

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

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

PAR
FRÉDÉRIQUE COUTURE

LE CENTRE D'APPRENTISSAGE SANTÉ ET RÉTABLISSEMENT COMME STRATÉGIE
POUR LUTTER CONTRE LA STIGMATISATION EN MILIEU DE SANTÉ

DÉCEMBRE 2020

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS	i
LISTE DES TABLEAUX	ii
LISTE DES FIGURES	iii
LISTE DES ABRÉVIATIONS	iv
RÉSUMÉ	v
1. INTRODUCTION	1
2. PROBLÉMATIQUE	2
2.1 Les troubles de santé mentale au Québec	2
2.2 Le rétablissement en santé mentale	2
2.3 La stigmatisation.....	3
2.4 La stigmatisation en milieu de santé	4
2.5 Les Recovery Colleges	5
2.6 Buts et objectifs de recherche.....	6
3. CADRES CONCEPTUELS	7
3.1 L'inclusion sociale	7
3.2 Le Centre d'apprentissage Santé et Rétablissement Québécois.....	7
3.5 Les différents types de stigmatisation	9
3.5.1 La stigmatisation sociale.....	9
3.5.2 L'autostigmatisation	9
3.5.3 La stigmatisation par association	9
3.5.4 La stigmatisation structurelle	9
3.6 La stigmatisation en milieu de santé	9
3.6.1 Conséquences de la stigmatisation en milieu de santé.....	11
3.6.2 Processus de la stigmatisation en milieu de santé	12
3.6.3 Facteurs causaux de la stigmatisation en milieu de santé.....	14
3.6.4 Stratégies permettant de réduire la stigmatisation en milieu de santé.....	16
4. MÉTHODES	19
4.1 Devis de recherche	19
4.2 Population à l'étude	19
4.3 Collecte de données.....	20
4.4 Analyse des données	21
4.5 Considérations éthiques	21
5. RÉSULTATS	22
5.1 Description des participants.....	22

5.2 Principes de la formation des formateurs permettant de conscientiser les intervenants aux stigmas et préjugés envers les individus atteints d'un trouble de santé mentale	23
5.2.1 Contexte éducationnel	25
5.2.2 Environnement inclusif.....	26
5.2.3 Environnement favorable à l'ouverture et au partage des savoirs	27
5.2.4 Contact direct avec différents savoirs expérientiels.....	27
5.2.5 Compréhension des mécanismes de la stigmatisation.....	28
5.2.6 Connaissance de soi.....	29
5.3 Changements dans les comportements, les attitudes et les pratiques des participants	30
5.3.1 Changements dans les comportements et attitudes.....	30
5.3.3 Changements dans les pratiques.....	31
6. DISCUSSION	33
6.1 Retour sur les objectifs de l'étude.....	33
6.2 Résumé des résultats de l'étude	33
6.2.1 Principes des formations des formateurs permettant de conscientiser en lien avec les stigmas et préjugés.....	33
6.2.2 Changements en lien avec les comportements et les attitudes des participants	33
6.2.3 Changements en lien avec les pratiques des participants.....	34
6.3 Types de stigmatisation	34
6.4 Lien entre les résultats et le cadre conceptuel.....	35
6.5 Les résultats amenant une réflexion en lien avec la pratique en ergothérapie.....	36
6.6 Limites de l'étude et suggestions pour le futur.....	38
6.7 Retombées de l'études	38
6.7.1 Retombées sur le Centre d'apprentissage Santé et Rétablissement.....	38
6.7.2 Retombées sur la pratique en ergothérapie.....	39
6.7.3 Retombées sur les intervenants du milieu de la santé.....	39
7. CONCLUSION	40
RÉFÉRENCES.....	41

REMERCIEMENTS

Dans un premier temps, j'aimerais remercier les participants ayant pris part à mon projet sans lesquels ce dernier n'aurait pu avoir lieu. J'aimerais aussi remercier tous mes collègues du Centre d'apprentissage Santé et Rétablissement avec lesquels j'ai pu enrichir mes connaissances en lien avec le rétablissement, la santé mentale en générale ainsi que le co-développement.

Je tiens également à remercier ma directrice d'essai, Madame Catherine Briand qui m'a permis de faire partie d'une équipe formidable lors des formations du Centre et qui a su me guider et m'inspirer tout au long de mon projet.

Je souhaite remercier mes collègues de séminaire qui ont été d'un grand soutien tout au long de mon projet et qui ont rendu les cours dynamiques et formateurs.

Finalement, j'aimerais remercier ma famille et mes amies qui ont su me soutenir et m'encourager lors de mon processus.

LISTE DES TABLEAUX

<i>Tableau 1.</i> Description des participants.....	23
<i>Tableau 2.</i> Résumé des éléments de la formation des formateurs du Centre d'apprentissage Santé et Rétablissement permettant de conscientiser les intervenants aux stigmas et préjugés des individus ayant un trouble de santé mentale.....	24
<i>Tableau 3.</i> Résumé des résultats.....	25

LISTE DES FIGURES

<i>Figure 1.</i> Schématisation de la stigmatisation en milieu de santé.....	10
<i>Figure 2.</i> Les conséquences de la stigmatisation sur la personne stigmatisée.....	11
<i>Figure 3.</i> Processus impliqués dans la stigmatisation des intervenants de la santé.....	13
<i>Figure 4.</i> Facteurs stigmatisants perçus par les individus ayant un trouble de santé mentale....	14
<i>Figure 5.</i> Facteurs causaux de la stigmatisation en milieu de santé.....	16
<i>Figure 6.</i> Stratégies permettant la lutte contre la stigmatisation.....	18

LISTE DES ABRÉVIATIONS

CÉRRIS	Centre d'études sur la réadaptation, le rétablissement et l'insertion sociale
CRIUSMM	Centre de recherche de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
UQTR	Université du Québec à Trois-Rivières

RÉSUMÉ

Introduction : Le rétablissement en santé mentale peut être affecté par plusieurs facteurs comme la stigmatisation. Ce phénomène est présent dans la société en général et même dans le milieu de la santé. Cette stigmatisation a un impact sur le rétablissement des individus ainsi que sur les soins qu'ils reçoivent. Plusieurs stratégies ont été pensées afin de lutter contre la stigmatisation.

Objectifs : Cette étude vise à explorer comment la participation d'intervenants de la santé à des formations du Centre d'apprentissage Santé et Rétablissement permet d'améliorer leur conscience de la stigmatisation ainsi que de diminuer leurs comportements stigmatisants.

Cadres conceptuels : Les cadres conceptuels sur lesquels cette étude se base sont l'inclusion sociale, le Centre d'apprentissage Santé et Rétablissement, les différents types de stigmatisation ainsi que la stigmatisation en milieu de santé.

Méthode : Dans cette recherche utilisant un devis qualitatif phénoménologique, trois entrevues ont été réalisées auprès de formateurs du Centre d'apprentissage Santé et Rétablissement et une entrevue a été réalisée auprès de l'auteur de l'essai présent à la suite d'une observation participante aux différentes formations des formateurs.

Résultats : Deux hommes et deux femmes ayant une expérience clinique ou communautaire avec la santé mentale ont participé à l'étude. Les résultats suggèrent que les principes permettant la conscientisation des intervenants aux stigmas et préjugés envers les individus ayant un trouble de santé mentale sont les suivants : un contexte éducationnel, un environnement inclusif, un environnement favorable à l'ouverture et au partage des savoirs, le contact direct avec différents savoirs expérientiels, la compréhension des mécanismes de la stigmatisation ainsi que la connaissance de soi. Les résultats laissent aussi comprendre que la formation des formateurs a permis aux apprenants d'effectuer des changements en lien avec leurs comportements, leurs attitudes ainsi que leurs pratiques et de prendre conscience de la stigmatisation sociale ainsi que de l'autostigmatisation.

Discussion : Les écrits indiquent que les stratégies permettant de lutter contre la stigmatisation sont le contact direct, les stratégies éducatives ainsi que la protestation, soit des stratégies mises de l'avant dans la formation des formateurs du Centre d'apprentissage Santé et Rétablissement. Ils indiquent aussi que les professionnels de la santé sont à risque d'adopter des comportements stigmatisant. Participer à la formation des formateurs a permis aux intervenants du milieu de la santé participant à l'étude de prendre conscience de leurs différents comportements stigmatisants grâce aux stratégies de lutte contre la stigmatisation ainsi qu'aux différents principes du Centre d'apprentissage Santé et Rétablissement. Cela les a amenés vers un changement en lien avec leurs pratiques afin de réduire la possibilité de comportements stigmatisants.

Conclusion : Ce projet a permis de voir comment le fait de participer à titre d'apprenant à la formation des formateurs du Centre d'apprentissage Santé et Rétablissement permet aux intervenants du milieu de la santé de prendre conscience de leurs comportements stigmatisants ainsi que d'apporter des changements en lien avec leurs comportements, leurs attitudes ainsi que leurs pratiques. Il a aussi permis de voir quel rôle l'ergothérapeute peut avoir afin de créer des lieux éducatifs et inclusifs comme le Centre d'apprentissage Santé et Rétablissement.

Mots clés : stigmatisation en milieu de santé ; Centre d'apprentissage Santé et Rétablissement ; stratégies pour lutter contre la stigmatisation ; intervenants

1. INTRODUCTION

Au Québec, les problèmes de santé mentale touchent une grande proportion de gens qui, par la suite, ont recours à des services d'intervenants dans le milieu de la santé (Gouvernement du Québec, 2019). Le rétablissement par lequel ces individus passent est différent et unique à chacun et peut être ralenti par plusieurs facteurs nuisibles. Parmi ces facteurs, certains proviennent de nos perceptions, de nos structures ainsi que de nos normes sociales et sociétales, comme la stigmatisation. Ce phénomène est un résultat social et socioculturel menant à des croyances et attitudes négatives envers les individus vivant avec un trouble de santé mentale (Arboleda-Florez et Stuart, 2012). Il est présent dans notre quotidien et peut mener certains individus à avoir peur de dévoiler leur problème de santé mentale, à se sentir rejeté ou même à avoir une moins bonne estime de soi (Bourque et al. 2009 ; Maunder et White, 2019 ; Sharac et al. 2010). La stigmatisation n'est pas un phénomène qui se présente seulement dans la population générale, mais aussi dans le milieu de la santé, soit un milieu où plusieurs services sont offerts aux personnes vivant avec un trouble de santé mentale (Arboleda-Florez et Stuart, 2012 ; Maunder et White, 2019). Depuis quelques années, des stratégies ont démontré être efficaces pour réduire la stigmatisation dans la population générale ainsi qu'en milieu de santé, soit les stratégies éducatives, le contact direct ainsi que la protestation (Carrara et al. 2019).

Le présent projet vise donc à comprendre comment le fait de participer à un modèle ayant tous les éléments pour lutter contre la stigmatisation permet de réduire les attitudes stigmatisantes chez les intervenants de la santé.

De ce fait, la problématique, ainsi que la pertinence à s'intéresser à la stigmatisation provenant des intervenants en milieu de santé envers les personnes ayant une difficulté de santé mentale seront présentées. Ensuite, le cadre conceptuel, la méthodologie, les analyses faites, ainsi que les résultats seront présentés.

2. PROBLÉMATIQUE

Dans cette section, la situation en lien avec les troubles de santé mentale au Québec sera d'abord présentée. Ensuite, la notion du rétablissement en santé mentale, la stigmatisation ainsi que la stigmatisation en milieu de santé seront expliquées. Finalement, les buts et objectifs de recherche seront exposés.

2.1 Les troubles de santé mentale au Québec

Selon le gouvernement du Québec (2019), près de 1 personne sur 5, soit 20% de la population vivra avec un trouble de santé mentale. Pourtant, parmi cette population, moins de la moitié des individus auront recours à des services d'un professionnel (Gouvernement du Québec, 2019).

2.2 Le rétablissement en santé mentale

En santé mentale, le rétablissement est un processus différent et unique pour chaque personne. En effet, c'est une démarche progressive et non linéaire qui est constituée d'avancées ainsi que de difficultés. Il amène la personne à subir différentes transformations en lien avec ses attitudes, ses valeurs, ses habiletés, ses rôles ainsi que ses émotions (Anthony, 1993).

Selon Marie Koenig (2017), le rétablissement consiste en un processus de transformation de soi par lequel l'individu effectue un travail psychique. En effet, toute personne est responsable de son rétablissement personnel à l'aide d'objectifs et d'outils lui permettant de percevoir son progrès (Wooley, 2017). Ce processus ne se veut pas une guérison de maladie, une rémission de symptôme ou un retour à un fonctionnement présent avant l'apparition d'un trouble (Koenig, 2017). De plus, le rétablissement peut se voir comme processus personnel ou comme processus social qui comprend l'accès à un logement, un travail, un revenu, une formation ainsi qu'à la sécurité (Wooley, 2017).

Plusieurs éléments peuvent nuire au rétablissement d'un individu. En effet, selon l'Organisation mondiale de la Santé (2013), les personnes ayant un trouble de santé mentale sont souvent sujettes à des situations de vulnérabilité, de marginalisation ainsi que d'exclusion dans la société, ce qui représente un obstacle important dans leur processus de rétablissement. Plusieurs

éléments sont à la source de ces situations négatives pour la personne comme la discrimination et la stigmatisation (OMS, 2013).

2.3 La stigmatisation

La stigmatisation est un phénomène omniprésent dans notre société. Elle est définie comme étant un processus social et socioculturel menant à des attitudes et des croyances négatives envers les différents troubles de santé mentale (Arboleda-Florez et Stuart, 2012 ; Guruge et al., 2016) ainsi qu'une distance sociale de la population envers la clientèle présentant un trouble de santé mentale (Ando et al., 2013 ; Parcesepe et Cabassa, 2012). Les différentes attitudes négatives ainsi que les préjugés peuvent varier en fonction des facteurs démographiques de la personne qui fait de la stigmatisation. De plus, elles peuvent dépendre du type de maladie mentale dont la personne qui est victime de stigmatisation présente (Parcesepe et Cabassa, 2012). Il existe plusieurs types de stigmatisation, soit la stigmatisation sociale, la stigmatisation structurelle, l'autostigmatisation ainsi que la stigmatisation par association (Bélanger, 2016).

Selon Grard et al. (2017, p.35), «le statut de malade, patient, usager ou personne souffrant de troubles psychiatriques, quelle que soit la dénomination pour laquelle on opte, est en lui-même stigmatisant, conduisant même à des phénomènes d'autostigmatisation connus depuis longtemps».

La stigmatisation sociale se présente souvent de façon explicite et fait référence aux différents préjugés et attitudes négatives que les individus de la société ont envers les personnes qui vivent ou qui ont vécu avec un problème de santé mentale (Corrigan et Wassel, 2008). En effet, ce phénomène peut entraîner des effets négatifs importants chez les individus qui en sont l'objet, soit une diminution de l'estime de soi, des difficultés d'intégration sociale, des difficultés à se trouver un logement ainsi qu'une réticence à aller chercher de l'aide auprès du système de santé (Sharac et al., 2010). La stigmatisation peut aussi amener une personne à être hésitante en lien avec le dévoilement de son diagnostic (Bourque et al. 2009). Les attitudes stigmatisantes peuvent avoir des impacts beaucoup plus néfastes que les symptômes de la maladie d'un individu et peuvent mener à de l'autostigmatisation, ce qui mène fréquemment à des symptômes de dépression chez la personne ainsi qu'une diminution de sa motivation à poursuivre et atteindre ses buts personnels (Maunder et White, 2019). Ainsi, cela peut nuire au rétablissement d'une personne.

La stigmatisation peut aussi être un phénomène se présentant de façon très implicite dans les relations d'intervention (Bourque et al., 2009), notamment dans les milieux de soins de la santé.

2.4 La stigmatisation en milieu de santé

En effet, les intervenants de la santé peuvent avoir des attitudes ou de comportements étant stigmatisants envers les personnes auxquelles ils offrent des soins (Arboleda-Florez et Stuart, 2012 ; Commission de la Santé mentale du Canada, 2015 ; Maunder et White, 2019). De plus, les intervenants de la santé qui ont certaines croyances ou attitudes envers les individus ayant un problème de santé mentale ont tendance à ne pas s'investir avec ceux-ci convenablement pour avoir une compréhension complète et profonde de leur situation (Berger et al., 2005). Cela peut faire en sorte que les individus qui sont l'objet de stigmatisation ne reçoivent pas les soins appropriés, ce qui peut aggraver leur situation (Berger et al., 2005). Cela étant dit, la stigmatisation peut donc avoir un effet plus néfaste que la maladie de la personne et peut venir affecter la qualité de vie de l'individu.

Les utilisateurs du système de santé rapportent souvent qu'ils se sentent humiliés, infantilisés, punis ou exclus lors de la prise de décisions dans leur plan d'intervention (Arboleda-Florez et Stuart, 2012). De plus, ceux-ci indiquent se sentir stigmatisés lorsque les intervenants de la santé ne leur fournissent pas les informations nécessaires en lien avec leur diagnostic ou les options de traitements auxquels ils pourraient avoir recours (Arboleda-Florez et Stuart, 2012). Enfin, certains mentionnent qu'il arrive que des intervenants de la santé les fassent sentir comme si l'option du rétablissement n'était pas possible puisqu'ils n'en ont pas les capacités nécessaires (Arboleda-Florez et Stuart, 2012).

Les intervenants de la santé sont des acteurs étant à risque d'avoir des attitudes stigmatisantes, mais peuvent tout autant agir en tant qu'agent de changement en lien avec ce phénomène (Maunder et White, 2019). En effet, plusieurs stratégies ont été déterminées comme efficaces afin de réduire la stigmatisation des intervenants envers les individus ayant un trouble de santé mentale, ceux-ci peuvent donc en faire usage dans leur pratique. Ces stratégies comprennent les stratégies éducatives, le contact direct ainsi que la protestation.

2.5 Les Recovery Colleges

Les *Recovery Colleges* sont des modèles qui utilisent les stratégies éducatives, le contact direct ainsi que la protestation. Ils sont basés sur des critères clés comprenant des principes éducatifs, de la co-production, une approche basée sur les forces ainsi que l'importance d'être centré sur la personne, d'avoir un parcours progressif, d'être face à la communauté ainsi que d'être inclusif (McGregor et al., 2014). De plus, ils s'inscrivent dans une philosophie d'apprentissage collectif, de soutien entre pairs ainsi que de partage des savoirs où les individus et les collectivités sont outillés afin de prendre en main leur santé mentale ainsi que reprendre du contrôle sur leur vie et leur santé malgré leurs difficultés (Arbour et Stevens, 2017).

Ils sont basés sur des principes éducatifs incluant une structure précise de formation et de thèmes à l'étude. De plus, la co-production est essentielle au fonctionnement de ces lieux éducatifs puisqu'elle met l'accent sur la réciprocité et la modification des relations de pouvoir (Meddings et al., 2015). Celle-ci crée un environnement de réciprocité et d'équité entre les individus qui utilisent les services, les membres de l'entourage ainsi que les intervenants (Boyle et Harris, 2009). L'approche centrée sur les forces est présente dans la co-animation effectuée avec les pairs formateurs ayant une certaine expertise, ce qui permet aux étudiants d'avoir des modèles. En effet, ceux-ci aident les étudiants lorsqu'ils entrent dans le centre d'apprentissage à cibler différents objectifs personnels ainsi que des besoins d'apprentissage. L'approche centrée sur la personne est un autre fondement important aux *Recovery Colleges*. En effet, cela transparait lorsque les étudiants choisissent les formations auxquels ils veulent participer afin d'atteindre leurs objectifs personnels. Ces centres d'apprentissage ont une visée progressive puisque les étudiants travaillent à atteindre leurs propres objectifs afin d'explorer et de surmonter leurs défis personnels. Chaque individu progresse à sa façon suite à la participation aux cours. En effet, les étudiants suivent un cursus non linéaire où ils ne sont pas limités par le succès d'un traitement puisque les *Recovery Colleges* ne sont pas des lieux de services cliniques. Ils sont également ouverts à la communauté puisqu'ils ont plusieurs partenariats avec des organismes externes comme des établissements scolaires, des organismes à but non lucratif ainsi que des organismes de santé. Finalement, on peut percevoir le côté inclusif de ces centres d'apprentissage puisqu'aucune qualification scolaire n'est demandée de la part des étudiants. De plus, les différents besoins des étudiants sont pris en compte. De ce fait, même si un élève a un besoin d'apprentissage particulier, cela sera pris en compte lors de son parcours d'apprentissage. L'inclusion est reflétée aussi dans la clientèle cible qui inclut le

personnel, les proches, les amis, les soignants ainsi que les individus utilisant les services de santé (Meddings et al., 2015).

2.6 Buts et objectifs de recherche

À la lueur de ces informations, il est pertinent d'effectuer une recherche permettant d'explorer comment la participation d'intervenants de la santé à titre de formateur et d'apprenant dans un Centre d'apprentissage de type *Recovery College*, soit un milieu incluant les stratégies d'éducation, de contact direct et de protestation permet d'améliorer leur conscience de la stigmatisation et de diminuer leurs comportements stigmatisants.

Les écrits indiquent que la stigmatisation est présente dans le milieu de la santé de façon implicite et que les intervenants de la santé ne sont pas toujours à l'affût que leurs comportements peuvent être stigmatisants, malgré le fait qu'ils soient en lien avec de la bienveillance envers leur patient. De plus, les écrits montrent que cette stigmatisation peut être néfaste sur le bien-être ainsi que sur le rétablissement d'un individu, il est donc nécessaire de s'intéresser à la diminution de la stigmatisation en milieu de santé.

La question générale découlant de ce but est la suivante : Comment le fait de participer à titre de formateur et de participant à un Centre d'apprentissage de type *Recovery College* conscientise-t-il les intervenants aux stigmas et préjugés envers les personnes atteintes de maladie mentale ?

Les questions spécifiques découlant de ce but sont les suivantes : 1) Quels sont les changements en lien avec les attitudes, les comportements ainsi que la pratique des participants ? 2) À quels types de stigmatisation ces attitudes, comportements et pratiques correspondent-ils ?

3. CADRES CONCEPTUELS

Cette section présente les différents cadres conceptuels nécessaires à l'interprétation des résultats de l'étude. Tout d'abord, la notion de l'inclusion sociale sera expliquée. Ensuite, le Centre d'apprentissage Santé et Rétablissement, ses principes ainsi que son développement au Québec seront décrits. Finalement, les différents types de stigmatisation ainsi que la stigmatisation en milieu de santé seront présentés.

3.1 L'inclusion sociale

Selon la Commission Européenne, l'inclusion sociale est « lorsque les individus sont en mesure de participer pleinement à la vie économique, sociale et civile, lorsqu'ils disposent d'un accès suffisant aux revenus et à d'autres ressources (d'ordre personnel, familial, social et culturel) pour pouvoir bénéficier d'un niveau et d'une qualité de vie considérés comme acceptable par la société à laquelle ils appartiennent, et lorsqu'ils jouissent pleinement de leurs droits fondamentaux » (Commission européenne, 2001). Par contre, ce n'est pas seulement à l'individu lui-même de contribuer à son inclusion sociale, mais l'environnement social et sociétal dans lequel il vit est déterminant (Greacen et Jouet, 2013). En effet, tout individu devrait avoir des opportunités sociales, économiques, éducatives, récréatives, sportives et culturelles, peu importe qu'il ait un diagnostic de santé mentale ou de santé physique (Greacen et Jouet, 2013).

3.2 Le Centre d'apprentissage Santé et Rétablissement Québécois

Le Centre d'apprentissage Santé et Rétablissement du Québec est inspiré du *Recovery College*, un modèle ayant été développé en Angleterre (Centre national d'excellence en santé mentale, 2019) et qui supporte la santé mentale et le bien-être (Australian Healthcare Associates, 2018). Ce modèle éducatif a pour but de permettre le co-apprentissage d'une mixité d'apprenants, dont des personnes qui vivent avec la maladie mentale, en plus d'aider les individus à prendre conscience de leur santé mentale, de leurs attitudes et de leurs pratiques en matière de maladie mentale et de se donner des objectifs d'apprentissage adaptés à leurs besoins (dont soutenir leurs projets de vie et leur rétablissement) (Meddings et al., 2014). Ces centres d'apprentissage sont complémentaires aux mécanismes de formation continue déjà en place et aux services de santé mentale en donnant des opportunités d'apprentissage et d'autorétablissement dans des contextes sécuritaires et accueillants (AHA, 2018).

Les formations données par les *Recovery Colleges* sont en lien avec différents thèmes rattachés à la santé mentale ainsi que le rétablissement et sont co-produits et co-animés par des pairs ainsi que des formateurs intervenants (Meddings et al., 2014). De ce fait, ils combinent les forces de l'expérience vécue et du savoir théorique (Meddings et al., 2014 ; Perkins et al., 2012). De plus, la participation à ces différentes formations est ouverte à tous, que ce soit les individus qui utilisent les services de santé mentale, les membres de l'entourage d'une personne atteinte, les intervenants de la santé, tout citoyen, etc. (Meddings et al., 2014 ; Perkins et al., 2012).

Au Québec, le Centre d'apprentissage Santé et rétablissement a pour mission de « [...] favoriser l'acquisition de connaissances et le développement de compétences en matière de santé mentale, rétablissement et bien-être pour toute personne vivant ou pas avec un trouble de santé mentale » (Formulaire d'engagement des formateurs, document interne, Centre d'apprentissage Santé et Rétablissement, 2020). Les principes de ce nouveau modèle au Québec comprennent l'éducation et les connaissances, l'égalité et l'importance des différents types de savoirs, l'importance des forces et des ressources d'un individu, l'équité et la justice sociale ainsi que l'importance du savoir expérientiel. De plus, ce processus individualisé est ancré dans la réalité et le quotidien des gens en plus d'être inclusif (Formulaire d'engagement des formateurs, document interne, Centre d'apprentissage Santé et Rétablissement, 2020). Le Centre d'apprentissage Santé et rétablissement prône différentes valeurs, soit le respect, l'égalité, la collaboration, l'apprentissage, l'inclusion, l'ouverture d'esprit, la bienveillance ainsi que l'espoir (Formulaire d'engagement des formateurs, document interne, Centre d'apprentissage Santé et Rétablissement, 2020).

Le Centre de Santé et rétablissement est un modèle éducatif centré sur le rétablissement et donnant accès à tous à des formations où la mixité des savoirs expérientiels, pratiques et théoriques est mise de l'avant. En effet, ces différentes formations sont co-animées par un duo de formateurs ayant des types de savoirs différents et sont données à une vaste population cible comprenant les individus ayant recours aux services de santé, leurs proches, les différents intervenants du réseau de la santé ou de l'éducation, des citoyens, etc. De plus, ce modèle valorise les forces ainsi que les ressources de la personne, le savoir expérientiel, le soutien entre pairs citoyens et la mobilisation

des communautés. Finalement, il utilise les stratégies d'éducation par les différentes formations, de contact direct par son utilisation des différents savoirs ainsi que de protestation en formant des agents de changement qui lutteront contre la stigmatisation.

3.5 Les différents types de stigmatisation

3.5.1 La stigmatisation sociale

La stigmatisation sociale se présente lorsque les individus de la population ont des propos négatifs, des réactions négatives ou des appréhensions envers les gens qui vivent ou qui ont vécu avec un problème de santé mentale (Bélanger, 2016).

3.5.2 L'autostigmatisation

L'autostigmatisation est une conséquence directe de la stigmatisation et se produit lorsqu'un individu applique les différents préjugés et attitudes négatives et stigmatisantes envers un trouble de santé mentale à lui-même. En effet, cette personne peut s'identifier à des propos stigmatisants en lien avec son trouble de santé mentale, ce qui peut mener par la suite à une perte d'estime d'elle-même, un manque d'espoir ou même un manque de confiance (Bélanger, 2016).

3.5.3 La stigmatisation par association

Lorsque la stigmatisation atteint les individus qui sont étroitement en relation avec un individu vivant avec la maladie mentale, on indique une stigmatisation par association. On parle donc des proches, des intervenants de la santé ou des intervenants (Bélanger, 2016).

3.5.4 La stigmatisation structurelle

La stigmatisation structurelle se produit lorsque la participation sociale ou citoyenne d'un individu vivant avec la maladie mentale est compromise en raison d'une pratique ou d'obstacles institutionnels (Bélanger, 2016).

3.6 La stigmatisation en milieu de santé

La stigmatisation en milieu de santé comme illustrée à l'aide de la *Figure 1* est une interaction entre un individu utilisant les services de soin de santé et un intervenant. Cette interaction crée une stigmatisation en raison de différents processus et facteurs causaux. De plus, elle engendre des conséquences sur la personne stigmatisée et certaines perceptions chez les

utilisateurs de soins ayant un trouble de santé mentale. Afin de lutter contre cette stigmatisation, certaines stratégies existent.

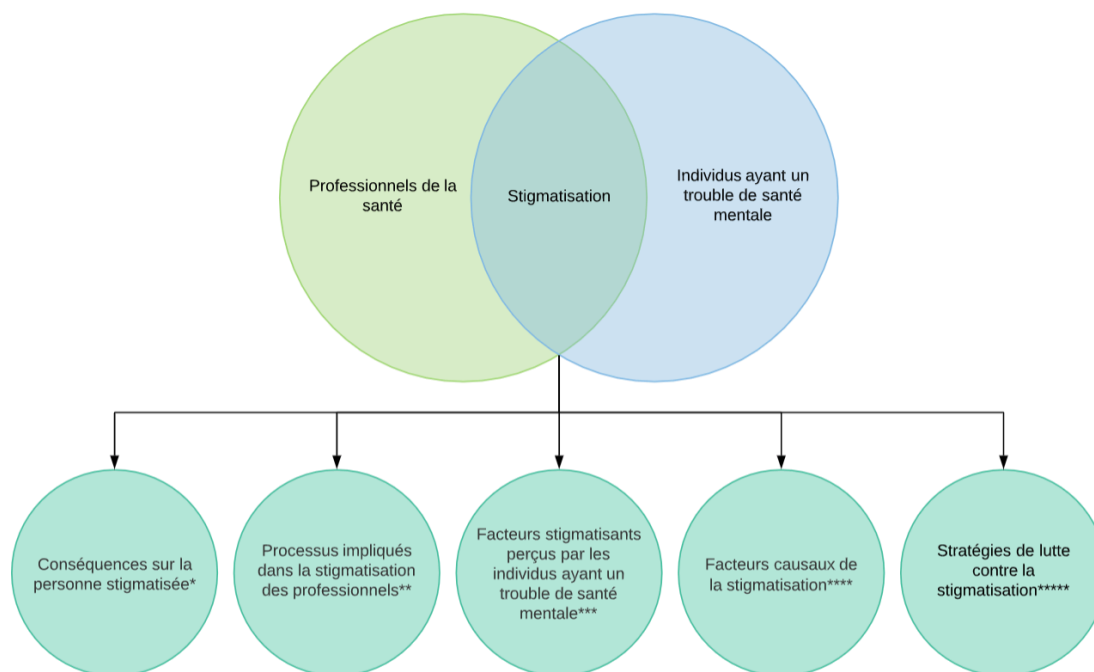


Figure 1. Schématisation de la stigmatisation en milieu de santé

Schéma inspirée de la Figure 1 de Carrara et al. (2019) et d'une revue de littérature comprenant Arboleda-Florez et Stuart, 2012 ; Association québécoise pour la réadaptation psychosociale, 2016 ; Corrigan, 2005 ; Documents ministériels ; Guruge et al., 2016 ; Heijnders et Van Der Meij, 2006 ; Hugo, 2001 ; Knaak et Patten, 2014 ; Maundet et White, 2009 ; Nyblade et al., 2019 ; Parcesepe et Cabassa, 2012 ; Thornicroft et al., 2014.

*voir *Figure 2*

**voir *Figure 3*

***voir *Figure 4*

****voir *Figure 5*

*****voir *Figure 6*

3.6.1 Conséquences de la stigmatisation en milieu de santé

La *Figure 2* montre que le phénomène de la stigmatisation peut avoir des conséquences chez les individus ayant un trouble de santé mentale, mais aussi chez les intervenants de la santé. En fait, ce phénomène vient affecter les individus lors des moments où ils sont les plus vulnérables (Nyblade et al. 2019). Il peut mener au déni envers les intervenants de la santé, impliquant ainsi des soins de moins bonne qualité (Nyblade et al., 2019). De plus, les individus ayant un trouble de santé mentale peuvent être victimes de maltraitance physique ou verbale de la part des intervenants (Nyblade et al., 2019). La stigmatisation peut avoir des impacts plus subtils, comme lorsque le temps d'attente pour recevoir un service se fait plus long. Bien sûr, ce phénomène engendre des difficultés à l'accès au diagnostic, au traitement ainsi qu'au rétablissement de l'individu (Nyblade et al., 2019).

Les intervenants de la santé peuvent aussi être victimes de stigmatisation. Ainsi, ce phénomène peut avoir un impact direct sur leur bien-être (Nyblade et al., 2019).

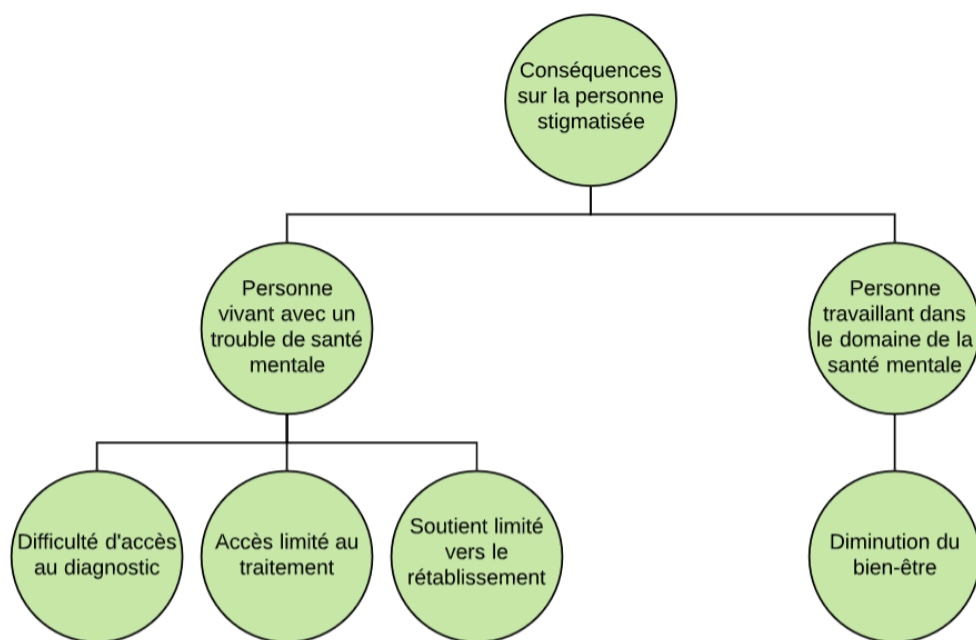


Figure 2. Les conséquences de la stigmatisation sur la personne stigmatisée

Schéma construit selon Nyblade et al. (2019).

3.6.2 Processus de la stigmatisation en milieu de santé

La *Figure 3* présente les différents processus impliqués dans la stigmatisation provenant des intervenants de la santé.

La stigmatisation en milieu de santé se présente sous plusieurs facteurs, soit des attitudes négatives, de fausses croyances, de la peur, un manque de sensibilisation en lien avec les différents types de maladies ainsi que des procédures ou pratiques institutionnelles (Nyblade et al. 2019).

Il peut arriver qu'un professionnel de la santé soit confronté à une détresse morale en raison d'une désapprobation personnelle de comportements liés à un type de maladie. Ainsi, cela peut mener à des attitudes stigmatisantes pouvant affecter leur capacité d'offrir des services de façon efficace et compromettant ainsi la qualité de soin des individus (Nyblade et al., 2019). Par contre, la majorité du temps, les intervenants ne savent pas comment se manifeste la stigmatisation, comment elle peut affecter les individus ayant recours à des services de santé et comment elle peut provenir des politiques ainsi que des établissements de santé (Nyblade et al., 2019).

Comme le démontre la *Figure 4*, les individus ayant un trouble de santé mentale perçoivent certains facteurs comme étant stigmatisants. En fait, ceux-ci mentionnent souvent avoir été victimes d'attitudes négatives de la part des intervenants de la santé en raison de leur diagnostic. De plus, ces individus mentionnent que dans leur expérience de soins, ils se sentent régulièrement punis ou humiliés et identifient les intervenants en santé mentale comme le groupe stigmatisant le plus les troubles de santé mentale (Thronicroft et al., 2014). Ils indiquent aussi se sentir infantilisés, exclus de décisions importantes dans leur processus de soin et perçoivent un manque d'espoir de la part des intervenants quant à leur rétablissement (Corrigan, 2005).



Figure 3. Processus impliqués dans la stigmatisation provenant des intervenants du milieu de santé

Schéma inspiré d'une revue de littérature comprenant Corrigan (2005) ; Nyblade et al. (2019) et Thronicraft et al. (2014).

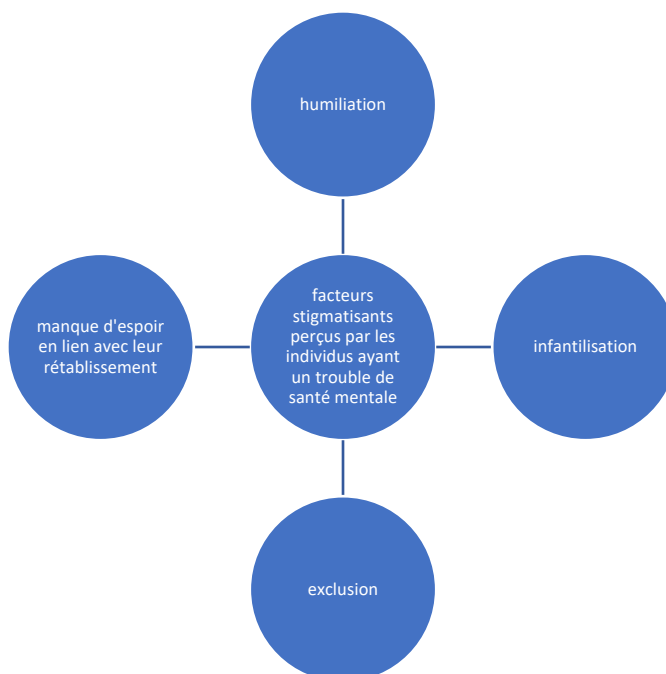


Figure 4. Facteurs stigmatisants perçus par les individus ayant un trouble de santé mentale

Schéma inspiré d'une revue de littérature comprenant Corrigan (2005) et Thronicroft et al. (2014).

3.6.3 Facteurs causaux de la stigmatisation en milieu de santé

La stigmatisation dans le milieu de la santé est causée par plusieurs éléments présentés dans la *Figure 5*.

Les intervenants de la santé ignorent, la plupart du temps, comment la stigmatisation se manifeste et affecte les utilisateurs du système de santé. De plus, ils ne sont pas nécessairement conscients des effets stigmatisants de leurs actions, ainsi que de la façon dont les structures et les politiques des établissements de santé peuvent engendrer la stigmatisation (Nyblade et al., 2019).

Cette stigmatisation en milieu de santé peut être accentuée par certains facteurs organisationnels et individuels (Knaak et Patten, 2014). Parmi ceux-ci comprennent un sentiment d'impuissance, un manque de connaissance ou de formation en lien avec un certain diagnostic ou une clientèle en particulier ou un manque de connaissance en lien avec ses propres préjugés

(Knaak et Patten, 2014). De plus, la stigmatisation peut être alimentée lorsque le professionnel de la santé a une vision pessimiste du rétablissement, lorsqu'il a tendance à voir le diagnostic de l'individu plutôt que la personne comme un individu à part entière et lorsqu'il vit beaucoup de fatigue et de pression dans son milieu de travail (Knaak et Patten, 2014).

Un manque de connaissance de soi ou en lien avec les différents diagnostics peut également conduire à de la stigmatisation (Nyblade et al., 2019). En effet, la stigmatisation en milieu de santé peut être accentuée par certains facteurs personnels, dont un manque de connaissance ou de formation en lien avec les troubles de santé mentale ou envers ses propres préjugés (Knaak et Patten, 2014).

Selon la littérature scientifique, les intervenants du milieu de la santé sont généralement plus pessimistes en lien avec les chances de rétablissement que les individus de la société en général (Thornicroft et al., 2014). En fait, ces intervenants basent leurs attitudes sur leurs expériences personnelles en lien avec les différentes interventions qu'ils ont faites auprès de la clientèle (Hugo, 2001). Dans la plupart des services de santé mentale spécialisés, les utilisateurs de services ayant un rétablissement plus rapide sont écartés des soins, ce qui implique qu'au fil du temps, les intervenants de la santé accumulent donc des expériences de soins avec des patients qui se rétablissent moins rapidement ou qui font des rechutes (Thornicroft et al., 2014).

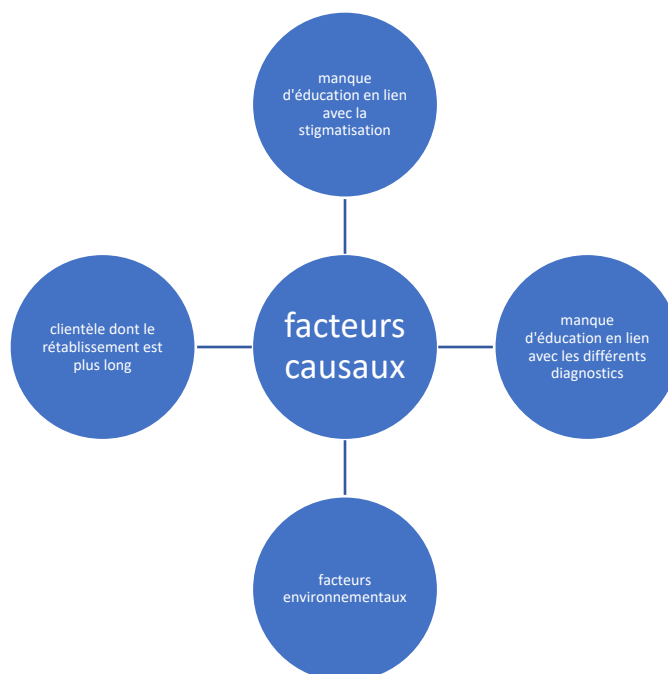


Figure 5. Facteurs causaux de la stigmatisation en milieu de santé

Schéma inspiré d'une revue de littérature comprenant Nyblade et al. (2019) ; Hugo (2001) ; Knaak et Patten (2014) et Thornicroft et al. (2014).

3.6.4 Stratégies permettant de réduire la stigmatisation en milieu de santé

Dans la littérature, quelques stratégies sont décrites comme étant efficaces afin de lutter contre la stigmatisation en milieu de santé comme le présente la *Figure 6*.

Les stratégies éducatives aident à améliorer les connaissances de la population et à la diminution des différents mythes présents dans la société en présentant des conceptions ainsi que des informations en lien avec différents types de trouble de santé mentale (Arboleda-Florez et Stuart, 2012). De plus, ces interventions permettent de diminuer la stigmatisation dans la société ainsi qu'en milieu de santé (Maunder et White, 2019).

Le contact direct est une autre stratégie qui aide à la diminution de la stigmatisation. En effet, cette stratégie misant sur l'égalité de tous permet aux individus de la communauté d'être en contact directement avec des individus qui ont ou qui ont déjà eu un trouble de santé mentale ainsi

que d'avoir des discussions actives (Arboleda-Florez et Stuart, 2012). Elle est fondée sur la valorisation ainsi que la reconnaissance du savoir expérientiel et représente un modèle positif de rétablissement visant à la diminution de la distance sociale ainsi que de la peur. Elle peut prendre plusieurs formes comme lors d'activités dans la communauté, lors de témoignages ou dans des conférences (Bélanger, 2016). Par contre, les activités de contact se doivent d'être réalisées dans un contexte où les individus peuvent échanger des idées ainsi qu'interagir et où ils ne sont pas dans un contexte thérapeutique ou hiérarchique (Bélanger, 2016). Le contact direct aide à diminuer la distance sociale ainsi que les stéréotypes présents dans la communauté en lien avec les troubles de santé mentale (Arboleda-Florez et Stuart, 2012 ; Guruge et al., 2016 ; Parcesepe et Cabassa, 2012). La combinaison entre cette stratégie et la stratégie éducative est reconnue comme étant la plus efficace contre la stigmatisation (Association québécoise pour la réadaptation psychosociale, 2016).

La stratégie de protestation a pour but de s'attaquer aux représentations négatives et erronées des différents types de maladies mentales et consiste à s'opposer ouvertement sur les différentes représentations négatives que la population peut avoir en lien avec celles-ci. Elle permet une diminution de ces représentations et est souvent utilisée à l'aide d'écrits ou dans les médias (Arboleda-Florez et Stuart, 2012 ; Heijnders et Van Der Meij, 2006).

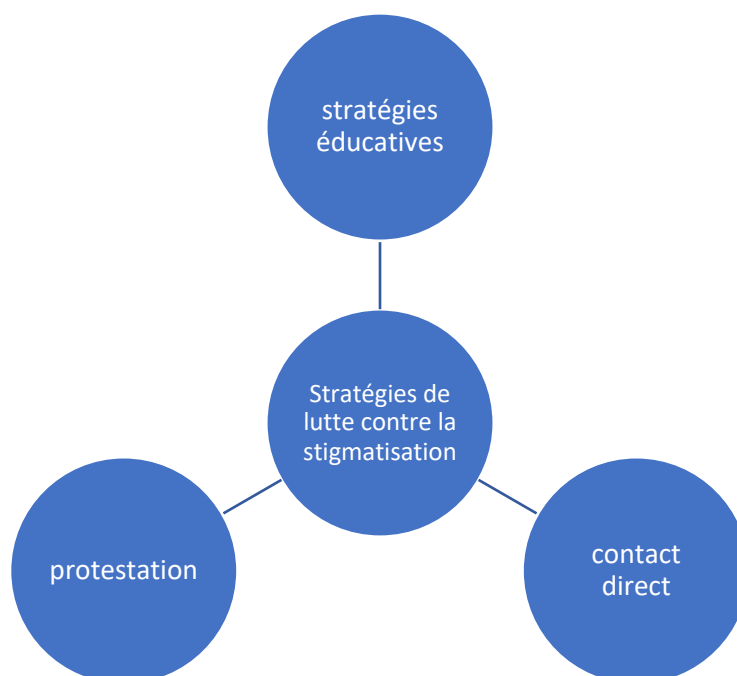


Figure 6. Stratégies permettant la lutte contre la stigmatisation

Schéma inspirée de la Figure 1 de Carrara et al. (2019) et d'une revue de littérature comprenant Arboleda-Florez et Stuart (2012) ; Maunder et White (2019) ; Bélanger, 2016 ; Parcesepe et Cabassa (2012) ; Guruge et al. (2016) ; Association québécoise pour la réadaptation psychosociale (2016) ; Heijnders et Van Der Meij (2006).

4. MÉTHODES

Cette section présente les méthodes utilisées afin de répondre à la question de recherche. Ainsi, le devis de recherche, la population à l'étude, la méthode de collecte de données, la méthode d'analyse des données ainsi que les considérations éthiques y sont présentés.

4.1 Devis de recherche

Dans ce projet, un devis de recherche qualitatif phénoménologique descriptif a été utilisé afin d'explorer comment le fait de participer à titre de formateur et d'apprenant au Centre d'apprentissage en santé et rétablissement conscientise les intervenants aux stigmas et préjugés envers les personnes atteintes de maladie mentale.

Dans cette étude, je me suis placée dans une position d'observateur participant. J'étais à la fois observateur-évaluateur et participant actif. J'ai été formée en tant que formatrice au Centre d'Apprentissage Santé et Rétablissement et j'ai participé à la construction d'une formation portant sur la stigmatisation en santé mentale dans le réseau de la santé. Je me suis positionnée dans la même posture que les participants que j'ai interrogé.

4.2 Population à l'étude

Dans un premier temps, les participants ayant pris part au projet étaient tous des formateurs du Centre d'apprentissage Santé et Rétablissement qui ont participé aux différentes formations nécessaires à l'obtention d'une attestation de formateur ainsi qu'à une formation disponible du Centre. Les critères d'inclusion étaient que les participants parlent français, qu'ils aient une attestation de formateur du Centre d'Apprentissage Santé et Rétablissement et qu'ils soient ou qu'ils aient déjà été intervenants dans le réseau de la santé ou dans un organisme communautaire. Aucun critère d'exclusion n'a été déterminé pour ce projet.

Les participants ont été sélectionnés selon un type d'échantillonnage non probabiliste. Ainsi, les différents formateurs de la cohorte 1 et 2 du Centre d'apprentissage Santé et Rétablissement ont reçu une invitation à participer à une entrevue. Parmi les entrevues effectuées, les deux premières entrevues auprès d'intervenants ont fait partie de l'analyse de cette étude. Nous

avons ajouté à ces deux entrevues une entrevue avec un membre intervenant du CÉRRIS devenu formateur en plus de mon expérience personnelle comme étudiante intervenante.

4.3 Collecte de données

La collecte de données a été faite par entrevues de 45 à 60 minutes, réalisées par des assistants de recherche de l'équipe du Centre d'études sur la réadaptation, le rétablissement et l'insertion sociale (CÉRRIS) du Centre de recherche de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal (CRIUSMM) entre janvier et avril.

Les entrevues ont suivi le canevas d'entrevue conçu par l'équipe du CÉRRIS. Il contenait 23 questions, dont quatre questions pour ce projet spécifique. Les questions suivantes sont celles analysées dans le cadre de ce projet : 1) Comment le fait de participer à la formation des formateurs a modifié vos stigmas et préjugés en lien avec la maladie mentale ? 2) Pourriez-vous me nommer des apprentissages, stratégies ou outils acquis dans le cadre de la formation des formateurs qui pourraient vous être utiles pour la lutte à la stigmatisation de la maladie mentale ? Donnez-moi des exemples concrets. 3) De façon générale et selon vous, comment le processus de la formation des formateurs peut-il contribuer au processus de réduction des stigmas et préjugés liés à la maladie mentale des formateurs ? 4) Selon vous, comment le fait de participer à une formation du Centre d'apprentissage en Santé et Rétablissement (NON PAS la formation des formateurs) conscientise-t-il les participants aux stigmas et préjugés liés à la maladie mentale ?

Afin de me permettre d'analyser les entrevues des participants selon un regard basé sur le vécu, j'ai inclus à mon étude une observation participante dans laquelle je me suis positionnée en tant qu'observateur participant. Ainsi, j'ai répondu aux mêmes questions que les participants dans un journal de bord, ce qui m'a permis de bonifier mon analyse des réponses de chaque participant. Le fait d'avoir répondu aux questions, d'avoir travaillé avec une personne en rétablissement, d'avoir co-développé une formation ainsi que d'avoir participé à la formation des formateurs m'a permis d'avoir une posture d'acteur qui comprend mieux comment la situation se passe et se produit.

4.4 Analyse des données

L'analyse qualitative des données a été réalisée en deux temps pour répondre aux différentes questions de recherche. Pour ce faire, les entrevues ont été retranscrites sous forme de verbatim.

Une première analyse a été effectuée selon un processus d'analyse inductif en analyse de contenu en analysant manuellement les réponses des quatre entrevues à l'aide d'un codage à trois niveaux. Ce codage a permis de laisser émerger les différentes réponses aux questions du canevas d'entrevue et de ressortir les principes de la formation des formateurs du centre qui permettent de conscientiser les intervenants aux stigmas et préjugés envers les individus ayant un trouble de santé mentale. Des codes ouverts près du matériel ont été créés pour chaque question individuelle. Suite à cela, des catégories de type codes axiaux avec un lexique ont été créées pour chaque question individuelle.

Une deuxième codification a été effectuée selon un processus d'analyse déductif sur l'ensemble des quatre entrevues. Cette codification a permis de chercher à l'intérieur du matériel les différents comportements, attitudes et pratiques décrites dans les réponses des participants aux questions du canevas d'entrevue. Chaque réponse a été analysée et classée selon les catégories des comportements, des attitudes ou des pratiques.

4.5 Considérations éthiques

Avant de commencer les entrevues, un formulaire a été présenté aux participants leur expliquant le but de l'étude ainsi que les différentes procédures du projet. De plus, on a répondu aux différentes questions des participants. Chaque participant a signé un formulaire de consentement et a été informé qu'il pouvait retirer sa participation à tout moment. Un certificat éthique (CER-19-258-07.30) a été accordé par le comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR) en date du 4 juillet 2019. Ce certificat éthique est pour une étude plus large intitulée « *Suivi d'implantation et retombées de la formation des formateurs Recovery College* » où d'autres questions étaient posées aux formateurs.

5. RÉSULTATS

La présente section rapporte l'ensemble des résultats ressortis au cours de ce projet de recherche ainsi que son analyse. D'abord, les différents participants seront décrits. Ensuite seront présentés les différents éléments permettant de conscientiser les intervenants aux stigmas et préjugés envers les individus vivant avec un trouble de santé mentale puis, les changements dans les comportements, les attitudes ainsi que les pratiques des intervenants.

Considérant que la situation avec la Covid-19 n'a pas permis d'interroger les intervenants du réseau de la santé, nous avons dû revoir les critères d'inclusion. Ainsi, nous avons ajouté aux participants les étudiants ayant des expériences à l'intérieur du réseau de la santé ou en tant qu'intervenant dans des organismes communautaires ou autres. À la suite des trois premières entrevues, nous avons ajouté l'entrevue d'un membre médecin de l'équipe du CÉRRIS devenu formateur ainsi que mes réponses aux questions en tant qu'observateur participant. Ainsi, nous avons pu avoir quatre points de vue différents.

5.1 Description des participants

Quatre personnes ont participé à l'étude, soit deux hommes (Émile et Félix – noms fictifs) ainsi que deux femmes (Sandrine – nom fictif et moi-même). Tous les participants sont des adultes âgés de 23 et 68 ans ayant une attestation de formateur du Centre d'Apprentissage Santé et Rétablissement et ayant participé à une formation disponible au Centre. De plus, les différents participants ont une expérience en lien avec la santé mentale par leur expérience dans le réseau de la santé ou dans un organisme communautaire ou par leur expérience d'étudiant en cours de devenir un intervenant dans le milieu de la santé. Les entrevues ont été effectuées de façon individuelle. Les prénoms ont été modifiés afin de préserver l'anonymat de chacun.

Tableau 1
Description des participants

Code du participant	Âge	Occupation
Émile	36 ans	<ul style="list-style-type: none"> • Médecin généraliste • Doctorant dans le domaine de la santé mentale
Sandrine	68 ans	<ul style="list-style-type: none"> • Retraitée depuis 8 ans • Ergothérapeute de profession dans le domaine de la santé mentale
Félix	26 ans	<ul style="list-style-type: none"> • Étudiant à la maîtrise de recherche en sciences de la santé mentale • Anciennement intervenant dans un milieu de vie avec des personnes ayant un trouble de santé mentale
Auteure*	23 ans	<ul style="list-style-type: none"> • Étudiante à la maîtrise en ergothérapie • Projet d'intégration sur la stigmatisation et la santé mentale

*données issues d'une observation participante et d'une collecte sous forme de journal de bord de l'auteur

5.2 Principes de la formation des formateurs permettant de conscientiser les intervenants aux stigmas et préjugés envers les individus atteints d'un trouble de santé mentale

Différents principes de la formation des formateurs du Centre d'apprentissage Santé et Rétablissement permettant de conscientiser les intervenants aux stigmas et préjugés envers les personnes ayant un trouble de santé mentale ont été mentionnés lors des entrevues. Le tableau 2 présente les six catégories de principes mentionnés par les formateurs dans le cadre de la formation des formateurs qui permet, selon eux, la conscientisation aux stigmas et préjugés. Le tableau 3 présente la définition de chacun de ces éléments.

Tableau 2

Résumé des éléments de la formation des formateurs du Centre d'apprentissage Santé et Rétablissement permettant de conscientiser les intervenants aux stigmas et préjugés des individus ayant un trouble de santé mentale

Catégories conceptuelles	Sous-catégories
Contexte éducationnel	<ul style="list-style-type: none"> • Contexte éducationnel • Contexte éducationnel transformateur • Apprendre à animer un groupe de co-apprentissage • Thèmes des formations aidant à la compréhension
Environnement inclusif	<ul style="list-style-type: none"> • Lieu qui permet de considérer la personne à part entière et d'être ouvert à l'autre
Environnement favorable à l'ouverture et au partage des savoirs	<ul style="list-style-type: none"> • Lieu de mixité et égalité des savoirs qui permet l'ouverture • Contexte qui permet l'ouverture
Contact direct avec différents savoirs expérientiels	<ul style="list-style-type: none"> • L'accès au savoir expérientiel qui amène de nouvelles connaissances et de nouvelles perspectives • Contact direct qui permet la compréhension de la réalité de chacun • Place donnée aux témoignages et au savoir expérientiel • Lieu de contact direct permettant la compréhension de l'autostigmatisation et les conséquences de la stigmatisation
Compréhension des mécanismes de la stigmatisation	<ul style="list-style-type: none"> • Compréhension des conséquences de la stigmatisation • Facteurs causaux de la stigmatisation • Prise de conscience quant au manque de connaissance et de ressource dans la société en lien avec la santé mentale
Connaissance de soi	<ul style="list-style-type: none"> • Introspection de ses propres comportements • Développer une sensibilité envers ses propres comportements

Tableau 3
Résumé des résultats

Codes sélectifs	Définitions
Contexte éducationnel	Le centre utilise une stratégie permettant de lutter contre la stigmatisation, soit l'éducation à l'aide de thèmes aidant à la compréhension et permet cela dans un contexte qui met de côté le milieu médical ou d'intervention.
Environnement inclusif	Le centre est un lieu qui permet aux participants de voir l'importance de considérer la personne à part entière sans porter d'importance sur son diagnostic, sa profession ou son titre et comment cela mène à l'ouverture à l'autre.
Environnement favorable à l'ouverture et au partage des savoirs	Le centre d'apprentissage santé et rétablissement est un lieu de mixité et d'égalité des savoirs qui crée un environnement d'ouverture.
Contact direct avec différents savoirs expérimentiels	La formation donne accès à un contact direct avec différents savoirs expérimentiel, ce qui amène de nouvelles connaissances en lien avec les troubles de santé mentale et la stigmatisation (causes et conséquences), de nouvelles perspectives en tant qu'individu.
Compréhension des mécanismes de la stigmatisation	La formation permet aux participants de prendre conscience des mécanismes de la stigmatisation, soit les facteurs causaux en lien avec ses propres comportements ainsi qu'avec différents aspects de la société ainsi que les conséquences de la stigmatisation.
Connaissance de soi	La formation des formateurs permet une meilleure connaissance de ses propres comportements stigmatisants et d'être plus sensible à ceux-ci pour avoir un meilleur comportement avec les autres.

5.2.1 Contexte éducationnel

Le centre d'apprentissage santé et rétablissement utilise une stratégie permettant de lutter contre la stigmatisation, soit l'éducation à l'aide de thèmes aidant à la compréhension et permet cela dans un contexte qui met de côté le milieu médical ou le milieu d'intervention. Voici des exemples de verbatim démontrant l'élément du contexte éducationnel :

[...] je pense [...] qu'il y a quelques éléments très importants lors de la formation pour collaborer à la réduction [de la stigmatisation]. D'abord c'est, c'est un milieu éducationnel. Non un milieu médical ou d'intervention. (Émile)

[...] l'éducation c'est quelque chose de très important et [...] si j'ai bien [appris] du *Recovery College*, c'est [de] transformer les choses par le biais de processus éducationnels. (Émile)

[...] l'anxiété [...] c'est l'un des troubles de santé mentale [...] les répandus, mais clairement qu'il y a des gens qui ont appris là-dessus sur le stigma. (Félix)

[...] différents thèmes des formations du centre d'apprentissage sont en lien avec les troubles de santé mentale ainsi que le rétablissement, cela permet donc aux participants de mieux s'éduquer en lien avec ces deux sphères dans un milieu éducationnel avec un peu de théorie, mais aussi surtout à l'aide de travail d'équipe et de partage d'expériences qui rendent les choses encore plus riches. (Auteure)

[...] d'autres activités qu'on a eues [...] liaient certains concepts théoriques que [...] [je n'avais] pas vraiment distingués [comme] les [...] types de stigmas, comment les stigmas se manifestent dans la réalité. [...] [je ne connaissais pas vraiment] cette notion, donc je pense que ça [a] été d'autre chose que [...] j'ai acquis et que j'ai pu réintégrer de façon marquante et ça m'a aidé beaucoup lors de ce processus. (Émile)

5.2.2 Environnement inclusif

Le centre d'apprentissage santé et rétablissement est un lieu permettant aux participants de voir l'importance de considérer la personne entière, sans axer sur son diagnostic, sa profession ou son titre ainsi que de voir comment cela peut favoriser l'ouverture à l'autre. Les verbatim suivants démontrent l'élément de l'environnement inclusif du centre :

[...] la santé ce n'est pas la maladie. (Sandrine)

[...] la personne qui est un être social, qui apprend des autres, qui évolue avec les autres. (Sandrine)

[...] J'ai appris à le faire sentir important dans notre équipe et à ce qu'il comprenne en quoi consiste sa place et son rôle. (Auteure)

[...] je verrais les gens et je ne pourrais pas dire et je ne dirais pas : « Cette personne-là est un usager, cette personne-là est un formateur... ». Il y en a que je ne sais pas exactement, je pense qu'il y a un peu des deux... Donc cette vision-là peut-être oui, a apporté un certain regard différent. (Sandrine)

[...] Un autre outil/stratégie que j'ai trouvé intéressant est le fait de ne pas livrer notre type de savoir dès le début des formations. En effet, cela se rapporte pour moi au fait de ne pas porter d'importance au dx de la personne, ce qui aide à ne

pas porter de préjugé sur celle-ci et à la considérer dans son entièreté dès le départ. (Auteure)

[...] Je pense aussi qu'il y a la notion beaucoup d'empowerment, de reprise de pouvoir, d'aller sur des forces qui est comme à la base de toutes ces formations et donc de reconnaître ses forces et de voir comment [...] échanger ou [...] élargir son éventail de stratégies. (Sandrine)

5.2.3 Environnement favorable à l'ouverture et au partage des savoirs

Le centre d'apprentissage santé et rétablissement est un lieu de mixité et d'égalité des savoirs créant un environnement d'ouverture. Voici des verbatim qui le démontrent :

[...] essayer de construire un environnement avec la mixité, un environnement où lequel les gens puissent [...] comprendre l'importance de la valorisation du savoir expérientiel. (Émile)

[...] l'autre élément, c'est un milieu dans la mixité des gens. Soit au niveau de la connaissance, d'expérience, d'expertise ou des origines Universitaires, du niveau académique, du travail, d'interaction, des gens avec des expériences vécues vraiment avec la problématique. Donc cette mixité-là [...] [permettait] vraiment l'ouverture à l'autre. (Émile)

[...] l'importance mise sur la mixité des savoirs et l'importance de tous les savoirs permet à l'ensemble des formateurs d'être dans une situation où ils sont à l'aise à se livrer, mais aussi où ils se considèrent au même pied d'égalité. (Auteure)

[...] admettons qu'une personne... qui a un vécu expérientiel en santé mentale va à une formation, premièrement elle ne va pas être la seule... puis deuxièmement, elle va voir qu'il y a des gens qui l'écoutent... [et qui] sont là pour l'aider [...] ça peut l'encourager à prendre la parole. (Félix)

[...] avoir une relation vraiment équitable dans un milieu comme le *Recovery College*, je pense que ça peut permettre vraiment l'ouverture d'esprit des gens pour mieux comprendre les enjeux liés aux stigmas et les préjugés dans un monde concret, de la façon dont ils se manifestent vraiment. (Émile)

5.2.4 Contact direct avec différents savoirs expérientiels

La formation des formateurs donne accès à un contact direct avec différents types de savoirs expérientiels, amenant ainsi de nouvelles connaissances en lien avec les troubles de santé mentale et les causes et conséquences de la stigmatisation ainsi que de nouvelles perspectives

individuelles en lien avec ces thèmes. Voici des exemples de verbatim exprimant le contact direct avec différents savoirs expérientiels :

[...] parce que en fait je ne connaissais pas la réalité des gens par exemple avec la psychose, la schizophrénie.. je connaissais pas du tout la vraie vie de ces gens, quels sont les enjeux, les difficultés, les barrières de la vie normale liés au travail, liés à la famille, liés à établir une vie normale [...]. (Émile)

[...] se faire une idée, c'est quoi une personne avec un diagnostic de santé mentale précis, mais finalement on se rend compte que pour une raison... des symptômes peuvent exister [...] qui ne cadrent pas nécessairement dans la conceptualisation qu'on s'en faisait et qui en sont la preuve vivante » (Félix)

[...] les témoignages vraiment très présents lors de la formation, a été quelque chose qui m'a fait vraiment transformer [...] [certaines] fonctions que j'avais. [par exemple] j'avais le concept [de] la relation [médecin-patient avec] des gens qui venaient à mon cabinet avec des problèmes liés à l'anxiété ou la dépression, mais j'avais jamais eu la chance [...] [de voir] quels étaient les vrais enjeux que les gens avaient liés avec le stigma, liés aux préjugés... donc comment cela affectait directement la vie des personnes. (Émile)

[...] c'est une chose de savoir c'est quoi la maladie mentale, mais c'est vraiment [plus] de savoir c'est quoi vivre avec. [...] on peut [...] [connaître] autant qu'on veut les diagnostics, les symptômes, puis le DSM ou le CID... ou...la pharmaco, mais tant qu'on n'a pas côtoyé quelqu'un qui partage son vécu, puis un peu sa vie avec ça, on s'en fait qu'une idée un peu vague [...]. (Félix)

[...] [le] savoir expérientiel de certaines personnes dans ma cohorte de formateurs m'a permis d'en apprendre plus sur le rétablissement et de comprendre l'importance de l'inclusion sociale de chaque personne. (Auteure)

5.2.5 Compréhension des mécanismes de la stigmatisation

La formation des formateurs permet aux participants de prendre conscience des mécanismes de la stigmatisation, soit les facteurs causaux provenant de facteurs individuels ou sociaux ainsi que les conséquences de la stigmatisation. Les verbatim suivants sont des exemples permettant d'illustrer ceci :

[...] mieux comprendre comment les individus ayant un trouble de santé mentale peuvent se sentir stigmatisés. (Auteure)

[...] les gens parfois préfèrent utiliser par exemple des mots comme le 'stress', qui est quelque chose quand même, mais préfère parler de stress que de santé mentale. (Émile)

[...] parce que santé mentale des fois c'est quelque chose qui [...] a un certain stigma. (Émile)

[...] les gens ont du mal à [...] accepter les enjeux liés à la santé mentale et à la maladie mentale de façon générale. (Émile)

[...] c'est pas nécessairement aller se payer une fin de semaine dans le spa quoique ça peut aider, mais c'est au jour le jour la santé mentale. C'est décider d'avoir des habitudes saines, de bien manger, bien dormir, bien bouger. (Félix)

[...] ouvert les yeux sur des pratiques et des comportements que les intervenants de la santé peuvent avoir, mais qui peuvent être très stigmatisant malgré le fait que l'intention derrière le geste n'est pas de faire du mal à la personne, mais bien de lui venir en aide ou de le protéger. (Auteure)

5.2.6 Connaissance de soi

La formation des formateurs permet de développer une meilleure connaissance en lien avec ses propres comportements stigmatisants et de développer sa sensibilité envers ceux-ci pour ensuite pouvoir agir d'une manière moins stigmatisante avec les autres. Voici des exemples de verbatim illustrant ceci :

[...] ouvert les yeux sur des pratiques et des comportements que les intervenants de la santé peuvent avoir, mais qui peuvent être très stigmatisant malgré le fait que l'intention derrière le geste n'est pas de faire du mal à la personne, mais bien de lui venir en aide ou de le protéger. (Auteure)

[...] re-questionner sur mes propres stigmas et préjugés lorsque j'entendais des choses qui me rendaient mal à l'aise à voir si j'agissais ainsi ou si j'aurais agi ainsi. (Auteure)

[...] La participation aux formations m'a donc permis de me rendre compte des attitudes que je pouvais avoir et des préjugés que je pouvais avoir envers certains troubles de santé mentale. (Auteure)

[...] permet donc aux formateurs de développer une certaine sensibilité envers tous les individus et d'être plus à l'affût en lien avec des comportements dans leur pratique. (Auteure)

5.3 Changements dans les comportements, les attitudes et les pratiques des participants

Un regard sur les codes sélectifs présentés dans le tableau 3 nous a permis de voir des changements dans les attitudes, les comportements ainsi que les pratiques des participants. Dans cette section, les différents éléments en lien avec ces changements issus de l'ensemble des résultats seront présentés appuyés par quelques verbatim.

Nous avons d'abord considéré un changement en lien avec un comportement comme étant visible et observable et un comportement en lien avec une attitude comme étant quelque chose qui n'était pas visible, mais plutôt interne à la personne. Puisqu'il était parfois difficile de départager à quelle catégorie le changement correspondait, nous avons décidé de regrouper ces deux types de changements. Sur l'ensemble des 16 verbatim représentant un changement, 11 d'entre eux correspondaient à des changements en lien avec les comportements et les attitudes, tandis que quatre d'entre eux se voulaient plutôt d'être des changements en lien avec les pratiques.

5.3.1 Changements dans les comportements et attitudes

Il est possible d'observer des changements dans les comportements des intervenants. En effet, certains mentionnent avoir développé une sensibilité envers leurs comportements et être plus à l'affût de ceux pouvant être stigmatisants. De plus, il est possible de voir que le principe d'ouverture à l'autre revient souvent dans le discours des participants. Bien sûr, certains rapportent qu'ils ont pu développer leur ouverture à l'autre en travaillant en équipe avec différents types de savoirs expérientiels et dans le contexte d'égalité du Centre d'apprentissage. Certains changements ont pu être observés en lien avec les attitudes des participants. D'abord, certains mentionnent que les formations ont permis de briser des concepts et préjugés ancrés depuis longtemps dont ils n'avaient jamais pris conscience. De plus, une participante a mentionné être maintenant capable de pouvoir voir une personne dans son ensemble, plutôt que de voir simplement son diagnostic. Plusieurs soulignent un changement en lien avec l'ouverture à l'autre et une meilleure compréhension des enjeux liés à la stigmatisation. Enfin, on peut voir un changement en lien avec la sensibilité envers l'autostigmatisation lorsque les participants nous mentionnent mieux comprendre les raisons pour lesquelles une personne a tendance à s'autostigmatiser et indiquent vouloir agir de façon à réduire ce phénomène. Les verbatim suivants permettent d'illustrer les

différents changements en lien avec les comportements et les attitudes rapportés par les participants :

[...] mais de l'avoir vécu avec des gens avec qui j'ai cheminé aussi au cours des 4 jours, ça je trouve que ça renforce de fait l'ouverture à l'autre. (Sandrine)

[...] cela m'a permis de prendre conscience des certains comportements ou préjugés qui pouvaient être stigmatisants et ainsi me permettre de les modifier et de travailler à mieux comprendre la raison pour laquelle je faisais un comportement ou j'avais une pensée X en lien avec un certain trouble de santé mentale. (Auteure)

[...] je pense que tout ça, dans la mesure que les gens commencent à interagir de façon équitable, avoir une relation vraiment équitable dans un milieu comme le *Recovery College*, je pense que ça peut permettre vraiment l'ouverture d'esprit des gens pour mieux comprendre les enjeux liés aux stigmas et les préjugés dans un monde concret, de la façon dont ils se manifestent vraiment. (Émile)

[...] j'ai pu entendre plusieurs témoignages ... comment les gens détournaient cette situation, mais aussi plusieurs témoignages ... très dur, ça m'a touché beaucoup. Donc je pense que ça a brisé beaucoup certains concepts que j'avais, puis aussi réfléchi que moi-même j'avais certains préjugés pro ancré, enracinés dans.. mon.. qui même moi je ne savais pas qu'ils existaient. (Émile)

[...] je dirais pas que cette formation-là m'a apporté beaucoup par rapport à la déstigmatisation, si ce n'est que de voir des personnes, certaines personnes qui prenaient la parole, des fois, qui apportaient des choses, des éléments, et ça, ça me touchait beaucoup au cœur là, en tant qu'humaine et en tant que personne... tout ça. Et ce regard sur la richesse des personnes et des fois, le courage... enfin tout ça qui étaient déjà pour moi... [...] (Sandrine)

5.3.3 Changements dans les pratiques

Des changements en lien avec les pratiques des participants ont pu être observés lors de l'analyse des verbatim. D'abord, un participant mentionne avoir transformé certains concepts en lien avec la relation patient-professionnel en ayant une meilleure compréhension des impacts de la stigmatisation envers des diagnostics en particulier. De plus, une participante mentionne vouloir transférer la sensibilité envers ses comportements stigmatisants dans sa future pratique. Les activités éducatives ont permis à un participant de distinguer les différents types de stigmatisation et il mentionne l'avoir réintégré par la suite. Enfin, une participante mentionne que les éléments d'« empowerment », de reprise de pouvoir et d'axer sur les forces d'une personne permet d'élargir ses stratégies dans sa pratique.

[...] les témoignages vraiment très présents lors de la formation, a été quelque chose qui m'a fait vraiment transformer certains certains fonctions que j'avais... j'avais la concept... la relation médecin, disons "patient" des gens qui venaient à mon cabinet avec des problèmes liés à l'anxiété ou la dépression, mais j'avais jamais eu la chance d'avoir ... quels étaient les vrais enjeux que les gens avaient liés avec le stigma, lié aux préjugés... donc comment cela affectait directement la vie des personnes. (Émile)

[...] d'autres activités qu'on a eu par exemple ou .. liaient certains concepts théoriques que j'avais pas vraiment distingués les plusieurs types de stigmas, comment les stigmas se manifestent dans la réalité. Donc je ne savais pas exactement en profondeur cette notion, donc je pense que ça ça été d'autre chose que j'ai .. j'ai acquis et que j'ai pu réintégrer de façon marquante et ça m'a aidé beaucoup lors de ce processus. (Émile)

[...] Je pense aussi qu'il y a la notion beaucoup d'empowerment, de reprise de pouvoir, d'aller sur des forces qui est comme à la base de toutes ces formations et donc de reconnaître ses forces et de voir comment... d'échanger ou d'élargir son éventail de stratégies. (Sandrine)

[...] permis d'être plus sensible et plus à l'affut de mes comportements et mes pensées et je pourrai transférer cela dans ma future pratique. (Auteure)

6. DISCUSSION

Cette section présente les liens effectués entre l'analyse des différents résultats obtenus lors des entrevues ainsi que la littérature faisant partie du cadre conceptuel.

6.1 Retour sur les objectifs de l'étude

Cet essai s'intéresse à la stigmatisation des intervenants en milieu de santé envers les personnes ayant un trouble de santé mentale. Il a permis d'identifier comment le fait de participer à la formation des formateurs du Centre d'apprentissage Santé et Rétablissement et de devenir formateur permettait de conscientiser les intervenants à la stigmatisation et les poussait au changement dans leurs attitudes, comportements et pratiques. Plus précisément, l'étude a permis, tout d'abord, de soulever les principes de la formation des formateurs permettant de conscientiser les intervenants du milieu de la santé aux stigmas et préjugés envers les individus vivant avec un trouble de santé mentale. De plus, elle a permis de rendre compte des différents changements présents au niveau des comportements, attitudes et pratiques chez les intervenants à la suite des formations et de mettre en lumière les types de stigmatisation les plus fréquents dans le milieu de la santé. Ces changements perçus doivent être pris avec nuance considérant le petit nombre ainsi que l'influence ou l'effet de désirabilité sociale qui a pu survenir.

6.2 Résumé des résultats de l'étude

6.2.1 Principes des formations des formateurs permettant de conscientiser en lien avec les stigmas et préjugés

Plusieurs principes de la formation des formateurs du Centre d'apprentissage Santé et Rétablissement permettent de conscientiser les intervenants aux stigmas et préjugés des individus ayant un trouble de santé mentale ont été soulevés par les participants à l'étude. Ceux-ci comprennent, le contexte éducationnel du Centre d'apprentissage Santé et Rétablissement, le fait que ce soit un environnement inclusif et favorable à l'ouverture et au partage des savoirs, qui permet le contact direct avec différents savoirs expérientiels, une compréhension des mécanismes de la stigmatisation ainsi qu'une connaissance de soi.

6.2.2 Changements en lien avec les comportements et les attitudes des participants

Des changements chez les participants en lien avec leurs comportements ainsi que leur attitude ont pu être observés à la suite de l'analyse des résultats. En effet, les participants ont pu

développer une sensibilité envers leurs propres comportements stigmatisants et briser certains concepts et préjugés qui étaient ancrés inconsciemment. De plus, ils ont pu développer une ouverture à l'autre, aux différents enjeux que portent un diagnostic ou une action stigmatisante ainsi qu'une meilleure compréhension du phénomène d'autostigmatisation. Enfin, les participants ont pu noter que la formation des formateurs leur ont permis de voir la personne dans son ensemble plutôt que de voir seulement son diagnostic.

6.2.3 Changements en lien avec les pratiques des participants

Des changements chez les participants ont aussi été observés en lien avec leur pratique. D'abord, des changements en lien avec des concepts comme la relation patient-professionnel ont été notés grâce à une meilleure compréhension des impacts d'un diagnostic et de la stigmatisation. Il a de plus été rapporté que les participants étaient maintenant plus sensibles aux différents types de stigmatisations ainsi qu'aux différents comportements et attitudes stigmatisantes et voulaient être plus sensible à cela afin d'offrir une meilleure pratique. Il est possible de voir que les changements en lien avec les pratiques sont moins nombreux que ceux portant sur les comportements et attitudes des participants. Par contre, comme on peut le voir, les participants souhaitent faire des changements dans leur pratique suite à des prises de conscience en lien avec leurs comportements et attitudes. Le processus continu du changement doit donc passer d'abord par les comportements et attitudes pour ensuite se transférer dans la pratique.

6.3 Types de stigmatisation

Selon les analyses que j'ai faites et ce que les gens m'ont dit, il semble que les types de stigmatisation qui ont ressorti dans la réflexion des participants sont la stigmatisation sociale ainsi que l'autostigmatisation. En effet, les participants ont reflété un manque de connaissance dans la société en lien avec les attitudes et pratiques stigmatisantes ainsi qu'en lien avec les différents types de stigmatisation. Il est possible de voir une certaine faille en ce qui concerne la société en ce sens puisque certains intervenants ont rapporté ne pas avoir toutes les connaissances en lien avec les diagnostics de trouble de santé mentale, chose qui devrait faire partie de la formation des différents intervenants du milieu de la santé.

Grâce au contact direct et l'apport du savoir expérientiel, les individus ont pu voir certains aspects de l'autostigmatisation. Le fait de travailler en équipe avec une personne vivant avec un

trouble de santé mentale a permis aux intervenants d'observer comment un individu ayant un trouble de santé mentale peut se percevoir comme étant moins important ou moins utile qu'un intervenant dans les exercices des formations. De plus, les témoignages ont démontré comment les individus ayant un diagnostic peuvent internaliser certains préjugés ou idées préconçues à leur sujet. Ainsi, la formation des formateurs a permis aux intervenants d'être plus conscients de la présence de l'autostigmatisation.

6.4 Lien entre les résultats et le cadre conceptuel

Comme le présente la *figure 6*, les stratégies de lutte contre la stigmatisation sont les stratégies éducatives, le contact direct ainsi que la protestation. Le Centre d'apprentissage Santé et Rétablissement dans lequel les participants ont effectué les formations est un lieu qui utilise ces différentes stratégies et a permis des changements en lien avec les comportements, les attitudes ainsi que les pratiques des individus. De plus, ces différentes stratégies mises ensemble créent un environnement qui, selon les résultats, est inclusif et favorable à l'ouverture et au partage des savoirs, permet le contact direct avec différents savoirs expérientiels, permet une compréhension des mécanismes de la stigmatisation ainsi qu'une meilleure connaissance de soi.

Comme le rapportent Nyblade et al. (2019), le processus de stigmatisation en milieu de santé se présente en raison de fausses croyances en lien avec un diagnostic ou un manque de sensibilisation envers les différents troubles de santé mentale. Généralement, les intervenants ne savent pas comment se manifeste la stigmatisation et comment elle peut affecter l'individu vivant avec la maladie mentale (Nyblade et al., 2019). En effet, les intervenants ne sont généralement pas conscients que leurs attitudes peuvent être stigmatisantes et peuvent nuire aux individus ayant recours à des services dans le milieu de la santé (Nyblade et al., 2019). Les résultats montrent d'abord que le contact direct présent dans la formation des formateurs a amené aux participants de nouvelles connaissances en lien avec les troubles de santé mentale ainsi que la stigmatisation. Les résultats évoquent ensuite que la formation des formateurs a amené les participants à se questionner en lien avec leurs propres comportements afin de mieux les comprendre. Ainsi, ils ont maintenant une meilleure connaissance de soi et de leurs comportements pouvant être stigmatisants. Ils sont plus sensibles à ces comportements et souhaitent y porter une attention afin d'avoir un meilleur comportement avec tout autre individu. Selon Knaak et Pattern (2014), les

attitudes stigmatisantes des intervenants de la santé sont reliées à un manque de connaissance en lien avec les différents diagnostics ainsi qu'un manque de connaissance en lien avec leurs propres préjugés. De ce fait même, les résultats démontrent que le Centre d'apprentissage Santé et Rétablissement est une stratégie efficace afin d'apporter de nouvelles connaissances sur les différents troubles de santé mentale et sur la santé mentale en général en plus de permettre une meilleure connaissance de soi et ses propres préjugés.

Les intervenants de la santé sont plus fréquemment en contact avec des usagers ayant un processus de rétablissement plus difficile ou plus long puisque les individus ayant un rétablissement rapide quittent les services (Thornicroft et al. 2014). Par contre, les résultats prouvent que le contact direct avec des individus vivant avec un trouble de santé mentale dans un contexte éducationnel, autre qu'un milieu de soin permet aux intervenants de changer les attitudes et leurs comportements à leur égard. En effet, grâce aux différents témoignages et de l'apport du savoir expérientiel, les intervenants ont développé une ouverture à l'autre et ont eu la chance de développer une meilleure compréhension en lien avec la réalité de vivre avec un diagnostic ainsi que les différents enjeux que peut créer la stigmatisation.

6.5 Les résultats amenant une réflexion en lien avec la pratique en ergothérapie

À la lumière de l'analyse des résultats, il est possible de voir que l'aspect de l'environnement est souvent ressorti et que c'est l'élément à la base des prises de conscience et des changements des participants. En effet, l'environnement éducatif et inclusif du Centre d'apprentissage Santé et Rétablissement est un milieu où tous sont à égalité et où les partages de savoirs sont constamment présents. En ergothérapie, nous travaillons à ce que la personne soit fonctionnelle dans ses occupations et tenons compte de l'environnement en ce sens. Par contre, je me suis questionné sur le rôle d'un ergothérapeute quant à la mise en place d'environnements inclusifs et éducatifs comme le Centre d'apprentissage Santé et Rétablissement favorisant le partage des savoirs et l'ouverture à l'autre.

La stigmatisation sociale a des effets négatifs sur le rétablissement des individus. En effet, celle-ci peut diminuer l'estime de soi, créer des difficultés d'intégration sociale ou de la réticence

à aller chercher de l'aide (Sharac et al., 2010). De plus, elle peut créer une baisse de motivation à poursuivre ses objectifs personnels (Mauder et White, 2019). Cette stigmatisation peut aussi se retrouver dans le milieu de la santé puisque les intervenants sont à risque d'avoir des attitudes stigmatisantes sans en être conscients. En ergothérapie, on vise le rétablissement de l'individu ainsi que son fonctionnement dans la société. Ainsi, il est important d'assurer que l'environnement de l'individu soit un environnement dans lequel son rétablissement est possible et qui, de ce fait même, comprend le moins de stigmatisation possible.

Les ergothérapeutes jouent un rôle afin de mettre en lumière des situations d'injustice, de déséquilibre, d'oppression, de privation, d'aliénation, d'exclusion et de marginalisation occupationnelle (Townsend et al., 2008). Selon l'Association canadienne des ergothérapeutes, le rôle d'agent de changement comprend la composante « *Promouvoir les besoins occupationnels associés aux déterminants de la santé, au bien-être et à l'équité pour les clients recevant des services* » (ACE, 2012). Cette compétence implique que l'ergothérapeute revendique au nom des clients déterminés comme marginalisés de façon à favoriser leur participation dans l'occupation. De plus, l'habilitation, soit un concept central en ergothérapie, facilite un changement dans la vie d'un individu sur le plan de sa condition sociale et favorise le changement dans les occupations à l'échelle individuelle et sociale en utilisant des méthodes d'apprentissage par la pratique et la mise en action (Townsend et al., 2008). De ce fait même, je crois que les ergothérapeutes ont un rôle à jouer dans la mise en place d'environnements inclusifs et éducatifs afin d'habiliter différents acteurs pour créer un changement social souhaité ainsi que permettre le partage des savoirs et l'ouverture à l'autre dans la société.

Instaurer des environnements éducatifs et inclusifs permettrait à la société de développer une ouverture à tout individu vivant avec un trouble de santé mentale. En effet, il est possible de voir qu'un manque de connaissance et de sensibilisation envers les troubles de santé mentale est présent et que cela a un impact négatif chez les individus vivant au quotidien avec un diagnostic. Instaurer des environnements éducatifs et inclusifs permettrait donc de favoriser l'intégration ainsi que la participation de ces individus marginalisés et stigmatisés et permettre à la société de prendre conscience qu'un diagnostic ne définit pas une personne et que chaque personne devrait être vue à égalité peu importe son statut de professionnel ou de patient.

6.6 Limites de l'étude et suggestions pour le futur

Cette étude comporte certaines limites qui seront présentées dans cette section.

D'abord, le nombre de participants n'est pas élevé, ce qui n'a pas permis d'arriver à une saturation des données et a ainsi un impact sur la validité de l'étude. Ce nombre peu élevé est dû au fait que le nombre d'intervenants du milieu de la santé participant aux formations des formateurs du Centre d'apprentissage Santé et Rétablissement et ayant participé à une des formations du centre n'était pas élevé compte tenu du fait que la deuxième cohorte de formateurs était en cours de formation. De plus, le contexte de la Covid-19 ne nous a pas permis d'interroger les travailleurs de la santé comme nous l'aurions voulu. En ce sens, pour les prochaines études, il serait intéressant d'attendre que plusieurs cohortes de formateurs aient été formées afin d'avoir un échantillon plus large avec des intervenants de différents milieux.

Ensuite, les participants à l'étude étaient des individus s'étant inscrits à la formation afin d'être formateurs pour le Centre d'apprentissage Santé et Rétablissement. De ce fait même, ces individus étaient sensibilisés aux différentes sphères de la santé mentale et le rétablissement et avaient un désir de créer un changement dans la société en devenant formateurs pour le centre. Cela a donc pu avoir un impact sur les résultats obtenus puisqu'ils proviennent de gens pour qui le rétablissement et les valeurs du Centre d'apprentissage Santé et Rétablissement sont importants. De ce fait même, puisque ces intervenants deviendront maintenant des formateurs pour les différentes formations offertes par le centre, il serait intéressant d'effectuer une autre recherche afin de voir comment le Centre d'apprentissage Santé et Rétablissement permet aux individus de la société d'apporter des changements en lien avec leurs attitudes et comment cela permet de lutter contre la stigmatisation sociale.

6.7 Retombées de l'études

6.7.1 Retombées sur le Centre d'apprentissage Santé et Rétablissement

Cette étude a permis de comprendre comment la participation aux formations des formateurs du Centre d'apprentissage Santé et Rétablissement a eu un impact sur les intervenants de la santé en lien avec la stigmatisation. De plus, elle a permis de comprendre que le contexte éducationnel et inclusif de ce milieu amène des changements dans la vision des intervenants ainsi que dans leur pratique. Les différentes formations du centre sont créées selon les mêmes critères

que la formation des formateurs, cela permet donc de comprendre que toute formation donnée par le Centre d'apprentissage Santé et Rétablissement à différents individus de la société permettra d'apporter des changements dans les comportements et les pratiques et permettra une sensibilisation en lien avec les troubles de santé mentale.

6.7.2 Retombées sur la pratique en ergothérapie

Cette étude a permis de voir l'importance de l'environnement éducatif et inclusif dans la lutte contre la stigmatisation auprès des intervenants du milieu de la santé. Ainsi, cela a permis de comprendre que les ergothérapeutes ont un rôle et doivent promouvoir la lutte contre la stigmatisation en créant des environnements inclusifs qui permettent le partage des savoirs et le contact direct avec des individus vivant avec un trouble de santé mentale au quotidien.

6.7.3 Retombées sur les intervenants du milieu de la santé

Cette étude a permis de voir que la participation aux formations du Centre d'apprentissage Santé et Rétablissement a créé un changement chez les intervenants du milieu de la santé dans leur façon d'agir et de penser. De plus, elle a permis de voir que ce processus de changement peut se transférer dans leur pratique puisqu'ils ont un désir de changer des éléments dans leur pratique suite aux différentes prises de consciences faites en lien avec leurs comportements.

7. CONCLUSION

Pour conclure, ce projet a permis de voir comment le fait de participer à la formation des formateurs du Centre d'apprentissage Santé et Rétablissement, un milieu comportant le contact direct, l'environnement éducatif ainsi que la protestation, permet aux intervenants du milieu de la santé de prendre conscience de leurs comportements stigmatisants ainsi que de les pousser à y apporter des changements. L'étude démontre que ce milieu inclusif a permis aux intervenants d'apporter des changements en lien avec leurs comportements, leurs attitudes ainsi que leurs pratiques en étant en contact direct avec des individus vivant avec un trouble de santé mentale dans un environnement d'ouverture, d'égalité et d'apprentissage. Finalement, cette recherche qualitative a permis de voir comment la profession d'ergothérapeute avait un rôle à jouer dans la mise en place d'environnements comme le Centre d'apprentissage Santé et Rétablissement et de comprendre que l'ergothérapeute est un acteur important dans la mise en place d'environnement inclusif permettant de lutter contre la stigmatisation.

RÉFÉRENCES

- Ando, S., Yamaguchi, S., Aoki, Y., & Thornicroft, G. (2013). Review of mental-health-related stigma in Japan. *Psychiatry and clinical neurosciences*, 67(7), 471-482.
- Anthony, W. A. (1993). Recovery from mental illness: the guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial rehabilitation journal*, 16(4), 11.
- Arboleda-Flórez, J., & Stuart, H. (2012). From sin to science: fighting the stigmatization of mental illnesses. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 57(8), 457-463.
- Association canadienne des ergothérapeutes. (2012). Profil de la pratique des ergothérapeutes au Canada. Repéré à <https://www.caot.ca/document/4720/2012profil.pdf>
- Association Québécoise pour la réadaptation psychosociale, *Agir ensemble pour contrer la stigmatisation liée aux problèmes de santé mentale – Formation/Mobilisation – Cahier de lecture pour le participant*, Québec, 2016, p. 59-61, accessible en ligne à l'adresse suivante : <http://aqrp-sm.org/wp-content/uploads/2013/05/cahier-formation-stig-gps.pdf>
- Bélanger, S. (2016). *La lutte contre la stigmatisation et la discrimination dans le réseau de la santé et des services sociaux, guide d'accompagnement* (publication n°16-914-06W). La Direction des communications du ministère de la santé et des Services sociaux. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2016/16-914-06W.pdf>
- Berger, M., Wagner, T. H., & Baker, L. C. (2005). Internet use and stigmatized illness. *Social Science et Medicine*, 61(8), 1821–1827. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2005.03.025>.
- Bourque, M., Corbière, M., Émard, R., Gilbert, M., Guérette, F., Harvey, D., Morin, M-H., Samson, E., Saint-Amour, D. (2009). Stigmatisation et troubles mentaux: un enjeu collectif. *Le partenaire*. Vol. 18, n°1
- Boyle, D., & Harris, M. (2009). The challenges of co-production. How equal partnerships between professionals and the public are crucial to improving public service. London: New Economics Foundation (NEF) & National Endowment for Science, Technology and the Arts (NESTA).
- Briggs, J. (2014). *Joanna Briggs Institute. [Internet]*. Adelaide, Australia: Royal Adelaide Hospital. Repéré à http://joannabriggs.org/assets/docs/sumari_reviewersmanual-2014.pdf (accès em: julho de 2015; Reviewer's manual) .
- Carrara, B. S., Ventura, C. A. A., Bobbili, S. J., Jacobina, O. M. P., Khenti, A., & Mendes, I. A. C. (2019). Stigma in health professionals towards people with mental illness: An integrative review. *Archives of Psychiatric Nursing*, 33(4), 311-318. doi:10.1016/j.apnu.2019.01.006

- Centre national d'excellence en santé mentale. (2019, 28 septembre). *Recovery College*. Santé et Services Sociaux. <https://cnesm.org/bibliotheque-virtuelle/dossiers-thematiques/recovery-college/>
- Commission de la santé mentale du Canada, *Guide de référence pour des pratiques axées sur le rétablissement – Espoir. Dignité. Citoyenneté.*, Canada, 2015, p. 42, accessible en ligne à l'adresse suivante : http://www.mentalhealthcommission.ca/sites/default/files/MHCC_RecoveryGuidelines_FRE_0.pdf
- Commission européenne. Réaliser un espace européen de l'éducation et de formation tout au long de la vie. Bruxelles : Commission des communautés européennes, 2001 (678).
- Cooke, A., Smith, D., & Booth, A. (2012). Beyond PICO: the SPIDER tool for qualitative evidence synthesis. *Qualitative health research*, 22(10), 1435-43.
- Corrigan, P. W., & Wassel, A. (2008). Understanding and influencing the stigma of mental illness. *Journal of psychosocial nursing and mental health services*, 46(1), 42-48.
- Côté, B., Guénette, F., Lauzon, G., Provencher, H., Toutant, M-T., Gilbert, M., Émard, R., Bizier, V. (2007). Le rétablissement: cadre théorique et savoir expérientiel. *Le partenaire*. Vol. 15, n°1. Repéré à <https://aqrp-sm.org/wp-content/uploads/2013/05/partenaire-v15-n1.pdf>
- Fortin, M.F., & Gagnon, J. (2016). Fondements et étapes du processus de recherche, 3e édition - Méthodes quantitatives et qualitatives. Montréal, Canada : Chenelière Éducation.
- Grard, J., Letailleur, C. & Tinland, A. (2017). Apprendre à se rétablir. *Rhizome*, 65-66(3), 35-36. doi:10.3917/rhiz.065.0035.
- Greacen, T., et Jouet, E. (2013). Rétablissement et inclusion sociale des personnes vivant avec un trouble psychique: le projet EMILIA. *L'information psychiatrique*, 89(5), 359-364.
- Guruge, S., Wang, A. Z. Y., Jayasuriya-Illesinghe, V., & Sidani, S. (2017). Knowing so much, yet knowing so little: a scoping review of interventions that address the stigma of mental illness in the Canadian context. *Psychology, health et medicine*, 22(5), 507-523.
- Heijnders, M., & Van Der Meij, S. (2006). The fight against stigma: an overview of stigma-reduction strategies and interventions. *Psychology, health et medicine*, 11(3), 353-363.
- Knaak, S., & Patten, S. (2014). Building and Delivering Successful Anti-stigma Programs for Healthcare Providers. Repéré à https://www.mentalhealthcommission.ca/sites/default/files/qualitative_model_report_feb_2015_0.pdf
- Koenig, M. (2017). Le rétablissement dans la schizophrénie : une transformation longtemps silencieuse. *Rhizome*, 65-66(3), 8-9. doi:10.3917/rhiz.065.0008.

- Maunder, R. D. & White, F. A. (2019). Intergroup contact and mental health stigma: A comparative effectiveness meta-analysis. *Clinical psychology review*, 72(101749).
- Meddings, S., Byrne, D., Barnicoat, S., Campbell, E. & Locks, L. (2014). Co-delivered and co-produced: creating a recovery college in partnership. *The journal of mental health training education and practice*, 9(1), 16-25. <https://doi.org/10.1108/JMHTEP-04-2013-0011>
- Meddings, S., McGregor, J., Roeg, W. & Shepherd, G. (2015). Recovery colleges: quality and outcomes. *Mental health and social inclusion*, 19(4), 212-221. <https://doi.org/10.1108/MHSI-08-2015-0035>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2016, décembre). *La lutte contre la stigmatisation et la discrimination dans le réseau de la santé et des services sociaux* (publication n°16-914-06W). Gouvernement du Québec. <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2016/16-914-06W.pdf>
- Organisation mondiale de la Santé. (2013). *Plan d'action pour la santé mentale 2013-2020*. Repéré à https://www.who.int/mental_health/action_plan_2013/fr/
- Parcesepe, A. M., & Cabassa, L. J. (2013). Public stigma of mental illness in the United States: a systematic literature review. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 40(5), 384-399.
- Perkins, R., Repper, J., Rinaldi, M., & Brown, H. (2012). Recovery colleges. *Implementing recovery through organisational change*. London: Centre for Mental Health.
- Sharac, J., Mccrone, P., Clement, S. & Thornicroft, G. (2010). The economic impact of mental health stigma and discrimination: a systematic review. *Epidemiology And Psychiatric Sciences*, 19(3), 223-232.
- Stubbs, A. (2014). Reducing mental illness stigma in health care students and professionals: a review of the literature. *Australasian Psychiatry*, 22(6), 579-584.
- Townsend & al. (2008) Chapitre 6 Faciliter le changement social. Dans Townsend & Platajko. Faciliter l'occupation : l'avancement d'une vision de l'ergothérapie en matière de santé, bien-être et justice à travers l'occupation. Ottawa, Ontario, CAOT Publications ACE.
- Western Australia Mental Health Commission. (2018). Literature Review to Inform the Development of Recovery Colleges in Western Australia. *Melbourne, VIC, Australia: Australian Healthcare Associates*.
- Western Australia Mental Health Commission. (2018). Literature Review to Inform the Development of Recovery Colleges in Western Australia. *Melbourne, VIC, Australia: Australian Healthcare Associates*.

Wooley, S. (2017). Vers un rétablissement basé sur la justice sociale ?. *Rhizome*, 65-66(3), 22-24.
doi:10.3917/rhiz.065.0022.

