapeutes peuvent agir dans la lutte à la stigmatisation. Ils peuvent, par exemple, aller bonifier leurs connaissances liées à la stigmatisation, participer à des formations incluant un contact direct sans hiérarchie, adopter une pratique axée sur le rétablissement et bien plus encore. En tant que praticien érudit, les ergothérapeutes « basent leur travail sur les meilleures données probantes découlant de la recherche, des pratiques exemplaires et des connaissances fondées sur l'expérience » (Association canadienne des ergothérapeutes, 2012). En ce sens, le savoir expérientiel est un savoir qui a fait ses preuves dans les résultats probants en tant qu'outil thérapeutique. Les ergothérapeutes pourraient donc être gagnants à intégrer ce savoir dans leur pratique et cela passe, entre autres, par la lutte à la stigmatisation.

7.7 Limites de l'étude

Il a été possible de déterminer quelques limites suite à la réalisation de cet essai de maîtrise.

En premier lieu, la pyramide de niveau d'évidence utilisée pour cet essai ne différenciait pas les différents types de revues de littérature. En effet, la pyramide était composée de cinq niveaux et l'ensemble des revues de littérature étaient considérées comme un niveau d'évidence I. Cette limite fait en sorte qu'il n'est pas possible de distinguer la qualité des différentes revues de littérature des articles sélectionnés. Cette pyramide a été sélectionnée puisqu'on ne retrouvait pas uniquement des revues de littérature dans les articles sélectionnés. Cette pyramide a donc permis de réaliser une classification globale du niveau d'évidence des articles.

En deuxième lieu, la seconde revue de littérature contenait seulement un petit nombre d'articles soit sept articles alors il n'est pas possible de prétendre à la saturation théorique de l'information.

En troisième lieu, bien que les articles sélectionnés devaient posséder un système de santé similaire à celui de l'Amérique du Nord pour être inclus, il est possible que des divergences existent ce qui diminue la généralisation de certaines données.

Finalement, le fait que le groupe d'experts soit composé que de deux personnes a également pu limiter les données obtenues lors de la consultation d'experts. Considérant qu'un grand nombre de personnes peuvent être touchées par le phénomène de la stigmatisation liée à la santé mentale, certaines informations supplémentaires auraient pu être obtenues de la part d'autres individus possédant un savoir expérientiel.

7.8 Forces de l'étude

La première force de cette étude est son sujet novateur. En effet, peu d'études ont exploré la corrélation entre la stigmatisation et l'utilisation du savoir expérientiel. Aussi, l'utilisation d'une schématisation pour représenter ce phénomène en s'inspirant d'un cadre conceptuel déjà existant permet d'apporter une nouvelle perspective.

Une seconde force est que, dans la première revue de littérature, huit articles sur dix présentent un niveau d'évidence I ce qui démontre la rigueur de ces articles.

Une troisième force de cet essai est que celui-ci a été bonifié deux expertes et une lectrice externes qui possèdent une expertise dans le domaine du savoir expérientiel et qui connaissent le phénomène de la stigmatisation. Cela permet donc d'enrichir cette recherche et d'obtenir des avis externes.

8.CONCLUSION

En somme, le présent projet de maîtrise a permis d'explorer l'impact de la stigmatisation sur l'utilisation du savoir expérientiel et de statuer qu'il y a bien une corrélation entre ces deux concepts. En effet, les revues de littérature ont permis de mettre de l'avant différents facteurs des environnements macro, méso et micro qui favorisent la stigmatisation liée à la santé mentale créant du même coup des environnements défavorables à l'utilisation du savoir expérientiel. De fait, il y a un manque flagrant de connaissances liée à la santé mentale dans la société, ce qui engendre une vision erronée de la santé mentale. Le système de santé renforce et maintient cette vision en raison de plusieurs normes et des paradigmes qui favorisent la stigmatisation dans les milieux de soins et chez les professionnels de la santé. Il est donc très ardu pour les professionnels de la santé d'utiliser leur savoir expérientiel lorsqu'ils sont si peu soutenus par leur milieu de travail, par le système de la santé et même par la société. Il est donc primordial que des changements soient faits afin de créer des environnements favorables à l'utilisation du savoir expérientiel.

Cette étude est cependant qu'un premier pas vers une plus grande utilisation du savoir expérientiel au Québec. Il serait intéressant que de futures recherches soient menées afin de voir si la mise en place des différentes stratégies de lutte à la stigmatisation dans les milieux de santé permettrait bel et bien d'augmenter l'utilisation du savoir expérientiel. De plus, il serait pertinent d'informer les professionnels de la santé des bienfaits de ce type de savoir et sur comment bien l'utiliser dans un contexte de soins.

RÉFÉRENCES

- Association canadienne des ergothérapeutes (2012). *Profil de la pratique des ergothérapeutes au Canada*. Ottawa, ON: CAOT Publications ACE. (Disponible en ligne au https://www.caot.ca/site/pt/otprofile_can?language=fr_FR&nav=sidebar)
- Association québécoise pour la réadaptation psychosociale. (s.d.) *Le Programme québécois Pairs Aidants Réseau*. <https://aqrp-sm.org/groupe-mobilisation/pairs-aidants-reseau/programme/>
- Atkins, L., Francis, J., Islam, R., O'Connor, D., Patey, A., Ivers, N., Foy, R., Duncan, E. M., Colquhoun, H., Grimshaw, J. M., Lawton, R. et Michie, S. (2017). A guide to using the Theoretical Domains Framework of behaviour change to investigate implementation problems. *Implementation Science*, 12(1). <https://doi.org/10.1186/s13012-017-0605-9>
- Bates, L. et Stickley, T. (2013). Confronting Goffman: how can mental health nurses effectively challenge stigma? A critical review of the literature. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing (John Wiley & Sons, Inc.)*, 20(7), 569-575. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2012.01957.x>
- Behrouzian, K. (2021). *The disclosure of psychiatric diagnoses by mental health practitioners: A conventional content analysis* [ProQuest Information & Learning]. psych. <http://biblioproxy.uqtr.ca/login?url=https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=psyh&AN=2020-86254-087&site=ehost-live>
- Borkman, T. (1976). Experiential Knowledge: A New Concept for the Analysis of Self-Help Groups. *Social Service Review*, 50(3), 445-456.
- Bouchard, G. (2020). *L'apport du savoir expérientiel dans la compréhension des enjeux de santé mentale* [Essai de maîtrise, Université du Québec à Trois-Rivières]. Cognitio. <https://depot-e.uqtr.ca/id/eprint/9442/1/eprint9442.pdf>
- Carr, S. (2022). Institutional ceremonies? The (im)possibilities of transformative co-production in mental health. Dans P. Beresford et J. Russo (eds.) *The Routledge International Handbook of Mad Studies*. Routledge.
- Carr, W., Wei, Y., Kutcher, S., & Heffernan, A. (2018). Preparing for the Classroom: Mental Health Knowledge Improvement, Stigma Reduction and Enhanced Help-Seeking Efficacy in Canadian Preservice Teachers. *Canadian Journal of School Psychology*, 33(4), 314–326. <https://doi.org/10.1177/0829573516688596>
- Cloutier, G. et Maugiron, P. (2016). La pair aideance en santé mentale : l'expérience québécoise et française. *L'information psychiatrique*, 92(9), 755-760. <https://doi.org/10.1684/ipe.2016.1545>

- Clément, M. et Lévesque, A. (2016). Santé mentale et savoir d'expérience : quelques repères pour le Québec. *Le Partenaire*, 24(3), 5-9.
- Commission de la santé mentale du Canada (2015). *Guide de référence pour des pratiques axées sur le rétablissement*.
https://www.mentalhealthcommission.ca/wpcontent/uploads/drupal/MHCC_RecoveryGuidelines_FRE_0.pdf
- Commission de la santé mentale du Canada. (s.d.) *Enfants et jeunes*.
<https://commissionsantementale.ca/ce-que-nous-faisons/enfants-et-jeunes/>
- Corrigan, P. W. et Watson, A. C. (2002, février). Understanding the impact of stigma on people with mental illness. *World psychiatry*, 1(1), 16-20.
- Damschroder, L. J., Aron, D. C., Keith, R. E., Kirsh, S. R., Alexander, J. A. et Lowery, J. C. (2009, 7 août). Fostering implementation of health services research findings into practice: a consolidated framework for advancing implementation science. *Implement Sci*, 4, 50.
<https://doi.org/10.1186/1748-5908-4-50>
- Department for Work and Pensions. (2019, 25 novembre). *How to sign up to the Disability Confident employer scheme*. Government of United Kingdom.
<https://www.gov.uk/guidance/disability-confident-how-to-sign-up-to-the-employer-scheme>
- Elliott, M. et Ragsdale, J. M. (2020). Mental health professionals with mental illnesses: A qualitative interview study. *American Journal of Orthopsychiatry*, 90(6), 677-686.
<https://doi.org/10.1037/ort0000499>
- Fricker, M. (2007). *Epistemic injustices : Power and ethics of knowing*. Oxford University Press.
- Godrie, B. (2017). Rapports égalitaires dans la production des savoirs scientifiques. L'exemple des recherches participatives en santé mentale. *Vie sociale*, 20(4), 99-116.
<https://doi.org/10.3917/vsoc.174.0099>
- Gouvernement du Québec. (2022). *Définition des stéréotypes*.
[Définition des stéréotypes | Gouvernement du Québec \(quebec.ca\)](https://www.quebec.ca/definition-des-stereotypes)
- Harris, J. I., Leskela, J. et Hoffman-Konn, L. (2016). Provider lived experience and stigma. The *American journal of orthopsychiatry*, 86(6), 604-609. <https://doi.org/10.1037/ort0000179>
- Henderson, C., Noblett, J., Parke, H., Clement, S., Caffrey, A., Gale-Grant, O., Schulze, B., Druss, B. et Thornicroft, G. (2014, Nov). Mental health-related stigma in health care and mental health-care settings. *Lancet Psychiatry*, 1(6), 467-482. [https://doi.org/10.1016/s2215-0366\(14\)00023-6](https://doi.org/10.1016/s2215-0366(14)00023-6)

- Houle, J., Coulombe, S. et Radziszewski, S. (2016). Aller mieux à ma façon : mettre en valeur le savoir expérientiel de la personne en rétablissement pour soutenir l'autogestion et faire de la recherche autrement. *Le partenaire*, 24(3), 15-18.
- Karbouniaris, S., Abma, T., Wilken, J.-P. et Weerman, A. (2020). Use of experiential knowledge by mental health professionals and its contribution to recovery. *Journal of Recovery in Mental Health*, 4(1), 4-19.
- King, A. J., Brophy, L. M., Fortune, T. L. et Byrne, L. (2020). Factors Affecting Mental Health Professionals' Sharing of Their Lived Experience in the Workplace: A Scoping Review. *Psychiatric Services*, 71(10), 1047-1064. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201900606>
- Le, P. D., Eschliman, E. L., Grivel, M. M., Tang, J., Cho, Y. G., Yang, X., Tay, C., Li, T., Bass, J. et Yang, L. H. (2022). Barriers and facilitators to implementation of evidence-based task-sharing mental health interventions in low- and middle-income countries: a systematic review using implementation science frameworks. *Implementation Science*, 17(1). <https://doi.org/10.1186/s13012-021-01179-z>
- Leblanc, S., et Kinsella, E. A.(2016). Toward Epistemic Justice: A Critically Reflexive Examination of 'Sanism' and Implications for Knowledge Generation. *Studies in Social Justice*, 10(1), 59–78. <https://doi.org/10.26522/ssj.v10i1.1324>
- Le Scelleur, H. (2016). L'autodivulgateion délibérée de la part de l'intervenant : un savoir et un pouvoir. *Le Partenaire*, 24(3), 5-9.
- Lewis, A., King, T., Herbert, L., et Repper, J. (2017). Co-production—sharing our experiences, reflecting on our learning (2017). *ImROC Briefing paper*, 13.
- Lien, Y.-Y., Lin, H.-S., Lien, Y.-J., Tsai, C.-H., Wu, T.-T., Li, H. et Tu, Y.-K. (2021). Challenging mental illness stigma in healthcare professionals and students: a systematic review and network meta-analysis. *Psychology & health*, 36(6), 669-684. <https://doi.org/10.1080/08870446.2020.1828413>
- Lien, Y.-Y., Lin, H.-S., Tsai, C.-H., Lien, Y.-J. et Wu, T.-T. (2019). Changes in Attitudes toward Mental Illness in Healthcare Professionals and Students. *International journal of environmental research and public health*, 16(23). <https://doi.org/10.3390/ijerph16234655>
- Livingston, J. D. (2020). Structural stigma in health-care contexts for people with mental health and substance use issues: A literature review. *Ottawa: Mental Health Commission of Canada*.
- Mental Health Commission of Canada. (2015). *Guidelines for Recovery-Oriented Practice Hope. Dignity. Inclusion.* [MHCC Recovery Guidelines 2016 ENG.pdf \(mentalhealthcommission.ca\)](https://www.mentalhealthcommission.ca/MHCC_Recovery_Guidelines_2016_ENG.pdf)

- Ministère de l'Éducation et Ministère de l'Enseignement supérieur. (s.d.). *Virage santé à l'école*. [Virage santé à l'école | Ministère de l'Éducation et Ministère de l'Enseignement supérieur \(gouv.qc.ca\)](http://www.gouv.qc.ca/virage-sante-a-lecole)
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2015). *Plan d'action en santé mentale 2015-2020 – Faire ensemble et autrement* (publication no 17-914-17W). <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2017/17-914-17W.pdf>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2018, 3 août). *Système de santé et de services sociaux en bref*. [Le Ministère et ses partenaires - Système de santé et de services sociaux en bref - Santé et Services sociaux \(gouv.qc.ca\)](http://www.gouv.qc.ca/le-ministere-et-ses-partenaires-systeme-de-sante-et-de-services-sociaux-en-bref)
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2022). *Le Plan d'action interministériel en santé mentale 2022-2026 - S'unir pour un mieux-être collectif* (publication no 21-914-14W). <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2021/21-914-14W.pdf>
- Nyblade, L., Stockton, M. A., Giger, K., Bond, V., Ekstrand, M. L., Lean, R. M., Mitchell, E. M. H., Nelson, L. R. E., Sapag, J. C., Siraprasasiri, T., Turan, J. et Wouters, E. (2019). Stigma in health facilities: why it matters and how we can change it. *BMC medicine*, 17(1), 25. <https://doi.org/10.1186/s12916-019-1256-2>
- Organisation mondiale de la Santé. (1946). *Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé*. <https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/FR/constitution-fr.pdf?ua=1>
- Organisation mondiale de la Santé. (2022, 17 juin). *L'OMS souligne qu'il est urgent de transformer la santé mentale et les soins qui lui sont consacrés*. [L'OMS souligne qu'il est urgent de transformer la santé mentale et les soins qui lui sont consacrés \(who.int\)](https://www.who.int/fr/news-room/feature-stories/transforming-mental-health)
- Patten, S. B., Remillard, A., Phillips, L., Modgill, G., Szeto, A. C., Kassam, A. et Gardner, D. M. (2012). Effectiveness of contact-based education for reducing mental illness-related stigma in pharmacy students. *BMC medical education*, 12(1), 120. <https://doi.org/10.1186/1472-6920-12-120>
- Petkari, E., Masedo Gutiérrez, A. I., Xavier, M. et Moreno Küstner, B. (2018). The influence of clerkship on students' stigma towards mental illness: a meta-analysis. *Medical education*, 52(7), 694-704. [https://doi.org/https://doi.org/10.1111/medu.13548](https://doi.org/10.1111/medu.13548)
- Provencher, H., Lagueux, N. et Harvey, D. (2010). Quand le savoir expérientiel influence nos pratiques. *Usagersexperts: la part du savoir des malades dans le système de santé, Pratiques de Formation/Analyses*, 57(58), 155.

- Public Health Agency of Canada. (2019, décembre). *Addressing Stigma Towards a More Inclusive Health System The Chief Public Health Officer's Report on the State of Public Health in Canada 2019* (publication no 190383). <https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/documents/corporate/publications/chief-public-health-officer-reports-state-public-health-canada/addressing-stigma-what-we-heard/stigma-eng.pdf>
- Puddifoot, K. (2019). Disclosure of mental health: Philosophical and psychological perspectives. *Philosophy, Psychiatry, & Psychology*, 26(4), 333-348. <https://doi.org/10.1353/ppp.2019.0048>
- Renaud, S. (2022, 7 mars). Erg6007 : *Formation clinique V équité, diversité, inclusion et décolonisation*. [notes de cours]. Département d'ergothérapie, Université du Québec à Trois-Rivières. <https://oraprdnt.uqtr.quebec.ca/>
- Riffel, T., et Chen, S.-P. (2019). Exploring the Knowledge, Attitudes, and Behavioural Responses of Healthcare Students towards Mental Illnesses—A Qualitative Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(1), 25. <https://doi.org/10.3390/ijerph17010025>
- Savoir. (s. d.). Dans *Dictionnaire Larousse en ligne*. <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/savoir/71235>
- Stubbs, A. (2014). Reducing mental illness stigma in health care students and professionals: a review of the literature. *Australasian Psychiatry*, 22(6), 579-584. <https://doi.org/10.1177/1039856214556324>
- Tay, S., Alcock, K. et Scior, K. (2018). Mental health problems among clinical psychologists: Stigma and its impact on disclosure and help-seeking. *Journal of Clinical Psychology*, 74(9), 1545-1555. <https://doi.org/10.1002/jclp.22614>
- Tomlin, G., et Borgetto, B. (2011). Research pyramid: a new evidence-based practice model for occupational therapy. *The American Journal of Occupational Therapy : Official Publication of the American Occupational Therapy Association*, 65(2), 189–96
- Wood, L., Birtel, M., Alsayy, S., Pyle, M. et Morrison, A. (2014, Dec 15). Public perceptions of stigma towards people with schizophrenia, depression, and anxiety. *Psychiatry Res*, 220(1-2), 604-608. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.07.012>
- Wyngaerden, F. et Allart, M. (2021). Le rétablissement, nouveau paradigme ? *La Revue Nouvelle*, 6(6), 44-53. <https://doi.org/10.3917/rn.216.0044>
- Zerubavel, N. et Wright, M. O. D. (2012). The dilemma of the wounded healer. *Psychotherapy*, 49(4), 482-491. <https://doi.org/10.1037/a0027824>

ANNEXE A UTILISATION DU CADRE CONCEPTUEL

Le cadre conceptuel BeFITS-MH a été utilisé afin de représenter l'impact de la stigmatisation sur l'utilisation du savoir expérientiel. L'utilisation de ce cadre conceptuel fut un défi puisqu'au départ, ce cadre avait été conçu pour une intervention spécifique qui est l'approche du partage des tâches. En ce sens, certaines modifications ont été effectuées afin de répondre aux besoins de la recherche.

En premier lieu, le cadre ne permettait pas de représenter l'impact de la modification de certains facteurs des environnements sur l'utilisation du savoir expérientiel. C'est pourquoi une flèche noire a été ajoutée dans le bas de la schématisation. Cette flèche met en lumière comment les facteurs de l'environnement peuvent favoriser ou non l'utilisation du savoir expérientiel. Dans le même sens, le cadre conceptuel a été dupliqué afin de représenter les deux types d'environnement qui favorisent ou non l'utilisation du savoir expérientiel.

En deuxième lieu, on retrouve dans le cadre conceptuel BeFITS-MH plusieurs domaines imbriqués dans les trois environnements. Dans l'environnement micro, on retrouve le domaine du client ainsi que le domaine du fournisseur (Le et al., 2022). Par contre, le domaine du client a été modifié dans cet essai afin d'être le domaine de la relation entre le professionnel et le client. Cette modification permet de représenter les facteurs de cette relation qui permettent de faciliter ou d'entraver l'utilisation du savoir expérientiel. Aussi, le cadre conceptuel de référence contenait deux domaines qui agissaient comme agent d'interactions. Ces domaines étaient la stigmatisation et l'intervention et étaient situés dans des flèches unidirectionnelles. Ces deux domaines ont été modifiés et placés dans une flèche bidirectionnelle. Premièrement, le domaine de l'intervention n'a pas été utilisé puisque l'essai n'étudiait pas les composantes des interventions utilisant le savoir expérientiel, mais plutôt les facteurs qui influencent l'utilisation du savoir expérientiel. Deuxièmement, on retrouve le domaine de la stigmatisation dans le premier encadré situé à gauche, mais, dans le deuxième encadré, le domaine de la stigmatisation a été modifié pour devenir la lutte à la stigmatisation. Ce choix a été fait puisque le premier encadré met de l'avant les facteurs contribuant à la stigmatisation liée à la santé mentale. Par contre, à la suite des revues de littérature, il a été mis de l'avant que la stigmatisation est bel et bien un facteur pouvant

diminuer l'utilisation du savoir expérientiel. C'est pourquoi, dans le deuxième encadré, le domaine de la stigmatisation a été modifié pour être le domaine de la lutte à la stigmatisation afin de mettre en lumière les facteurs pouvant jouer un rôle dans la diminution de la stigmatisation dans les différents environnements et ainsi augmenter l'utilisation du savoir expérientiel.

En dernier lieu, les flèches utilisées pour les domaines de la stigmatisation et de lutte à la stigmatisation sont bidirectionnelles alors que dans le cadre conceptuel de référence, celles-ci étaient unidirectionnelles. La stigmatisation et la lutte à la stigmatisation sont des phénomènes dynamiques et non linéaires. En effet, l'environnement micro peut venir influencer l'environnement méso ainsi que macro, mais l'inverse est aussi vrai. L'environnement macro peut venir influencer les autres environnements. Les flèches bidirectionnelles expriment donc l'influence des différents domaines entre eux et l'aspect dynamique de ces interactions.

ANNEXE B

Tableau 9.
Extraction des données sous-question un

Titre, auteur, pays et année	Objectif	Niveau d'évidence selon Arbesman et al. (2008) cités dans Tomlin et Borgetto (2011) et méthodologie	Principaux résultats	Éléments répondant à la question de recherche
<p>1.Reducing mental illness stigma in health care students and professionals: a review of the literature, Alison Stubbs</p> <p>4 novembre 2014, Australie</p>	<p>Examiner l'efficacité des interventions conçues pour réduire la stigmatisation de la maladie mentale chez les étudiants et les professionnels de la santé.</p>	<p>Revue de littérature, niveau d'évidence I</p> <p>Recherche dans les bases de données Cochrane Library et PubMed. Mots-clés utilisés :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. stigma reduc* OR anti-stigma AND 2. mental illness OR psych* illness) AND 3. worker* OR professional*OR student* OR doctor* <p>Les listes de références de chaque article sélectionné ont été regardées et les articles pertinents ont été inclus. Les éditions spéciales sur la stigmatisation du British Journal of Psychiatry et American</p>	<p>Trois grandes catégories d'interventions pour réduire la stigmatisation : le contact, l'éducation et la protestation. Les preuves suggèrent que les interventions comportant un contact direct, un contact indirect filmé ou un courriel éducatif réduisent efficacement la stigmatisation chez les étudiants et les professionnels de la santé. Les effets positifs se perdent avec le temps.</p> <p>Le jeu de rôle est la seule intervention qui s'est avérée inefficace.</p>	<p>Pas nécessairement un enjeu de connaissance, mais de contact direct dans une relation transversale (sans hiérarchie).</p> <p>La stigmatisation diminue la recherche de services et mène au sous-diagnostic.</p> <p>-Les preuves reliées à la stigmatisation sont la distance sociale, les attitudes, l'empathie/réaction émotionnelle, comportement et les connaissances.</p>

Journal of Public Health ont été cherchées. Les articles pertinents ont été retenus.

<p>2. Stigmatizing attitudes of primary care professionals towards people with mental disorders: A systematic review, A. O. R. Vistorte, W. S. Ribeiro, D. Jaen, M. R. Jorge, S. Evans-Lacko and J. d. J. Mari</p> <p>Juillet 2018, Brésil</p>	<p>Examiner les attitudes stigmatisantes envers les personnes atteintes de troubles mentaux parmi les professionnels des soins primaires et identifier les facteurs potentiels liés aux attitudes stigmatisantes par le biais d'une revue systématique</p>	<p>Revue systématique, niveau d'évidence I</p> <p>Recherche dans la Virtual Health Library qui inclut 19 bases de données. Mots-clés utilisés:</p> <p>1. stigma* OR discriminat* OR prejudice* OR social distance* OR stereotyp* OR attitude* OR behav* AND</p> <p>2. Primary care AND</p> <p>3. mental disorder* OR mental illness* OR mental disease* OR mental disabilit* OR psychia* OR disorder* OR psychiatry* OR illness* OR psychiatry* OR disease* OR psychiatry* OR diagnos*</p> <p>Les listes de références de chaque article sélectionné ont été</p>	<p>Les médecins ont des attitudes plus négatives à l'égard des maladies mentales que les autres professionnels ainsi que la population générale.</p> <p>Il est prouvé que les attitudes stigmatisantes des médecins à l'égard des troubles mentaux peuvent constituer un obstacle important pour que les personnes souffrant de problèmes de santé mentale reçoivent le traitement dont elles ont besoin.</p> <p>Les attitudes stigmatisantes des médecins sont associées à un manque de formation adéquate concernant le traitement et l'identification des troubles mentaux.</p> <p>L'une des attitudes négatives les plus importantes est l'attribution erronée des signes et symptômes d'une maladie physique à des troubles mentaux concomitants. Cela peut conduire à un sous-traitement des maladies physiques en raison de ce que l'on appelle le</p>	<p>Les médecins qui stigmatisent la maladie mentale sont plus susceptibles d'être pessimistes quant à l'adhésion de leur patient au traitement.</p> <p>La stigmatisation était plus importante chez les prestataires de soins de santé qui étaient relativement moins à l'aise avec l'utilisation des services de santé mentale eux-mêmes.</p> <p>Le manque d'expérience résulte en des difficultés à traiter les troubles de santé mentale et à des fausses croyances sur la santé mentale.</p> <p>La stigmatisation se définit comme un processus impliquant l'étiquetage, la séparation, l'endossement des stéréotypes, les préjugés et la discrimination dans un contexte où le pouvoir social, économique ou politique est exercé au détriment des membres d'un groupe social. Il comprend trois dimensions connexes qui, lorsqu'elles sont combinées constituent un puissant moteur d'exclusion sociale : (a) le manque de connaissances (ignorance et désinformation), (b) les attitudes négatives (préjugés), et (c) les comportements d'exclusion ou d'évitement (discrimination).</p>
--	--	--	---	---

		regardées et les articles pertinents ont été inclus.	"biais médical" ou "l'occultation du diagnostic" lié aux attitudes négatives des prestataires.	
3. Changes in Attitudes toward Mental Illness in Healthcare Professionals and Students, Yin-Yi Lien , Hui-Shin Lin , Chi-Hsuan Tsai, Yin-Ju Lien and Ting-Ting Wu	Clarifier si les attitudes des professionnels de la santé à l'égard de la maladie mentale ont changé au fil du temps	Revue de littérature, niveau d'évidence I Recherche dans les bases de données MEDLINE, PsychINFO, PsycARTICLES et ERIC et PubMed. Mots-clés utilisés :	Le désir de distance sociale et les attitudes à l'égard des personnes atteintes de trouble de santé mentale chez les professionnels de santé et les étudiants deviennent positifs sur la période 1966-2016. Le désir de distance sociale des personnes atteintes de trouble de santé mentale chez les professionnels de la santé et les étudiants sont devenus plus favorables avec le temps, quelle que soit la région.	Les attitudes ou comportements stigmatisants des professionnels de la santé peuvent entraîner un manque d'attention aux besoins médicaux des patients, à une mauvaise prise en charge des patients atteints de maladie mentale, voire à une marginalisation sociale. L'implication des consommateurs dans l'éducation (c.-à-d. contacter les personnes atteintes de trouble de santé mentale) des professionnels de la santé a été identifiée comme une stratégie potentiellement efficace pour influencer des attitudes plus positives envers la participation des usagers aux services de santé mentale. Une stratégie éducative appelée apprentissage par problèmes (APP) est une nouvelle technique d'enseignement couramment utilisée dans l'enseignement médical ces dernières années. Des recherches ont suggéré que la méthode APP a joué un rôle efficace dans le développement d'attitudes positives envers les soins infirmiers psychiatriques et les patients ainsi que dans l'acquisition des compétences de base des soins infirmiers psychiatriques.
22 novembre 2019,		1. "stigma" OR "knowledge" OR "stereotype" OR "attitude" OR "prejudge" OR "behavior" OR "discrimination" OR "social distance" AND 2. "mental illness" OR "mental disease" OR "mental health" OR "mental health literacy" OR "psychiatry illness" OR "psychiatry disorder" OR "schizophrenia" OR "depress *" AND 3. "student" OR "professional" OR "clinicians" OR		
Chine				

"physicians" OR
 "health staff" OR
 "medical personnel"
 OR "healthcare
 provider"
 AND
 4. "survey" OR
 "scale" OR
 "measurement"

Les listes de références de chaque article sélectionné ont été regardées. Les experts dans le domaine de la recherche sur les attitudes ont été contactés et ont été questionnés à savoir s'ils avaient des études pertinentes pour élargir la recherche initiale.

<p>4.Challenging mental illness stigma in healthcare professionals and students: a systematic review and network meta-analysis, Lien, Yin-Yi; Lin, Hui-Shin; Lien, Yin-Ju; Tsai, Chi-Hsuan; Wu, Ting-</p>	<p>Estimer l'efficacité relative entre différents types d'interventions anti-stigmatisation pour les professionnels de la santé.</p>	<p>Revue systématique, niveau d'évidence I</p> <p>Recherche dans les bases de données Cochrane Library, PubMed, EBSCOhost, MEDLINE, ERIC, PsycARTICLES, PsycINFO et CINAHL. Les mots-clés utilisés étaient regroupés en quatre catégories : 1) stigma 2) mental illness 3) anti-stigma</p>	<p>La présente étude indique que les interventions éducatives basées sur le contact se classent mieux que celles avec contact seul et que l'éducation seule.</p> <p>Les interventions de lutte contre la stigmatisation devraient utiliser des interventions basées sur le contact avec les professionnels de la santé et les étudiants en santé.</p>	<p>La stigmatisation peut être comprise comme une combinaison de problèmes liés aux connaissances (ignorance), aux attitudes (préjugés) et aux comportements (discrimination) (Thornicroft et al., 2007).</p> <p>Deux formes principales de stigmatisation :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Stigmatisation publique : l'approbation des stéréotypes négatifs des personnes atteintes de trouble de santé mentale par le public - Auto-stigmatisation : quand les personnes atteintes de trouble de santé mentale acceptent et intériorisent des stéréotypes négatifs
--	--	--	---	--

<p>Ting; Li, Hua; Tu, Yu-Kang</p>	<p>Intervention 4) HCPs</p>	<p>Ce résultat prolonge les recherches précédentes selon lesquelles les contacts constituent l'approche à court terme la plus efficace pour améliorer les attitudes de stigmatisation dans le public.</p>	<p>La stigmatisation chez les professionnels de la santé et les étudiants en santé pourrait affecter l'accès aux soins et la qualité des soins pour les patients souffrant de maladies mentales et elle pourrait conduire à une mauvaise attention des besoins des patients, à des orientations inutiles vers des centres de soins spécialisés, voire un manque d'acceptation et de soutien dans la vie sociale et personnelle des patients.</p>
<p>2021, Chine</p>		<p>Les résultats indiquent que l'inclusion de plusieurs contacts multiples avec des personnes atteintes de trouble de santé mentale (en direct ou filmés) était significativement associée à de meilleurs résultats en matière de connaissances et d'attitudes liées à la maladie mentale (Knaak et al., 2014).</p>	<p>Les écrits démontrent que l'augmentation du savoir sur les troubles de santé mentale permet de promouvoir une identification plus rapide du trouble de santé mentale et sensibiliser les gens à aller chercher de l'aide (Henderson et al., 2013).</p>
		<p>Les interventions basées sur le contact pourraient générer un ensemble de réactions émotionnelles positives, comme une diminution de l'anxiété et une augmentation de l'empathie envers les patients atteints de maladie mentale (Patten et al., 2012).</p>	<p>Les attitudes négatives envers la santé mentale découlent de stéréotypes et créent la croyance d'un mauvais rétablissement ou des réactions émotionnelles négatives, telle que la dangerosité, la peur et la colère (Corrigan & Watson, 2002).</p>
			<p>Les éléments comportementaux de la stigmatisation font référence aux intentions qui sous-tendent l'interaction avec des malades mentaux, qui s'expriment par l'évitement ou la distance sociale (Corrigan et al., 2012).</p>
			<p>Petkari et al. (2018) ont indiqué que le contact avec les patients hospitalisés présente un effet très faible, suggérant que cela pourrait entraîner une stigmatisation de la maladie mentale parmi les professionnels de la santé et les étudiants en santé en étant pessimiste quant au rétablissement. Ce résultat est cohérent avec les études précédentes, selon lesquelles le pessimisme à l'égard de la guérison peut conduire</p>

<p>5. Stigma in health facilities: why it matters and how we can change it, Laura Nyblade, Melissa A. Stockton, Kayla Giger, Virginia Bond, Maria L. Ekstrand, Roger Mc Lean, Ellen M. H. Mitchell, La Ron E. Nelson, Jaime C. Sapag, Taweesap Siraprasiri, Janet Turan and Edwin Wouters</p>	<p>Examiner comment les interventions de réduction de la stigmatisation sont implantées à travers les stigmates de l'état de santé</p>	<p>Revue de littérature, niveau d'évidence I Recherche dans les bases de données PubMed, Psycinfo et Web of Science. Recherche dans la littérature grise a été obtenu par le biais de L'Agence des États-Unis pour le développement international.</p>	<p>Les trois interventions les plus fréquentes étaient un contact avec un groupe stigmatisé, l'enseignement sur la condition, sur le stigma, ses manifestations et ses effets sur la santé ainsi que la participation directe à l'intervention.</p> <p>Les lacunes identifiées au niveau des interventions sont :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ciblent tous les niveaux du personnel clinique ou non, se concentraient sur plusieurs niveaux écologiques ou qui s'efforçaient de changer structurellement des aspects physiques ou politiques de l'environnement de l'établissement. 2. Engagent le personnel et les clients des établissements de santé dans un effort de collaboration pour concevoir et mettre en œuvre des interventions de réduction de la stigmatisation. 3. Exploitent la technologie pour un apprentissage 	<p>à l'épuisement des professionnels de la santé et des étudiants, leur donnant l'impression que ce qu'ils font n'a pas d'importance, ce qui peut aggraver les attitudes négatives des professionnels de la santé à l'égard de la maladie mentale (Henderson et al., 2014; Knaak & Patten, 2016).</p>	<p>La stigmatisation est un processus social puissant qui se caractérise par l'étiquetage, les stéréotypes et la séparation, conduisant à la perte de statut et à la discrimination, le tout dans un contexte de pouvoir.</p> <p>La discrimination serait la conséquence finale de la stigmatisation. On décrit la discrimination comme une action inéquitable et injuste à l'égard d'un individu ou d'un groupe sur la base d'un statut ou d'attributs réels ou perçus, d'une condition médicale, le statut socio-économique, le sexe, la race, l'identité sexuelle ou l'âge.</p> <p>Les professionnels de la santé peuvent aussi vivre des impacts de la stigmatisation en ne révélant pas leur problème de santé mentale ou en étant réticents à aller chercher des services pour les aider.</p> <p>Au sein des établissements de santé, les facteurs communs pouvant causer de la stigmatisation peuvent inclure des attitudes négatives, de la peur, des croyances, de la méconnaissance de la maladie elle-même et de la stigmatisation, l'incapacité à gérer cliniquement l'affection, et les procédures ou pratiques institutionnelles.</p> <p>Les politiques ou systèmes institutionnels de prestation de soins, comme la verticalisation (par exemple, la fourniture de soins dans une clinique</p>
--	--	--	--	---	---

			<p>interactif, au-delà des vidéos de témoignages.</p> <p>4. Reconnait et traite la stigmatisation vécue par les travailleurs de la santé.</p>	<p>séparée ou " flagger" les dossiers pour les distinguer des dossiers médicaux des autres patients) peuvent également influencer la stigmatisation institutionnelle.</p> <p>Manque d'interventions qui reconnaissent et traitent la stigmatisation vécue par les travailleurs de la santé.</p>
<p>6.Confronting Goffman: how can mental health nurses effectively challenge stigma? A critical review of the literature, L. Bates and T. Stickley</p> <p>Septembre 2013, Royaume uni</p>	<p>Évaluer la nature et les processus qui sous-tendent la perpétuation de la stigmatisation au sein du système de santé mentale et de ceux qui y travaillent.</p>	<p>Revue critique, Niveau d'évidence V</p> <p>Méthodologie :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Examiner de manière critique les théories de la stigmatisation 2. Examiner un aspect particulier de la théorie de Goffman 3. Critique plus large de la politique et de la loi sur la santé mentale et de leur contribution au maintien d'attitudes stigmatisantes. 	<p>Se concentrer sur les diagnostics et les facteurs de risque peuvent perpétuer la stigmatisation et l'exclusion sociale en empêchant une personne d'accéder à des programmes tels que l'aide sociale au travail ou à une vie indépendante par crainte d'une rechute.</p> <p>De nombreux usagers des services de santé mentale ont identifié les rencontres avec les services de santé comme étant parmi les expériences les plus stigmatisantes et pénibles de leur maladie (Thornicroft 2006, Sweeney et al. 2009).</p> <p>Le comportement impulsif et dangereux des personnes souffrant de troubles de la personnalité faisait en sorte que les infirmières avaient du mal à établir des relations avec ces clients et pensaient qu'ils avaient plus de contrôle sur leur propre comportement</p>	<p>Le mot stigma est défini par des traits invisibles qui mènent la personne à être discriminée par la société. Les personnes étant dans un groupe stigmatisé sont traitées par la société d'une manière qui réduit leurs chances et leurs perspectives de réaliser leur propre potentiel sont significativement réduites.</p> <p>Les professionnels de la santé feraient de la discrimination passive plutôt qu'active en décourageant par exemple les usagers d'essayer de nouvelles activités.</p> <p>L'attitude des professionnels de la santé à l'égard de la maladie mentale en la traitant comme un événement qui ruine la vie accompagnée d'une perte ou d'un déficit de ses capacités fonctionnelles serait le facteur majeur des comportements stigmatisants (Repper & Perkins 2003).</p> <p>La vision publique de la santé mentale ainsi que les lois et politiques seraient les raisons derrière la stigmatisation véhiculée par les professionnels de la santé en santé mentale.</p> <p>Le modèle disability-inclusion argumente que l'exclusion ne résulte pas des caractéristiques</p>

que les autres clients. (Munro & Baker 2007, Woollaston & Hixenbaugh 2008, Ross & Goldner 2009, Westwood & Baker 2010).

39% des personnes pensent que les personnes atteintes de maladies mentales sont dangereuses.

67 % des personnes ont déclaré que les asiles étaient toujours une méthode de traitement appropriée.

19% et 15% des personnes, respectivement, ont déclaré que les personnes atteintes de trouble de santé mentale semblaient différentes des autres et que la faiblesse de la personnalité était un facteur important dans le développement de la maladie mentale (Office of National Statistics 2010).

Edgley et al. (2006) soutiennent que le droit à la liberté est le plus fondamental des droits de l'homme et qu'il est souvent violé par l'application de la loi sur la santé mentale qui favorise la protection du public sur la liberté individuelle.

individuelles, mais des barrières construites par la société.

Les médias jouent un rôle dans la stigmatisation en utilisant les thèmes récurrents de violence et de dangerosité lorsqu'ils dépeignent la santé mentale (Slopen et al. 2007, Rogers & Pilgrim 2010).

Le changement du modèle biomédical vers le un modèle biopsychosocial soit l'approche du rétablissement a permis de diminuer la stigmatisation.

C'est une combinaison de coercition, de peur et de séparation, qui, selon ses détracteurs, donne à la législation sur la santé mentale le pouvoir de contribuer à la stigmatisation des personnes qu'elle a été créée pour protéger.

7.Knowing much,	so yet	Décrire les interventions	Examen de la portée, niveau d'évidence I	4 stratégies principales ont été implantées : 1. Contact direct	La stigmatisation consiste en un étiquetage, un stéréotype, une séparation, une perte de statut et
------------------------	---------------	---------------------------	--	---	--

<p>knowing so little: a scoping review of interventions that address the stigma of mental illness in the Canadian context, S. Guruge, A. Z. Y. Wang, V. Jayasuriya-Illesinghe and S. Sidani Juin 2017, Canada</p>	<p>visant à réduire la stigmatisation des maladies mentales dans le contexte canadien afin d'identifier les lacunes dans les connaissances et les implications pour les recherches futures</p>	<p>Recherche dans les bases de données CINAHL, EBSCOhost, Medline, PsychINFO, et PubMed. Recherche sur le site internet de l'Association canadienne pour la santé mentale, sur le site du Centre de toxicomanie et de santé mentale et sur le site de la Commission de la santé mentale du Canada. Recherche manuelle dans les journaux pertinents.</p>	<p>avec une personne ayant un trouble de santé mentale 2. Contact indirect soit regarder des vidéos ou des photos prises par des personnes ayant un trouble de santé mentale. 3. Éducation telle qu'une conférence sur la stigmatisation 4. Plaidoyer soit engager les participants dans une activité qui a comme objectif d'influencer les croyances et les comportements des autres personnes.</p> <p>La combinaison du contact direct et de l'éducation apparaît comme la plus efficace au court terme. L'absence d'effets significatifs des interventions sur la réduction de la stigmatisation pourrait être liée à l'absence de conceptualisation et d'opérationnalisation claires ou cohérentes de la stigmatisation dans les études examinées.</p>	<p>une discrimination qui coexistent dans une situation de pouvoir. La stigmatisation affecte les individus et la société dans son ensemble et se manifeste en stigmatisation publique et en l'auto-stigmatisation des personnes vivant avec ou affectées par la maladie mentale (Corrigan & Watson, 2002).</p>	<p>La stigmatisation peut être expliquée avec un modèle tripartite qui consiste au savoir, attitudes et comportements envers les personnes qui vivent avec un trouble de santé mentale (Papish et al.,2013) .</p>	<p>Les adultes sont plus susceptibles d'avoir internalisé de la stigmatisation et de s'appuyer sur leurs croyances culturelles pour comprendre et traiter la maladie mentale, et recherchent moins souvent des services que leurs homologues plus jeunes.</p>
<p>8.Mental Health Professionals With Mental Illnesses:</p>	<p>Explorer les expériences des professionnels de la santé</p>	<p>Recherche qualitative, Niveau d'évidence III</p>	<p><u>Expériences d'exposition à la stigmatisation sur le lieu de travail</u></p>	<p>Des études ont révélé que la stigmatisation envers les personnes atteintes de trouble de santé mentale au sein de la profession de la santé mentale est similaire, sinon pire, que la</p>		

<p>A Qualitative Interview Study, Marta Elliott and James M. Ragsdale</p> <p>Juin 2020, États-unis</p>	<p>mentale qui s'identifient comme ayant une maladie mentale en analysant la façon dont ils décrivent leurs expériences dans leurs propres mots.</p>	<p>Les 12 participants ont réalisé une entrevue semi-structurée en personne, par téléphone ou par vidéoconférence.</p>	<p>75% des participants ont vécu des préjudices indirects. Par exemple, remarques d'autres employés sur la santé mentale d'une personne. 17% ont rapporté avoir vécu un préjudice direct soit un autre thérapeute leur a dit quelque chose de négatif par rapport à leur trouble de santé mentale. 25% ont rapporté de la discrimination directe qui a entravé leur avancement professionnel. Par exemple, se faire refuser une promotion après avoir divulgué une précédente dépression.</p>	<p>stigmatisation au sein de la population générale (Caldwell et Jorm, 2001; Lauber, Nordt, Braunschweig, et Rössler, 2006; Nordt, Rössler, et Lauber, 2006; Van Dorn, Swanson, Elbogen, et Swartz, 2005).</p>
			<p><u>Décisions concernant la révélation ou la dissimulation de sa maladie mentale sur le lieu de travail</u></p> <p>17% n'ont jamais révélé leur trouble de santé mentale, 17% sont complètement ouverts quant à leur santé mentale et 66% sont sélectifs quant aux personnes à qui il révèle leur diagnostic.</p>	<p>D'autres recherches montrent que les professionnels de la santé mentale peuvent accepter leurs patients atteints de maladie mentale tout en portant un jugement sceptique à l'égard de leurs collègues qui présentent les mêmes symptômes. (Zerubavel & Wright, 2012).</p>
			<p><u>Impacts perçus d'être un thérapeute souffrant d'une maladie mentale</u></p> <p>92% ont décrit leur maladie mentale comme un atout sur le lieu de travail. 58% ont témoigné qu'être thérapeute</p>	<p>La stigmatisation peut décourager le professionnel de la santé à aller chercher de l'aide. La stigmatisation peut diminuer l'autodivulgence de leur condition à leur collègue.</p>
				<p>Les deux travailleurs de la santé qui n'ont jamais révélé leur trouble de santé mentale sont des hommes avec un poste haut gradé qui ont reçu le traitement minimal pour leur trouble de santé mentale. Les deux étaient très concernés sur l'impact de la divulgation sur leur carrière. Ils avaient également peur que leurs collègues questionnent leurs aptitudes à pratiquer.</p>
				<p>L'environnement joue un impact sur le choix de divulguer ou non. Une des participantes ne se sentait pas à l'aise de divulguer son vécu en raison du système plus archaïque.</p>
				<p>Plusieurs mentionnent avoir peur que la divulgation de leur trouble de santé mentale biaise la vision des autres quant à leurs compétences.</p>

			était bénéfique pour leur propre santé mentale.	
9.Mental health-related stigma in health care and mental health-care settings, Claire Henderson, Jo Noblett, Hannah Parke, Sarah Clement, Alison Caffrey, Oliver Gale-Grant, Beate Schulze, Benjamin Druss, Graham Thornicroft	1)Est-ce que les professionnels de la santé mentale stigmatisent les personnes qui utilisent leurs services et les autres professionnels de la santé stigmatisent-ils les personnes atteintes de maladies mentales ?	Revue de littérature, niveau d'évidence I Recherche dans les bases de données Medline, PsychINFO, CINAHL, AMED, et the Social Science Citation. Mots-clés utilisés : 1. doctor*, or clinician*, or psychiatrist*,or health*, provider*, or nurs AND 2. stigma*, or stereotyp*, or discrimination or prejudi*, or social distanc*, or disrespect*, or under treatment, or diagnostic overshadow*, or attitud* AND 3. mental disorder*, or mental health, or mental* ill*, or psychiat*, or psychological disorder, or terms relating to specific disorders	Les psychiatres avaient des stéréotypes plus négatifs à l'égard des personnes atteintes d'une maladie mentale que la population générale ou les autres professionnels de la santé mentale. Le fait d'être en contact avec les usagers ne diminue pas nécessairement les stéréotypes. La reconnaissance de ces attitudes négatives a conduit à des appels à la formation de professionnels de la santé mentale par le biais de contacts avec des personnes atteintes de trouble de santé mentale qui fonctionnent bien dans leur communauté (par exemple, en tant que pairs éducateurs) et les membres de leur famille. La littérature médicale sur le rétablissement de la maladie mentale est une autre source d'information sur les comportements des professionnels de la santé mentale que les usagers trouvent discriminatoire et qui crée des obstacles au rétablissement personnel.	Les preuves que les professionnels travaillant dans tous les domaines de soins de santé, y compris la santé mentale, stigmatisent et discriminent les personnes atteintes de trouble de santé mentale sont de plus en plus convaincantes. La stigmatisation opère à trois niveaux interdépendants : structurels, interpersonnels et intrapersonnels. Un exemple de discrimination structurelle peut être quand les décideurs décident d'investir moins d'argent dans les groupes stigmatisés ce qui envoie le message qu'ils méritent d'être traités ainsi. Bien que les professionnels de la santé aient généralement plus de connaissances sur les maladies mentales que le grand public, ils peuvent être affectés par un manque de connaissances lié à la stigmatisation. Par exemple, la connaissance de certains aspects spécifiques de la maladie comme un manque de connaissances sur le trouble de la personnalité borderline. Les personnes souffrant de trouble de santé mentale peuvent vivre des comportements injustes par exemple, une supposition que la personne n'est pas aussi compétente que d'autres adultes ou l'hypothèse que la personne est encline à la violence.
2014, Royaume-Uni	2) Si les professionnels de la santé stigmatisent les personnes atteintes de maladie mentale, quels en sont les effets sur la qualité des soins de santé mentale et des soins de santé physique ?			La stigmatisation englobe les croyances négatives sur le soi qui sont en grande partie fondées sur la honte, l'acceptation de stéréotypes liés à la maladie mentale, un sentiment

	Les listes de références de chaque article sélectionné ont été regardées afin de trouver d'autres articles pertinents.	L'un de ces comportements est la surprotection qui est décrite comme une entrave à la prise de risque positive pour permettre le développement personnel.	d'aliénation des autres et la mauvaise humeur qui en résulte.
		Les personnes souffrant de troubles mentaux et de toxicomanie reçoivent un traitement de moindre qualité pour diverses maladies physiques, dont les maladies cardiovasculaires, le diabète, le VIH, l'hépatite et le cancer, que les personnes sans maladie mentale.	Bien que les réponses des professionnels de la santé mentale aux mesures d'attitude étaient moins négatives que celles des non-professionnels de la santé mentale, elles étaient plus négatives que celles des étudiants en santé mentale en termes d'inefficacité et d'indésirabilité perçues.
		Le modèle médical utilisé ne fournit pas les connaissances et les compétences dont les professionnels ont besoin pour traiter les personnes présentant un trouble de personnalité limite et de l'automutilation.	Le pessimisme accru des professionnels de la santé, en ce qui concerne les résultats à long terme pour les patients et la probabilité que les patients soient victimes de discrimination, pourrait être dû à une meilleure connaissance que le grand public. Il pourrait également être biaisé en raison d'un contact accru avec des personnes dont la maladie est de longue durée et récurrente.
			Une augmentation de l'expérience personnelle de la maladie mentale était également liée à des attitudes plus positives et à un comportement plus positif parmi le grand public.
			Les stéréotypes sont internalisés à un jeune âge soit avant le début de la carrière professionnelle.
10.Effectiveness of contact-based education for reducing mental illness-related stigma in pharmacy students, Scott B Patten, Alfred Remillard, Leslie Phillips, Geeta	Évaluer l'impact de l'enseignement par contact sur les attitudes des étudiants en pharmacie envers les personnes atteintes de	Étude randomisée, niveau d'évidence I Les étudiants de troisième et quatrième années en pharmacie de trois universités différentes ont reçu des séances d'éducation par contact à différents	Un changement mineur et non significatif des scores OMS-HC pendant les séances régulières d'éducation à la santé mentale et un changement substantiel après les séances d'éducation par contact suggèrent que cette intervention à un effet plus important sur la réduction de la stigmatisation que les méthodes d'enseignement
			La stigmatisation peut être définie comme un attribut qui jette un profond discrédit sur la personne qui le porte, la faisant passer d'une personne entière et habituelle à une personne entachée et dépréciée. 36% des pharmaciens se sentaient moins à l'aise de discuter de symptômes et de médicaments avec des patients ayant un trouble de santé mentale comparativement à 6% pour les patients ayant un trouble cardiovasculaire.

<p>Modgill, Andrew CH Szeto, Aliya Kassam et David M Gardner</p>	<p>trouble de santé mentale.</p>	<p>moments dans leur cursus scolaire. Des mesures étaient prises à trois moments différents à l'aide d'un questionnaire à 20 items soit le OMS-HC.</p>	<p>régulières du premier cycle universitaire.</p>	<p>Une étude comparant les attitudes stigmatisantes des étudiants en troisièmes années en pharmacie aux étudiants gradués. Malgré que les étudiants gradués eussent complété des lectures et des cours ainsi que réalisés un stage, il n'y avait pas de différences statistiques avec les troisièmes années. Cela sous-tend que l'éducation traditionnelle des étudiants en pharmacies ne réduit pas la stigmatisation. Une autre étude va dans ce sens en mettant de l'avant qu'une rotation en psychiatrie n'a pas eu d'impact sur l'évaluation de la distance sociale chez les étudiants en pharmacie.</p>
<p>5 décembre 2012, Canada</p>			<p>La taille de l'effet associée à la première session de formation par contact était de 0,45. Traduit, cette taille de l'effet indique que 68 % des étudiants en pharmacie qui ont participé à la session de formation ont pris part à la formation ont connu une amélioration plus importante de leur score OMS-HC que l'étudiant moyen qui n'a pas participé à la session. Pour la deuxième session de formation par contact l'impact a été plus important. La taille de l'effet était de 0,77, ce qui indique que 78% des personnes ayant bénéficié de l'intervention éducative ont connu un changement plus important dans leurs scores OMS-HC par rapport au changement de score moyen dans l'autre groupe.</p>	<p>Certains programmes universitaires ont mis dans leur cursus de l'éducation basée sur le contact pour prévenir la stigmatisation. Un ingrédient clé de l'éducation basée sur le contact est la présentation de témoignages d'utilisateurs de services. Le succès de l'éducation basée sur le contact est généralement soutenu dans la littérature, mais le type de contact doit être approprié. C'est-à-dire que le contact doit être avec des personnes qui vivent avec trouble de santé mentale, mais qui sont rétablies ou en voie de l'être ou en voie de guérison.</p>

*Ce tableau contient des traductions libres extraites des différents articles

ANNEXE C

Tableau 10.

Extraction des données sous-question deux

Titre, auteur, pays et année	Objectif	Niveau d'évidence selon Arbesman et al. (2008) cités dans Tomlin et Borgetto (2011) et méthodologie	Principaux résultats	Éléments répondant à la question de recherche
<p>Factors Affecting Mental Health Professionals' Sharing of Their Lived Experience in the Workplace: A Scoping Review, Alicia J. King, Lisa M. Brophy, Tracy L. Fortune, Louise Byrne</p> <p>3 septembre 2020, États-Unis</p>	<p>Examiner la littérature existante afin d'identifier les facteurs qui affectent la divulgation de l'expérience vécue par les professionnels de la santé en santé mentale à leurs collègues et superviseurs.</p>	<p>Examen de la portée, niveau d'évidence I</p> <p>Recherche dans les bases de données Medline, PsychINFO, CINAHL et Embase.</p> <p>Les listes de références de chaque article sélectionné ont été regardées afin de trouver d'autres articles pertinents.</p> <p>Une recherche dans la littérature grise a également été réalisée à l'aide des mots-clés "clinicians with lived experience" et "disclosure of lived experience by mental health professionals". Une analyse par le biais du programme NVivo a ensuite été faite.</p>	<p>Parmi les facteurs identifiés comme décourageant les professionnels de partager leur expérience vécue, deux thèmes principaux ont été identifiés, à savoir le «professionnel déficient» et le clivage «nous et eux ».</p> <p>Certains professionnels ayant une expérience vécue ont reçu des messages directs ou indirects selon lesquels le fait d'éprouver une détresse ou de partager cette expérience vécue était inapproprié dans le cadre de leur rôle professionnel.</p> <p>Certains professionnels ressentaient de la pression des collègues et des clients à se conformer à l'image du professionnel invulnérable.</p> <p>Certains professionnels ont vécu de la discrimination à la suite du dévoilement de leur savoir expérientiel. La discrimination prend le plus souvent la forme</p>	<p>Disparité entre ce que le professionnel de la santé observe dans son milieu de travail et la réalité de la population. Cela peut créer l'illusion que le rétablissement n'est pas possible.</p> <p>Présence d'une culture de non-divulgation dans le milieu de la santé. L'incapacité des professionnels à discuter de leurs propres expériences sur le lieu de travail a été identifiée à la fois comme une cause et comme un effet des croyances stigmatisantes chez ces professionnels.</p> <p>La non-divulgation vient renforcer la croyance que les gens ayant un savoir expérientiel sont significativement différents du reste de la population.</p> <p>La présence de catégories "sain" et "malade mental" sert à renforcer la stigmatisation de ceux qui sont faussement considérés comme hors de la "norme".</p> <p>L'environnement soutenant et ouvert est un facteur qui facilite la divulgation.</p>

<p>Provider lived experience and stigma, J. I. Harris, J. Leskela and L. Hoffman-Konn</p>	<p>Deux hypothèses: 1) L'expérience vécue, la connaissance du rétablissement et l'engagement professionnel seront associés à des niveaux plus faibles de désidentification avec les clients (c'est-à-dire moins de stigmatisation). 2) L'expérience vécue, la connaissance du rétablissement et l'engagement professionnel seront associés à des niveaux plus</p>	<p>Étude avec un groupe non randomisé, niveau d'évidence III 101 professionnels de la santé en santé mentale qui travaillent dans un centre médical des Anciens Combattants ont répondu à un sondage</p>	<p>d'un manque d'adaptation de travail, mais aussi d'exigences discriminatoires et des pratiques de retour au travail.</p> <p>Les employés se concentrent sur la déficience possible du professionnel au lieu de sur les bénéfices du savoir expérientiel.</p> <p>L'impossibilité d'être ouvert sur le lieu de travail a été vécue comme un problème, provoquant des sentiments de honte, de peur et de conflit d'identité.</p> <p>75% de l'échantillon a rapporté une expérience vécue de problèmes de santé mentale.</p> <p>38% des personnes interrogées avaient partagé des informations sur leur santé mentale à leurs superviseurs.</p> <p>Ce groupe de professionnels a décrit des niveaux plus faibles de désidentification avec les clients gérant la schizophrénie, mais des niveaux plus élevés de désidentification à l'égard des clients gérant la dépression ou des traits de trouble de la personnalité limite.</p> <p>L'hypothèse 1) a grandement été supportée alors que l'hypothèse 2) a partiellement été supportée.</p>	<p>Les cliniciens retrouvent souvent dans leur charge de cas des patients avec des troubles de santé mentale chroniques avec un rétablissement difficile. Ce phénomène biaise les perceptions et les attentes des cliniciens expérimentés en matière de la guérison, ce qui entraîne une stigmatisation accrue et des évaluations négatives des clients.</p> <p>Un autre facteur qui augmente probablement la résistance à la réduction de la stigmatisation est une culture professionnelle qui décourage les cliniciens de révéler leurs problèmes de santé mentale.</p> <p>Les exigences éthiques de divulgation lorsqu'un prestataire est affaibli, combinées à une culture de non-divulgation, peuvent créer l'illusion que tout prestataire de soins de santé</p>
--	--	---	---	---

bas de désidentification avec les professionnels qui ont une expérience vécue.

Ceux qui ont une expérience vécue stigmatisaient moins les clients que leurs pairs n'ayant pas une telle expérience, mais ont également obtenu des résultats inférieurs en matière de connaissance du modèle de rétablissement que ceux qui n'ont pas d'expérience de vie.

Il est possible que les personnes ayant une expérience vécue considéraient qu'elles pratiquaient déjà des soins fondés sur le modèle de rétablissement et qu'elles aient été moins engagées dans l'éducation sur ce modèle.

Bien que l'expérience vécue semble être associée à moins de stigmatisation envers les clients, les professionnels de la santé mentale de cet échantillon qui avaient eux-mêmes une expérience vécue ne semblaient pas avoir moins de jugement à l'égard des autres prestataires ayant une expérience vécue.

Il est possible que les professionnels fermés ayant une expérience vécue puissent percevoir que ceux qui divulguent leur expérience risquent de faire l'objet d'une surveillance accrue, de jugements et de stigmatisation.

mentale qui divulgue un problème de santé mentale est affaibli.

La non-divulgence peut également créer l'illusion que peu de prestataires de santé mentale ont été confrontés à des problèmes de santé mentale, malgré le fait que des études montrent que 50 % à 85 % des prestataires de soins de santé mentale ont une expérience vécue de problèmes de santé mentale.

Dans certains cas, les règles d'état d'octroi de licence pour exercer une profession peuvent imposer une culture de non-divulgence en éliminant groupes de diagnostic de l'autorisation d'exercer, quel que soit le niveau de fonctionnement.

La culture de la non-divulgence prive les professionnels de la santé mentale de l'un des facteurs clés de l'identification comme moyen de réduire la stigmatisation. En effet, les professionnels voient rarement des personnes dans leur même rôle social gérant un problème de santé mentale, car les autres ils participent tous à la culture de la non-divulgence. En conséquence, les professionnels de la santé mentale s'engagent dans un processus de "désidentification" avec les clients ; ils considèrent les clients comme étant catégoriquement différents d'eux-mêmes, ce qui annule encore davantage les effets du contact avec le groupe extérieur.

<p>The dilemma of the wounded healer, N. Zerubavel and M. O. D. Wright</p>	<p>Soulever la question de l'absence de dialogue concernant le guérisseur blessé, en soulignant l'importance de développer la sécurité nécessaire pour que le guérisseur blessé puisse faire part de ses inquiétudes aux superviseurs et aux consultants.</p>	<p>Revue critique, Niveau d'évidence V</p>	<p>La stigmatisation sociale et l'auto-stigmatisation associée à certaines blessures peuvent servir à aliéner et réduire au silence le guérisseur blessé, en donnant l'impression aux professionnels que seul le secret les protège de la stigmatisation ou du jugement.</p>	<p>Les préoccupations des guérisseurs blessés portent souvent sur la stigmatisation potentielle si la nature de la blessure est divulguée et le jugement de leurs collègues concernant leurs compétences professionnelles. Ces préoccupations peuvent entraîner le secret, l'auto-stigmatisation et la honte.</p>
<p>Décembre 2012, États-Unis</p>			<p>Un autre facteur important qui a un impact sur le confort d'un guérisseur blessé à révéler sa blessure est l'existence de conspirations sociales du silence, qui maintiennent que certains types de blessures sont tabous (par exemple, être une victime d'inceste ; Butler, 1978 ; Herman, 1992) ou honteux (par exemple, faire du mal à une autre personne ; Anonyme, 2007).</p>	<p>La stigmatisation associée à certains types de blessures est susceptible d'avoir un effet significatif à la fois sur le degré de confort des guérisseurs blessés concernant la divulgation de leurs blessures et sur la réponse qu'ils reçoivent des autres professionnels lorsqu'ils les révèlent.</p>
			<p>Tout au long de la formation et dans la pratique professionnelle, il n'y a guère d'encouragement à exprimer ses préoccupations ou à reconnaître les domaines dans lesquels on éprouve des difficultés dans le cadre du travail clinique.</p>	<p>Des recherches antérieures suggèrent que la stigmatisation sociale des problèmes de santé mentale est liée aux facteurs suivants: la visibilité, la dangerosité, la possibilité de traitement et la mesure dans laquelle les relations sont perturbées (Day, Edgren et Eshleman, 2007).</p>
			<p>Certaines professions semblent promouvoir le silence autour de la blessure d'un guérisseur, peut-être pour se protéger contre les stigmates ou les doutes concernant la compétence professionnelle (Bloomgarden &</p>	<p>La conscience de la stigmatisation associée à son état dans la culture générale et spécifiquement au sein de la profession est associée à l'humiliation, la honte et la disgrâce (Hinshaw & Stier, 2008). Cela peut conduire à efforts pour dissimuler la blessure, ainsi qu'à l'isolement social, à une humeur négative, une baisse de l'estime de soi et de la conscience de soi (Pachankis, 2007).</p>

			<p>Mennuti, 2009a ; Rippere & Williams, 1985 ; Sussman, 2007).</p>	<p>Pour les thérapeutes qui luttent contre des blessures permanentes, le risque d'en parler à d'autres professionnels peut sembler trop important, en particulier si le thérapeute a intériorisé une auto-stigmatisation associée à sa blessure et/ou perçoit que ses collègues ont des croyances stigmatisantes.</p> <p>Il est probable que les psychothérapeutes plus établis, qui ont des antécédents observables de fonctionnement compétent, peuvent plus facilement prendre le risque d'être ouverts sur leurs blessures.</p> <p>Les gens préfèrent se distancer des individus ayant des problèmes de santé mentale sur la base de la perception de la dangerosité, de la responsabilité personnelle/du blâme, mais, fait intéressant, pas de la gravité. (Feldman et Crandall, 2007).</p>
<p>The disclosure of psychiatric diagnoses by mental health practitioners: A conventional content analysis, Kimya Behrouzian 2021, États-Unis</p>	<p>Explorer la divulgation des diagnostics psychiatriques par les praticiens de la santé mentale</p>	<p>Étude qualitative, niveau d'évidence III</p> <p>10 professionnels de la santé en santé mentale ont participé à une entrevue non structurée. Une analyse qualitative des entrevues a été réalisée.</p>	<p>Huit thèmes récurrents sont ressortis des entrevues : 1. La motivation à se divulguer en raison de symptômes négatifs qui affectent le fonctionnement clinique. 2. La sensibilisation à la stigmatisation diminue la volonté de divulguer des informations. 3. Réponse d'acceptance et de normalisation affecte le bien-être et augmente la volonté de se divulguer. 4. l'expérience passée de l'anxiété de divulgation influence la position thérapeutique. 5. Réponses</p>	<p>Des impacts négatifs sont associés à une expérience négative lors de la divulgation (Bril-Barniv et al., 2017). La divulgation peut aussi causer de la stigmatisation publique, de la dévalorisation sociale (Link et Phelan, 2001; Rush et al., 2014) et de la stigmatisation internalisée (Roe et Davidson, 2005).</p> <p>La maladie mentale est largement reconnue comme l'une des formes d'identité cible les plus stigmatisées, malgré les efforts sociaux à grande échelle déployés pour réduire cette</p>

		<p>négatives à la divulgation diminue la volonté de se divulguer. 6. Des réponses négatives à des demandes d'accommodation après une divulgation causent du ressentiment. 7. Le processus de décision sur l'opportunité de faire une divulgation est vécu comme prudent et anxiogène. 8. L'utilisation de l'humour pour faire face à l'anxiété liée à la stigmatisation lors de discussions avec des collègues.</p> <p>Certains participants mentionnent la crainte d'être sur-pathologisé par leurs collègues s'ils se divulguent.</p>	<p>stigmatisation dans de nombreux pays (Corrigan et Kosyluk, 2013).</p> <p>La volonté de divulgation est affectée par la conscience de la stigmatisation publique (Smart et Wegner, 2000).</p> <p>La divulgation dans un contexte hostile peut entraîner une stigmatisation, une discrimination, un rejet et une exclusion sociale supplémentaires (Karnieli-Miller et al., 2013; Moran et al., 2014; Sartorius et Schulze, 2005; Thornicroft, 2006).</p> <p>Les personnes utilisent la non-divulgation comme un moyen de se protéger des impacts de la stigmatisation. Par contre, la non-divulgation peut avoir des impacts négatifs comme d'augmenter l'auto-stigmatisation (Chadoir et Quinn, 2010; Rusch et al., 2014).</p> <p>La divulgation peut amener les collègues à porter des jugements critiques sur leur stabilité émotionnelle, leurs limites et leur acuité clinique (Rose, 2003).</p>	
<p>Mental health problems among clinical psychologists: Stigma and its impact on disclosure and help-seeking, Stacie Tay, Kat Alcock and Katrina Scior</p>	<p>Évaluer la prévalence des expériences personnelles de problèmes de santé mentale parmi les psychologues cliniciens, la stigmatisation externe, perçue et personnelle parmi eux, et les</p>	<p>la Étude quantitative, niveau d'évidence IV</p> <p>Un sondage a été mené auprès de psychologues anglais. Des réponses ont été recueillies auprès de 678 psychologues cliniques basés au Royaume-Uni par le biais d'une enquête</p>	<p>67,2% des participants ont mentionné avoir eu des problèmes de santé mentale au courant de leur vie.</p> <p>Les résultats sont en accord avec l'hypothèse que les psychologues cliniques présenteraient des niveaux plus élevés de stigmatisation perçue que de stigmatisation externe et d'auto-stigmatisation.</p>	<p>La culture au sein des professions de la santé et de la santé mentale peut amener leurs membres à considérer les problèmes de santé mentale comme une faiblesse et penser qu'ils devraient être mentalement résistants et capables de s'en sortir seuls.</p> <p>Ils peuvent éprouver de la honte et de la gêne et craindre d'être jugés négativement par le public, leur famille, leurs amis, leurs employeurs et leurs</p>

2018, Uni	Royaume-	préoccupations liées à la stigmatisation concernant la divulgation et la recherche d'aide.	anonyme en ligne comprenant l'échelle de distance sociale, le Stig-9, l'échelle de stigmatisation militaire, l'échelle de secret, l'échelle d'attitudes à l'égard de la recherche d'une aide psychologique professionnelle - forme courte, ainsi que des questions sur l'expérience personnelle et la situation sociodémographique.	Des participants avec des enjeux de santé mentale, 10,8% n'ont pas dévoilé leurs enjeux, 68,2% ont dévoilé leurs enjeux à leur famille et 65,2% à leurs amis alors que 44,5% l'ont dévoilé dans leur milieu de travail. Au niveau de la qualité de l'expérience perçue lors du dévoilement, les expériences les plus négatives étaient lors du dévoilement aux employeurs.	collègues de travail lorsqu'ils développent des problèmes de santé mentale (Corrigan, 2004 ; Garcia & Crocker, 2008 ; Garelick, 2012 ; Kessler et al., 2001 ; Sirey et al., 2001). En raison de préoccupations relatives à la confidentialité, de la crainte que leurs perspectives de carrière ne soient affectées et des expériences négatives passées, ils sont souvent réticents à révéler leurs difficultés et à demander de l'aide (Garelick, 2012 ; Hassan, Ahmed, White, & Galbraith, 2009).
Disclosure of mental health: Philosophical and psychological perspectives, Katherine Puddifoot	Tracer les contours d'un grave dilemme auquel sont confrontées les personnes atteintes d'un trouble de santé mentale : qu'elles divulguent ou non des informations sur leur santé mentale,	Revue critique, Niveau d'évidence V	Divulgaration et stéréotypes La documentation philosophique sur les stéréotypes a révélé qu'il existe de multiples façons dont les stéréotypes peuvent conduire à une perception erronée des individus à qui un stéréotype est appliqué, que cela se produise de manière implicite ou explicite (Puddifoot, 2017a, 2017b).	De nombreuses personnes souffrant de problèmes de santé mentale craignent toujours la stigmatisation et la pénalisation si elles divulguent des informations sur leur état. Une enquête récente menée au Royaume-Uni a révélé que plus de 50 % des usagers des services de santé mentale interrogés craignaient de révéler leur état parce qu'ils anticipaient de la stigmatisation et de la discrimination.	
4 décembre 2019 États-Unis					

elles risquent d'être mal perçues

Les personnes qui s'engagent dans les stéréotypes interprètent les preuves ambiguës d'une manière qui est cohérente avec le stéréotype appliqué plutôt que de la manière dont il devrait être interprété, c'est-à-dire comme ambiguë (Devine, 1989 ; Duncan, 1976).

Lorsque des personnes ont des problèmes de santé mentale, elles peuvent être traitées comme si elles étaient des sources d'information peu fiables sur leur état, alors qu'elles fournissent en réalité des informations précises (Crichton, Carel, & Kidd, 2016). On peut supposer à tort qu'elles ont déficiences mentales qui signifient qu'elles n'ont pas conscience de soi et qu'on ne peut leur faire confiance pour transmettre de l'information.

Non-divulgence et mauvaise perception

Au sein de la philosophie de l'esprit et de la philosophie des troubles mentaux, il existe d'autres arguments qui suggèrent que la non-divulgence d'informations sur un état de santé mentale peut conduire à une perception erronée. En effet, une personne qui manque d'informations sur la santé mentale d'une autre personne

Dans une enquête, près de 50% des femmes médecins interrogées ont déclaré que, bien qu'elles pensaient répondre aux critères pour avoir une maladie mentale, elles n'avaient pas cherché à se faire soigner, dans de nombreux cas en raison de la crainte de la stigmatisation (Gold, Andrew, Goldman, & Schwenk, 2016).

Les gens craignent que s'ils révèlent des informations sur leur état de santé mentale ils courent un risque substantiel d'être stéréotypés et donc mal perçus.

Les personnes souffrant de troubles de santé mentale sont fortement associées à de la dangerosité (Link, Phelan, Bresnahan, Stueve, et Pescosolido, 1999; Phelan, Link, Stueve et Pescosolido, 2000) , à de l'incompétence et à de la faiblesse de caractère (Corrigan et Watson, 2002).

Les personnes souffrant d'anxiété et de dépression sont plus susceptibles d'être traitées comme des personnes à blâmer pour leur état (Wood et al., 2014). Les personnes souffrant de dépression sont associées à la paresse et à la difficulté de parler avec elles (Thornicroft et al., 2007).

Lorsqu'une personne croit que son témoignage est susceptible de ne pas être écouté et considéré, elle peut choisir de ne pas le livrer (Dotson, 2011).

peut par conséquent ne pas attribuer correctement les états mentaux et les dispositions à cette personne.

Les personnes atteintes d'un trouble de santé mentale ont des aspects de sa vie mentale et de son comportement qui diffèrent sensiblement de ceux de la plupart des autres personnes.

Pour comprendre correctement les états mentaux et les dispositions des personnes souffrant de troubles mentaux, il est nécessaire de prendre en compte la façon dont ils sont susceptibles de s'écarter des normes, des attentes culturelles et de développer des narratifs qui reflètent cela.

Les personnes qui décident de ne pas divulguer leur trouble de santé mentale courent 2 risques principaux : 1) La personne qui ne divulgue pas d'informations sur son état de santé mentale prend le risque que les besoins liés à son état de santé mentale ne soient pas correctement compris. 2) Une personne souffrant de troubles mentaux peut être perçue à tort comme ayant un mauvais caractère en raison d'un manque de compréhension de leur état.

Les personnes souffrant de troubles mentaux auront des aspects de leur vie mentale qui ne seront correctement compris que si leur état est connu. La solution à ce dilemme consistera à s'assurer que les gens peuvent divulguer des informations sur leur état de santé sans être mal perçus en raison des stéréotypes.

Une option est la stratégie de divulgation sélective qui consiste à ne divulguer que les informations pertinentes aux personnes en qui ils ont particulièrement confiance (par exemple, les membres famille et les amis proches) ou à qui ils doivent le dire (par exemple, à leur employeur), afin de réduire les risques de stéréotypes (Bos, Kanner, Muris, Janssen et Mayer, 2009).

<p>Factors associated with mental health disclosure outside of the workplace: A systematic literature review, T. Grice, K. Alcock and K. Scior</p> <p>2018, Royaume-Uni</p>	<p>Examiner les résultats des études portant sur les facteurs influençant la décision des adultes de révéler ou de dissimuler un problème de santé mentale en dehors du lieu de travail.</p>	<p>Revue systématique, niveau d'évidence I</p> <p>Recherche dans les bases de données PsycINFO, Scopus et Web of science. Les mots-clés utilisés sont :</p> <p>1. Disclos* OR Conceal* OR Self-disclos* OR Self-conceal* OR Non-disclos* OR Secrecy AND</p>	<p>La stigmatisation était négativement corrélée avec la divulgation dans un article et positivement corrélée avec le secret dans quatre autres études.</p> <p>La discrimination anticipée était également négativement corrélée avec le confort par rapport à la divulgation.</p> <p>La stigmatisation internalisée était positivement corrélée avec le secret.</p>	<p>Malgré les campagnes visant à modifier la perception du public à l'égard des problèmes de santé mentale, la société continue de considérer certaines personnes comme imprévisibles, dangereuses et responsables de leurs difficultés (Angermeyer & Dietrich, 2006; Crisp, Gelder, Rix, Meltzer, & Rowlands, 2000).</p> <p>Les facteurs qui influent sur la divulgation sont la qualité de la relation avec la personne, la réponse anticipée, l'impact à long terme sur la relation, la confiance</p>
---	--	---	--	--

<p>2. "Mental health problem" OR "Mental illness" OR "Mental disorder*" OR "Psych* illness" OR "Psych* disorder*" OR "Psych* diagnosis" OR "Psych* problem*" OR Distress OR Schizophrenia OR Depression OR Anxiety</p>	<p>Une étude a montré que la divulgation était positivement associée au soutien social perçu.</p> <p>Une étude a montré que les personnes qui considéraient la dépression comme stigmatisante et invalidante, et qui avaient des croyances négatives sur les antidépresseurs, étaient significativement moins susceptibles de révéler leur dépression à leur famille et à leurs amis.</p>	<p>qu'il peut anticiper avec précision la réponse de la personne quant à sa divulgation et les aspects de l'information elle-même (tels que la stigmatisation associée à l'information) (Greene et al., 2012).</p> <p>Les gens peuvent dissimuler par peur du rejet ou de la perte d'intimité, par conviction que la cible ne répondra pas de manière utile, par désir de protéger la cible, par peur de perdre la relation ou par la conviction que l'information n'est pas pertinente. (Greene et al., 2006).</p>
--	---	---

Les listes de références de chaque article sélectionné ont été regardées afin de trouver d'autres articles pertinents.

De nombreux participants ont décrit la stigmatisation comme un obstacle à la divulgation.

Une expérience négative lors de la divulgation est un obstacle à de futures divulgations (Martin, 2010; Venville et al., 2014).

*Ce tableau contient des traductions libres extraites des différents articles

