

Stigmatisation chez les professionnels de la santé mentale et facteurs associés

Revue de littérature

Cette revue de littérature a été réalisée dans le cadre du projet de recherche appliquée « Résister au stigma dans le handicap psychique : un programme co-produit par les personnes souffrant de schizophrénie, leurs familles et les professionnels » mise en œuvre par le Laboratoire de Psychologie EA 41 39 de l'Université de Bordeaux. Ce travail a été réalisé par Pr. Antoinette Prouteau et Kévin-Marc Valery.

STIGMA
pro

Laboratoire
de psychologie / université
de **BORDEAUX**



ars
Agence Régionale de Santé
Nouvelle-Aquitaine

 **IReSP**
Institut de Recherche
en Santé Publique

FIRAH
RECHERCHE
APPLIQUÉE SUR
LE HANDICAP | APPLIED
DISABILITY
RESEARCH

Le présent document a été réalisé dans le cadre de la recherche appliquée « **Résister au stigma dans le handicap psychique : un programme co-produit par les personnes souffrant de schizophrénie, leurs familles et les professionnels** » menée par le Laboratoire de Psychologie EA 41 39 de l'Université de Bordeaux. Ce travail a été réalisé par Pr. Antoinette Prouteau et Kévin-Marc Valery.

L'objectif de cette revue de littérature est de rendre compte des connaissances actuelles en recherche appliquée sur les questions des variables associées à la stigmatisation de la schizophrénie chez les professionnels de santé mentale. Elle a abouti à la sélection de recherches pertinentes au regard de la thématique, chacune classées au moyen d'un ensemble de critères prédéterminés. Parmi ces recherches, 3 ont été sélectionnées comme particulièrement pertinentes et intéressantes au regard de leur capacité à être applicables, particulièrement pour les personnes handicapées et les organisations qui les représentent.

La sélection des recherches a été réalisée en fonction des points suivants, qui précisent ce que la FIRAH entend par les termes de recherche appliquée sur le handicap :

- C'est d'abord un travail de recherche proprement dit, obéissant à ses règles de méthode et de rigueur, permettant la mise en œuvre d'une démarche scientifique, et impliquant des équipes d'un ou plusieurs chercheurs ou enseignants-chercheurs dont la recherche est l'une des missions statutaires.
- La recherche appliquée est différente de la recherche fondamentale. Son objectif est d'accroître la participation sociale et l'autonomie des personnes handicapées. Elle ne vise pas seulement la production de savoirs théoriques, mais également la résolution de problèmes pratiques en lien avec les besoins et les préoccupations des personnes handicapées et de leurs familles. La collaboration entre les personnes handicapées et leurs familles, les professionnels et les chercheurs est donc une donnée fondamentale dans la réalisation de ce type de recherche.
- En ce sens, ce type de recherche est destiné à produire des résultats directement applicables. En plus des publications classiques (articles, rapports de recherches), les recherches appliquées sont destinées à produire d'autres publications, appelées « supports d'applications », qui peuvent prendre différentes formes : développement de bonnes pratiques, guides méthodologiques, supports de formation, etc., et sont destinées à différents acteurs (personnes handicapées, professionnels, institutions).

Ce travail ne vise pas l'exhaustivité mais l'identification de résultats et de connaissances produits par des travaux de recherche pouvant être utiles aux acteurs de terrain pour améliorer la qualité de vie et la participation sociale des personnes handicapées.

Chaque titre de la bibliographie commentée contient un lien donnant accès à la recherche (en accès libre ou payant), et chacune des fiches de lecture contient un lien renvoyant vers la notice de la base documentaire de la FIRAH.



FIRAH – 2021

[Attribution – Pas d'utilisation commerciale – Pas de modifications](#)

Sommaire

Edito	5
Synthèse des connaissances	6
Introduction	6
Une revue systématique de la littérature	7
Les professionnels de santé mentale en comparaison aux autres groupes sociaux	7
Les facteurs socio-démographiques	8
Les facteurs professionnels contextuels	9
Les facteurs professionnels individuels	9
Les croyances théoriques.....	10
Synthèse.....	12
Fiches de lecture	14
Fiche 1. Schizophrenia stigma in mental health professionals and associated factors: A systematic review	15
Fiche 2. A grounded theory model for reducing stigma in health professionals in Canada	17
Fiche 3. Stigma in patients with schizophrenia receiving community mental health care: a review of qualitative studies	19
Bibliographie	21

La feuille de route Santé mentale et psychiatrie (Comité stratégique de la santé mentale et de la psychiatrie, 28 juin 2018, p3) rappelle que les troubles psychiques sévères et persistants comme la schizophrénie, combinés à la stigmatisation, ont des effets extrêmement délétères sur l'inclusion sociale des personnes. L'innovation pour transformer notre système de santé en réaffirmant la place des citoyens est un des 4 axes de la stratégie nationale de santé. La psychiatrie française est donc aujourd'hui en pleine mutation. D'une prise en charge biomédicale centrée sur la maladie et les symptômes, elle a évolué vers une vision plus sociale des enjeux de la santé mentale : celle du **handicap psychique**. L'inscription dans la communauté est devenue une cible thérapeutique prioritaire, comme en témoigne la multiplication des centres de réhabilitations et de réinsertion socio-professionnelle (Duprez, 2008). Ces premières évolutions ont favorisé l'émergence d'un nouveau principe dans les pratiques psychiatriques : le **rétablissement** (« recovery »), centré sur « le devenir de la personne » (Pachoud, 2014, p258). Il s'agit d'un tournant paradigmatique majeur : la personne n'est plus un « patient », sujet d'une « prise en charge », c'est un « collaborateur », acteur décisif de son parcours de soin et de ses projets. Cependant, la matérialisation de ces principes en pratique de soin et d'accompagnement reste à développer.

Une question cruciale dans ce contexte est : *comment transformer les pratiques professionnelles pour qu'elles intègrent davantage les principes du rétablissement ?* L'un des freins majeurs à cette transformation réside dans la **stigmatisation** de la maladie mentale. Définie comme le fait de réduire une personne à un attribut discréditant (Goffman, 1963), la stigmatisation représente un enjeu mondial de santé publique selon le Plan d'Action pour la Santé Mentale 2013-2020 de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS, 2013) et plus récemment en France avec le rapport Laforcade (2016, p21, p78), ou selon les instructions de la DGOS relatives aux projets territoriaux de santé mentale (5 juin 2018). Elle a un impact négatif sur la santé mentale des personnes et de leur famille. Les **professionnels** de santé mentale sont au cœur de cette problématique, notamment parce ce qu'ils sont eux-mêmes une source de stigmatisation : 22% des situations de stigmatisation rapportées par les personnes ayant une schizophrénie et leurs familles sont vécues « lors de contacts avec les professionnels de santé mentale », contre 17% de situations d'interaction avec des inconnus, ou encore 9 % de situation en rapport avec l'emploi (Schulze, 2007, p138).

Synthèse des connaissances

Introduction

Aujourd'hui, le fardeau de la stigmatisation de la maladie mentale est tel que la plupart des organisations ont appelé à agir pour combattre cette « seconde maladie » (*WHO | Mental health action plan 2013 - 2020*, s. d.). Les conséquences négatives de la stigmatisation ont été décrites sur les symptômes et l'estime de soi (Lysaker et al., 2008, 2009), la qualité de vie, l'autonomisation, la recherche et l'adhésion aux soins de santé mentale (Corrigan et al., 2014; Gerlinger et al., 2013) et le suicide, même après la fin de la maladie (Sharaf et al., 2012). Ces répercussions sont nombreuses et dommageables pour les individus mais aussi pour leurs familles, le système de soins de santé et la société (Link et al., 1997; Wittchen et al., 2011). Les recherches menées sur la stigmatisation ont montré que, parmi les maladies mentales, la schizophrénie est associée à l'une des pires représentations (par exemple l'incompétence, l'imprévisibilité et la dangerosité) dans la population générale (Angermeyer & Dietrich, 2006) et chez les professionnels (Valery & Prouteau, 2020).

Depuis le travail de Goffman (1963), la stigmatisation a été conceptualisée en trois dimensions : (i) les stéréotypes sont des croyances à propos d'une personne en fonction de son appartenance à un groupe (ici, « je crois que cette personne est dangereuse parce qu'elle appartient au groupe social des schizophrènes »), (ii) les préjugés sont des attitudes et des composantes affectives envers une personne en fonction de son appartenance à un groupe (ici, « je ressens de la peur à propos de cette personne parce qu'elle appartient au groupe social des schizophrènes »), et (iii) la discrimination est une réaction comportementale contre une personne en fonction de son appartenance à un groupe (ici, « j'évite cette personne parce qu'elle appartient au groupe social des schizophrènes ») (Corrigan & Penn, 1999; Fiske, 1998).

Dans une revue récente des études qualitatives, Mestdagh & Hansen, (2014) ont indiqué que le système de soins de santé (y compris les professionnels de la santé mentale) était l'une des principales sources de stigmatisation identifiées par les personnes atteintes de schizophrénie. Une autre étude avance que 22% des situations de stigmatisation sont des situations vécues auprès des professionnels de santé mentale, contre seulement 17% auprès

d'inconnu (Schulze, 2007). Malgré son importance, la stigmatisation chez les professionnels en santé mentale a reçu peu d'attention par rapport à la stigmatisation de la population en général. En rapportant les facteurs associés à la stigmatisation des professionnels de santé, une compréhension plus fine du phénomène se dessine. Cette appréhension complète du problème fait émerger les premières pistes de solution pour réduire la stigmatisation de la schizophrénie dans les pratiques en santé mentale.

Une revue systématique de la littérature

Nous avons récemment publié dans *Psychiatry Research* une revue systématique de la littérature (Valery & Pruteau, 2020). L'un de nos objectifs était d'identifier les variables associées à la stigmatisation de la schizophrénie chez les professionnels de santé mentale. La stratégie de recherche de cette revue systématique est celle du Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (lignes directrices PRISMA) (Moher, 2009). Les études ont été identifiées par une recherche dans les bases de données électroniques suivantes : PsychINFO (EBSCO), PsychARTICLES (EBSCO) et Psychology and Behavioral SciencesCollection (EBSCO), étant donné leur capacité à couvrir le domaine de la recherche sur la stigmatisation. La recherche s'est concentrée sur les recherches menées au cours des 21 années précédant le 01/01/2020. Les études ont été incluses si elles répondaient aux critères suivants : (i) données originales publiées en anglais dans des revues à comité de lecture ; (ii) communication de données quantitatives avec analyse statistique ; (iii) évaluation de la stigmatisation au sens large : croyances, préjugés et comportements sur la schizophrénie ou les personnes atteintes de schizophrénie ; (iv) des échantillons composés uniquement de professionnels de santé mentale. Étant donné le nombre limité d'études menées sur le sujet, il n'y a pas de critère d'exclusion supplémentaire concernant la conception de l'étude. Ainsi, 38 études ont été retenues sur plus de 900.

Les professionnels de santé mentale en comparaison aux autres groupes sociaux

En comparaison avec d'autres groupes sociaux (population générale, parents, autres professionnels et personnes atteintes de schizophrénie elles-mêmes), les professionnels de santé mentale ont systématiquement rapporté moins de croyances en la dangerosité des

personnes qui ont une schizophrénie et des croyances plus positives concernant le traitement pharmacologique. Néanmoins, cette démarcation avec les autres groupes sociaux a été moins précise en ce qui concerne le pronostic et le désir de distance sociale, comme l'ont montré des études antérieures (de Jacq et al., 2016 ; Schulze, 2007 ; Wahl et Aroesty-Cohen, 2010). En d'autres mots, l'évitement social et le pessimisme du pronostic sont des comportements et croyance moins rejetés par les professionnels que ne le sont les croyances en la dangerosité.

Les facteurs socio-démographiques

De nombreuses études ont mises en lien des données socio-démographiques telle que **l'âge**, le **genre** ou encore le **niveau académique** avec la stigmatisation. Ces études rapportent pas ou peu de lien entre la stigmatisation et ces facteurs. Par exemple, aucune étude ne rapporte de lien entre le genre du soignant et la stigmatisation. Et lorsque des liens sont rapportés entre la stigmatisation et le niveau d'étude, les études ne s'accordent pas sur le sens de cette association.

Autre exemple d'absence de consensus de la littérature : âge et stigmatisation. Parmi les 10 études mesurant l'âge ou l'expérience, la moitié ne rapporte aucune corrélation avec la stigmatisation, alors que l'autre moitié en rapporte. Toutefois, il n'y a pas eu de consensus sur l'orientation de ces dernières. Deux récentes études rapportent une corrélation curvilinéaire entre l'âge et la stigmatisation, avec un pic de stigmatisation entre 30 et 40 ans (ou entre 10 et 14 ans d'expérience) (Linden & Kavanagh, 2012; Loch et al., 2013).

Enfin, on trouve dans la littérature l'hypothèse que les personnes qui connaissent une personne souffrant de schizophrénie dans leur entourage rapportent moins de stigmatisation. Actuellement, cette hypothèse n'est pas testée directement chez les professionnels de santé mentale. Les hypothèses d'Allport et ses successeurs sur les contacts entre groupes suggèrent qu'un contact positif, dans lequel il y a égalité de statut entre les parties concernées, représente les conditions optimales de contact (pour les revues les plus récentes, voir Paluck et al., 2019; Pettigrew et al., 2011). Les contacts avec les professionnels de santé mentale peuvent être perçus comme asymétrique (Mestdagh & Hansen, 2014). Le **contact familial** (conjoint, famille, ami etc...) peut s'affranchir de cette asymétrie.

Les facteurs professionnels contextuels

La stigmatisation est un fonctionnement social éminemment influencé par le contexte professionnel du soignant. Tout d'abord, la littérature fait ressortir le contact comme un facteur déterminant. En effet, les professionnels de santé ont des **contacts plus ou moins fréquents** avec des personnes qui ont une schizophrénie. Cependant, ce n'est pas en termes de quantité mais en termes de **qualité ou de contexte de contact** que ce facteur se montre influant. Par exemple, deux études rapportent que les infirmières travaillant en milieu communautaire, avec des patients en ambulatoire, ont déclaré moins de stigmatisation que celles travaillant avec des patients hospitalisés ou dans état plus aigu. En d'autres mots, les infirmières en contact avec les personnes les plus en souffrance sont celles qui rapportent une image plus négative et stéréotypée de la schizophrénie. Ces résultats sont en adéquation avec la théorie de l'illusion du clinicien (Cohen & Cohen, 1984; Thornicroft et al., 2010) : « l'attribution des caractéristiques et de l'évolution des patients qui sont actuellement malades à l'ensemble de la population qui contracte la maladie » (1984, p1180). Les professionnels auraient tendance à limiter leur vision de la schizophrénie aux formes qu'ils rencontrent dans leur exercice professionnel, omettant qu'il existe, par exemple, des formes moins graves ou plus rétablie de schizophrénie. Ainsi les professionnels qui travaillent auprès de personnes en phase aiguë auraient une vision plus stéréotypée des personnes qui ont une schizophrénie Le lieu de travail et le niveau de rétablissement des personnes accompagnées seraient donc deux facteurs associés à la stigmatisation.

Bien sûr, des hypothèses émergent autour des conditions de travail des soignants. **La surcharge de travail, le travail en équipe pluridisciplinaire** ou encore **la responsabilité partagée** au sein des équipes sont des pistes qui reste inexplorée dans la stigmatisation de la schizophrénie chez les soignants. Néanmoins, les acteurs de terrain témoignent de l'importance de ces facteurs.

Les facteurs professionnels individuels

La **profession** est le premier angle pris par la littérature pour décrire la stigmatisation chez les soignants. En effet, de nombreuses études ont opposé les psychiatres, les infirmières

et les psychologues. Si, en effet, les études trouvent des différences entre les professions, la littérature ne fait pas consensus en ce qui concerne les professions les plus et moins stigmatisantes (Valery & Prouteau, 2020).

En revanche, les acteurs de terrain font des hypothèses sur d'autres facteurs professionnels individuels. Par exemple, ils font l'hypothèse que les soignants ayant des **pratiques orientées vers les rétablissements** font moins preuves de stigmatisation dans leurs pratiques. Le « rétablissement » est un concept anglo-saxon qui trouve son origine dans des mouvements d'usagers des années 1980 et 1990, qui prônaient la reprise du pouvoir d'agir (empowerment) et la défense des droits. Il désigne un cheminement personnel de la personne pour se réapproprier sa vie et se réinsérer dans la société. Pour les soignants, ce modèle suppose un accompagnement sur le long terme et centré dès le début sur la personne et ses projets. La philosophie du rétablissement regroupe un ensemble de pratiques promouvant l'espoir, l'inclusion sociale et l'auto-détermination. Ces pratiques s'érigent ainsi contre les croyances stéréotypées d'incompétence et de faible pronostic.

Le **burn-out** est également un sujet très étudié chez les soignants. Cet épuisement professionnel touche entre 21 % et 67 % des soignants en psychiatrie, et a un impact sur l'accomplissement personnel (Zaninotto et al., 2018), un facteur associé à la stigmatisation. En effet, une étude a rapporté que moins les professionnels rapportaient de sentiment d'accomplissement personnel et plus ils se déclaraient évitants et rejetants envers les patients en psychiatrie (Zaninotto et al., 2018).

Les croyances théoriques

La vision de la schizophrénie chez un soignant est également modelée par des croyances théoriques annexes, comme, par exemple, les croyances sur l'étiologie des maladies mentales (Larkings & Brown, 2018). Ces croyances théoriques acquises dans le cadre professionnel (en formation ou en exercice) impactent différentes dimensions de la stigmatisation.

La schizophrénie est vue comme l'une des pathologies psychiatriques les plus **biologiquement** déterminées selon les cliniciens interrogés dans la littérature (Ahn et al., 2009). Mais cette vision biologique de la schizophrénie n'est pas sans conséquence sur la stigmatisation. Deux études rapportent qu'une vision biologique de la schizophrénie est associée à moins d'empathie et plus de déshumanisation (Lebowitz & Ahn, 2014; Pavon & Vaes, 2017). Le rôle de l'idéologie bio-génétique est bien connu en tant que principal prédicteur de la stigmatisation des maladies mentales dans la population générale et chez les personnes atteintes de maladies mentales (pour revue, voir Larkings & Brown, 2018; Read et al., 2006; Schomerus et al., 2014). Malgré cela, de nombreux programmes de lutte contre la stigmatisation utilisent des arguments bio-génétiques, augmentant ainsi les perceptions de dangerosité et d'imprévisibilité, la peur et le désir de distance sociale (pour une revue, voir Read et al., 2006) : "Lorsque le modèle bio-génétique de la maladie est appliqué au cerveau, l'hypothèse est que la personne est incapable de juger, de raisonner, d'être autonome - que sa personnalité est niée" (p 311, Read et al., 2006).

La stigmatisation de la schizophrénie est aussi liée à sa définition dans le domaine de la santé mentale. En effet, les diverses classifications des maladies (DSM-V, CIM11) apportent une vision **catégorielle** de la maladie, définissant la catégorie sociale « schizophrène » avec des critères précis d'inclusion et d'exclusion. Ces critères établissent une distinction nette entre le pathologique et le normal, accentuant les différences entre « eux » et « nous ». Or les données scientifiques issues de la littérature internationale démentent l'existence de cette frontière nette, et soutiennent l'hypothèse d'un **continuum** entre le pathologique et le normal (Johns & van Os, 2001). Ainsi toute la population se distribuerait sur le continuum de la schizophrénie, ayant plus ou moins des symptômes pathologiques. Sur ce continuum, la schizophrénie n'est que l'expression extrême de comportements sains et très répandus dans la population. Par exemple, peu de chose sépare une théorie du complot d'une idée délirante. Les théories du complot sont très présentes dans la population, une grande majorité des français croit en plusieurs théories du complot (Ipsos, 2017). Ce sont donc des croyances répandues, dans la norme. C'est lorsque ces idées sont envahissantes pour la personne et qu'elles l'empêchent de fonctionner, en freinant ses projets par exemple, qu'on va alors parler de symptôme. En d'autres mots les symptômes de la schizophrénie existent plus ou moins intensément dans l'entièreté de la population. Ces croyances théoriques en un continuum ou

catégorielles auraient un impact sur la stigmatisation des maladies mentale. En population générale, il a été montré que les personnes qui adoptent le plus une vision en continuum de la schizophrénie rapportaient moins de stigmatisation (Violeau et al., 2020).

Plus un professionnel perçoit de **similitudes** entre lui et les personnes qui ont une schizophrénie, et moins il rapporte de stigmatisation. C'est une autre hypothèse soutenue par la littérature et qui découle en partie des théories sur le continuum. Car, si être sur le même continuum que la personne qu'on accompagne c'est être sur le même pont, percevoir plus de points communs c'est multiplier ces ponts. Le modèle de Mussweiler, (2003) postule que se concentrer sur les similitudes c'est être dans une comparaison sociale tournée vers l'acceptation de l'autre. Si la littérature a déjà démontré l'efficacité anti-stigma de la similitude perçue dans la population générale (Violeau et al., 2020), une étude chez les professionnels conclue à une association de la similitude perçue avec moins de stéréotype de dangerosité et d'incompétence.

Synthèse

Les professionnels de santé mentale sont l'une des principales sources de stigmatisation de la schizophrénie selon les usagers et leur famille. Pour avoir une compréhension plus fine de ce phénomène, nous avons conduit une revue exhaustive de la littérature internationale sur la stigmatisation de la schizophrénie de la part des professionnels de santé mentale, ainsi que les facteurs associés.

Les résultats de cette revue suggèrent d'abord qu'en comparaison avec la population générale, les professionnels présentent moins de croyances stigmatisantes quant aux maladies psychiatriques en général, et à la schizophrénie en particulier (e.g. dangerosité). Cependant, il existe moins de différence claire entre les professionnels et la population générale quant aux croyances stigmatisantes en termes de pronostic de la maladie, et au désir de distance sociale (une mesure des comportements de stigmatisation, et non plus de croyances stigmatisantes).

Dans la littérature internationale (anglo-saxonne essentiellement), les croyances théoriques des professionnels ont souvent été associées à leur stigmatisation. La vision catégorielle et la vision biologique de la schizophrénie sont associées à davantage de stigmatisation, alors que la vision en continuum et la perception de similitudes sont associées à moins de stigmatisation. Ensuite, certaines caractéristiques professionnelles, individuelles comme contextuelles, sont associées avec cette stigmatisation : la littérature met en avant le sentiment d'accomplissement professionnel, les pratiques orientées vers le rétablissement et le contact avec des personnes en cours de rétablissement comme des facteurs associés à moins de stigmatisation. Concernant les caractéristiques socio-démographiques, elles sont moins clairement associées à la stigmatisation. Ces variables sont de véritables pistes de solution pour lutter contre la stigmatisation présente dans les pratiques en santé mentale.

Pour conclure, il faut noter que malgré l'importance sociétale de la problématique, et les recommandations de la stratégie nationale de santé concernant le développement de la recherche en psychiatrie (Action n°30), aucune étude n'est à ce jour publiée sur ce thème en France. De plus, les récents programmes d'action de déstigmatisation développés dans les pays anglo-saxons ne peuvent être appliqués tels quels dans le contexte français, ni dans les différents contextes locaux, étant donné l'influence de la culture sur les processus de stigmatisation, et les particularités de l'évolution structurelle de la psychiatrie française. Pour que les informations de la littérature internationale puissent être généralisées au contexte français, des études demeurent donc nécessaires pour éclairer les spécificités de la stigmatisation de la schizophrénie chez les professionnels de santé mentale en France. C'est l'objet du projet STIGMAPRO, actuellement conduit au sein du laboratoire de Psychologie de l'Université de Bordeaux.

Fiches de lecture

Ces 3 fiches de lecture sont extraites de la bibliographie générale. Elles ont été choisies pour leur pertinence.

Chaque fiche contient un lien vers la notice complète et les documents sur la base documentaire de la FIRAH.

Fiche 1. Schizophrenia stigma in mental health professionals and associated factors: A systematic review

[Accéder à la fiche de lecture complète et à l'ensemble des documents en lien avec cette recherche sur la base documentaire.](#)

Référence

Valery, K. M., & Prouteau, A. (2020). Schizophrenia stigma in mental health professionals and associated factors: a systematic review. *Psychiatry Research*, 113068.

Résumé de l'auteur

Contexte : Les conséquences de la stigmatisation de la schizophrénie sont nombreuses et très dommageables pour les individus, leurs familles, le système de santé et la société. Les professionnels de la santé mentale (PSM) sont considérés comme l'une des principales sources de stigmatisation.

Objectifs : Identifier les caractéristiques de la stigmatisation de la schizophrénie chez les PSM par rapport à d'autres troubles psychiatriques, les spécificités des PSM par rapport à d'autres groupes sociaux, et les facteurs associés.

Méthodes : En suivant les directives PRISMA, nous avons systématiquement recherché des articles dans plusieurs bases de données électroniques des articles: (i) qui publiaient des données originales en anglais dans des revues à comité de lecture, (ii) qui traitait des données quantitatives avec analyse statistique, (iii) qui définissaient la stigmatisation au sens large, et (iv) qui incluaient des échantillons composés uniquement de PSM.

Résultats : Un total de 38 articles publiés de 1999 à 2019 et impliquant 10 926 MHP ont rempli nos critères d'inclusion. Les études ont montré que la schizophrénie est la maladie mentale la plus stigmatisée chez les PSM, malgré des résultats récents suggérant que le trouble de la personnalité limite et la toxicomanie peuvent être plus stigmatisés. En comparaison avec d'autres groupes sociaux, les PSM ont rapporté moins de croyances de dangerosité et plus de croyances positives concernant le traitement pharmacologique. Néanmoins, les résultats étaient moins cohérents en ce qui concerne le pronostic et le désir de distance sociale. L'âge, le niveau d'éducation, le type de profession de santé mentale ou la durée de la pratique sont des facteurs associés qui montrent des relations incohérentes avec la stigmatisation. Le milieu de travail et les croyances biologiques étaient plus clairement associés à la stigmatisation des PSM.

Conclusion : Ces résultats confirment la nécessité de mener des recherches spécifiques sur la stigmatisation de la schizophrénie dans les PSM et l'importance de contrôler plusieurs variables pour identifier les prédicteurs de la stigmatisation.

Commentaire

Cet article détaille davantage les résultats exposés dans la revue de littérature ci-dessus. C'est une revue systématique de la littérature sur la thématique de la stigmatisation de la schizophrénie chez les professionnels de santé mentale, qui réunit 38 articles scientifiques internationaux. Ces résultats donnent une compréhension plus fine de ce phénomène et offre des pistes de solution pour lutter contre la stigmatisation.

En introduction, cet article revient le poids de la stigmatisation, notamment sur l'accès aux droits et aux soins des personnes souffrant de schizophrénie. La méthode de sélection des articles suit les recommandations les plus actualisées dans le domaine des sciences humaines (PRISMA). Si les acteurs de terrain ne sont pas impliqués dans les parties méthodes et les résultats, l'ensemble du comité scientifique de STIGMApro (voir Edito) fut sollicité pour l'interprétation et la discussion des résultats.

Fiche 2. A grounded theory model for reducing stigma in health professionals in Canada

[Accéder à la fiche de lecture complète et à l'ensemble des documents en lien avec cette recherche sur la base documentaire](#)

Référence

S. Knaak, S. Patten - Volume134, IssueS446 - Special Issue: Effectiveness of national anti-stigma programmes: Canada, England and Sweden - August 2016 - Pages 53-62

Résumé de l'auteur

Objectif : La Commission de la santé mentale du Canada a été créée pour servir de catalyseur national en vue d'améliorer le système de santé mentale. L'une de ses initiatives est Opening Minds (OM), dont le mandat est de réduire la stigmatisation liée à la santé mentale. Cet article présente les résultats d'une étude qualitative sur les interventions de lutte contre la stigmatisation pour les professionnels de soins de santé, qui comprend un modèle de processus articulant les étapes et les stratégies clés pour la mise en œuvre de programmes de lutte contre la stigmatisation réussis.

Méthode : L'étude a utilisé une méthodologie fondée sur la théorie. La collecte de données a impliqué des entretiens approfondis avec les parties prenantes du programme, l'observation directe des programmes, un examen des documents du programme et un retour d'information qualitatif de la part des participants au programme. L'analyse a été effectuée par la méthode de comparaison constante. Un modèle a été généré pour présenter visuellement les principaux résultats.

Résultats : Vingt-trois entretiens approfondis ont été menés, représentant 18 programmes différents. Huit programmes ont été observés directement, 48 documents de programme ont été examinés et les données de 1812 participants au programme ont été analysées. L'analyse a conduit à un modèle processuel en quatre étapes pour la mise en œuvre de programmes de lutte contre la stigmatisation ciblant les prestataires de soins de santé, s'inspirant du processus social de base "cibler les racines de la stigmatisation des prestataires de soins de santé".

Conclusion : Le modèle processuel élaboré dans le cadre de cette recherche peut servir d'outil pour guider l'élaboration et la mise en œuvre de programmes de lutte contre la stigmatisation dans les contextes de soins de santé.

Commentaire

Tout d'abord, cet article a permis d'identifier quatre principales cibles liées à la stigmatisation dans les établissements de santé, puis il décrit les 4 étapes pour créer une intervention anti-stigma chez les professionnels de santé (voir figure ci-dessous en français). Notons ici que ce modèle est le résultat d'une étude qualitative analysant 18 programmes préexistants mais qu'il n'a pas été validé lui-même.

Les interventions anti-stigma qui pourraient naître de ces recommandations auraient pour objectifs secondaires, entre autres, de favoriser l'accès aux droits des personnes en situation

de handicap psychique, ou encore de faire collaborer les chercheurs, les professionnels et les usagers.

Fiche 3. Stigma in patients with schizophrenia receiving community mental health care: a review of qualitative studies

[Accéder à la fiche de lecture complète et à l'ensemble des documents en lien avec cette recherche sur la base documentaire](#)

Référence

Mestdagh, A., & Hansen, B. (2014). Stigma in patients with schizophrenia receiving community mental health care: a review of qualitative studies. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 49(1), 79-87.

Résumé de l'auteur

Objectif : L'objectif de cette étude est d'identifier des thèmes récurrents dans la littérature qualitative sur la stigmatisation vécue par les patients atteints de schizophrénie recevant des soins de santé mentale en ambulatoire. Le traitement de la schizophrénie étant aujourd'hui de plus en plus axé sur les soins de santé mentale en ambulatoire, les professionnels doivent être conscients de la vulnérabilité accrue de leurs clients dans leur environnement social en raison de la stigmatisation liée à leur maladie. Une connaissance approfondie de la stigmatisation est essentielle pour offrir des soins de santé mentale communautaires dignes.

Méthodes : Une revue systématique de la littérature qualitative dans Web of Science, PubMed, PsycINFO et Francis a été effectuée pour examiner les expériences et les idées subjectives sur la stigmatisation chez les patients en ambulatoire atteints de schizophrénie.

Résultats : Trois thèmes majeurs ont été identifiés dans 18 études et doivent être pris en considération lors de la mise en œuvre de soins de santé mentale ambulatoires adéquats : (i) l'existence continue de la stigmatisation inhérente au milieu de soins de santé, (ii) l'importance des aspects relationnels de la stigmatisation rencontrée dans la vie quotidienne et (iii) l'importance des aspects comportementaux liés aux expériences et croyances antérieures de la stigmatisation chez les patients.

Conclusions : En dépit des efforts considérables déployés dans le cadre du traitement ambulatoire, les patients continuent de faire l'objet de stigmatisation et de discrimination. Les professionnels des soins de santé mentale en milieu ambulatoire devraient non seulement être conscients des problèmes structurels des soins de santé mentale, mais aussi accorder une attention considérable aux aspects relationnels et comportementaux de la stigmatisation liée à la vie de leurs clients. En outre, ils ont un rôle crucial à jouer dans la communauté pour sensibiliser à la stigmatisation afin d'accroître l'acceptation de leurs clients dans la société.

Commentaire

Cette revue qualitative de la littérature a identifié 3 sources majeures de stigmatisation selon les personnes ayant une schizophrénie : les relations de la vie de tous les jours, l'auto-stigmatisation et les services de santé, dont les services de santé mentale : « Les patients ont le sentiment de ne pas être pris au sérieux et se sentent discriminés dans le sens où on leur

refuse l'accès à une relation médecin-patient normale. Les patients ont le sentiment d'être traités de manière paternaliste et sans respect, et de ne pas recevoir les informations appropriées concernant leur maladie et les possibilités de traitement. Dans de nombreux cas, ils ne sont pas autorisés à prendre part au processus de décision, et la remise en question d'un certain traitement est même considérée comme un patient non coopératif. »

Cette revue reprend directement le discours de personne ayant une schizophrénie et qui ont connu un parcours de soin en santé mentale. En faisant participer ces personnes à des recherches qualitatives, les situations problématiques sont décrites par ceux qui les ont vécus et permettent d'identifier les dysfonctionnements. Ces verbatims peuvent venir enrichir d'éventuelle intervention anti-stigma.

Bibliographie

- ❖ Ahn, W., Proctor, C. C., & Flanagan, E. H. (2009). Mental Health Clinicians' Beliefs About the Biological, Psychological, and Environmental Bases of Mental Disorders. *Cognitive Science*, 33(2), 147-182.
- ❖ Angermeyer, M. C., & Dietrich, S. (2006). Public beliefs about and attitudes towards people with mental illness: A review of population studies. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 113(3), 163-179.
- ❖ Cohen, P., & Cohen, J. (1984). The Clinician's Illusion. *Archives of General Psychiatry*, 41(12), 1178-1182.
- ❖ Corrigan, P. W., Druss, B. G., & Perlick, D. A. (2014). The Impact of Mental Illness Stigma on Seeking and Participating in Mental Health Care. *Psychological Science in the Public Interest*, 15(2), 37-70.
- ❖ Corrigan, P. W., & Penn, D. L. (1999). Lessons from social psychology on discrediting psychiatric stigma. *American Psychologist*, 54(9), 765-776.
- ❖ Fiske, S. (1998). Stereotyping, prejudice, and discrimination. In *The Handbook of Social Psychology* (p. 357– 411). DT Gilbert, ST Fiske.
- ❖ Gerlinger, G., Hauser, M., De Hert, M., Lacluyse, K., Wampers, M., & Correll, C. U. (2013). Personal stigma in schizophrenia spectrum disorders: A systematic review of prevalence rates, correlates, impact and interventions. *World Psychiatry*, 12(2), 155-164.
- ❖ Goffman, E. (1963). *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*.
- ❖ Johns, L. C., & van Os, J. (2001). The continuity of psychotic experiences in the general population. *Clinical Psychology Review*, 21(8), 1125-1141.
- ❖ Larkings, J. S., & Brown, P. M. (2018). Do biogenetic causal beliefs reduce mental illness stigma in people with mental illness and in mental health professionals? A systematic review. *International Journal of Mental Health Nursing*, 27(3), 928-941.
- ❖ Lebowitz, M. S., & Ahn, W. (2014). Effects of biological explanations for mental disorders on clinicians' empathy. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 111(50), 17786-17790.
- ❖ Linden, M., & Kavanagh, R. (2012). Attitudes of qualified vs student mental health nurses towards an individual diagnosed with schizophrenia. *Journal of Advanced Nursing*, 68(6), 1359-1368.

- ❖ Link, B. G., Struening, E. L., Rahav, M., Phelan, J. C., & Nuttbrock, L. (1997). On Stigma and Its Consequences: Evidence from a Longitudinal Study of Men with Dual Diagnoses of Mental Illness and Substance Abuse. *Journal of Health and Social Behavior*, 38(2), 177.
- ❖ Loch, A. A., Hengartner, M. P., Guarniero, F. B., Lawson, F. L., Wang, Y.-P., Gattaz, W. F., & Rössler, W. (2013). The more information, the more negative stigma towards schizophrenia: Brazilian general population and psychiatrists compared. *Psychiatry Research*, 205(3), 185-191.
- ❖ Lysaker, P. H., Tsai, J., Yanos, P., & Roe, D. (2008). Associations of multiple domains of self-esteem with four dimensions of stigma in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 98(1), 194-200.
- ❖ Lysaker, P. H., Vohs, J. L., & Tsai, J. (2009). Negative symptoms and concordant impairments in attention in schizophrenia: Associations with social functioning, hope, self-esteem and internalized stigma. *Schizophrenia Research*, 110(1), 165-172.
- ❖ Mestdagh, A., & Hansen, B. (2014). Stigma in patients with schizophrenia receiving community mental health care: A review of qualitative studies. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 49(1), 79-87.
- ❖ Moher, D. (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *Annals of Internal Medicine*, 151(4), 264.
- ❖ Mussweiler, T. (2003). Comparison processes in social judgment: Mechanisms and consequences. *Psychological Review*, 110(3), 472-489.
- ❖ Paluck, E. L., Green, S. A., & Green, D. P. (2019). The contact hypothesis re-evaluated. *Behavioural Public Policy*, 3(2), 129-158.
- ❖ Pavon, G., & Vaes, J. (2017). Bio-genetic vs psycho-environmental conceptions of schizophrenia and their role in perceiving patients in human terms. *Psychosis: Psychological, Social and Integrative Approaches*, 9(3), 245-253.
- ❖ Pettigrew, T. F., Tropp, L. R., Wagner, U., & Christ, O. (2011). Recent advances in intergroup contact theory. *International Journal of Intercultural Relations*, 35(3), 271-280.
- ❖ Read, J., Haslam, N., Sayce, L., & Davies, E. (2006). Prejudice and schizophrenia: A review of the « mental illness is an illness like any other » approach. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 114(5), 303-318.
- ❖ Schomerus, G., Matschinger, H., & Angermeyer, M. C. (2014). Causal beliefs of the public and social acceptance of persons with mental illness: A comparative analysis of schizophrenia, depression and alcohol dependence. *Psychological Medicine*, 44(2), 303-314.

- ❖ Schulze, B. (2007). [Stigma and mental health professionals: A review of the evidence on an intricate relationship.](#) *International Review of Psychiatry*, 19(2), 137-155.
- ❖ Sharaf, A. Y., Ossman, L. H., & Lachine, O. A. (2012). [A cross-sectional study of the relationships between illness insight, internalized stigma, and suicide risk in individuals with schizophrenia.](#) *International Journal of Nursing Studies*, 49(12), 1512-1520.
- ❖ Thornicroft, G., Rose, D., & Mehta, N. (2010). [Discrimination against people with mental illness: What can psychiatrists do?](#) *Advances in Psychiatric Treatment*, 16(1), 53-59.
- ❖ Valery, K.-M., & Prouteau, A. (2020). [Schizophrenia stigma in mental health professionals and associated factors: A systematic review.](#) *Psychiatry Research*, 290, 113068.
- ❖ Violeau, L., Valery, K.-M., Fournier, T., & Prouteau, A. (2020). [How continuum beliefs can reduce stigma of schizophrenia: The role of perceived similarities.](#) *Schizophrenia Research*, 220, 46-53.
- ❖ WHO | [Mental health action plan 2013—2020.](#) (s. d.). WHO. Consulté 24 avril 2019, à l'adresse
- ❖ Wittchen, H. U., Jacobi, F., Rehm, J., Gustavsson, A., Svensson, M., Jönsson, B., Olesen, J., Allgulander, C., Alonso, J., Faravelli, C., Fratiglioni, L., Jennum, P., Lieb, R., Maercker, A., van Os, J., Preisig, M., Salvador-Carulla, L., Simon, R., & Steinhausen, H.-C. (2011). [The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010.](#) *European Neuropsychopharmacology*, 21(9), 655-679.
- ❖ Zaninotto, L., Rossi, G., Danieli, A., Frasson, A., Meneghetti, L., Zordan, M., Tito, P., Salvetti, B., Conca, A., Ferranti, R., Salcuni, S., & Solmi, M. (2018). [Exploring the relationships among personality traits, burnout dimensions and stigma in a sample of mental health professionals.](#) *Psychiatry Research*, 264, 327-333.

Ce document a été réalisé dans le cadre de la recherche appliquée « Résister au stigma dans le handicap psychique : un programme co-produit par les personnes souffrant de schizophrénie, leurs familles et les professionnels » mise en œuvre par le Laboratoire de Psychologie EA 41 39 de l'Université de Bordeaux. Ce travail a été réalisé par Pr. Antoinette Prouteau et Kévin-Marc Valery.

L'objectif de cette revue de littérature est de rendre compte des connaissances actuelles en recherche appliquée sur les questions des variables associées à la stigmatisation de la schizophrénie chez les professionnels de santé mentale.