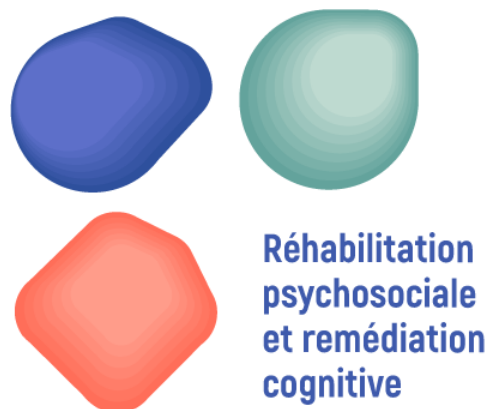


Auto-stigmatisation, accès aux soins et rétablissement



CRR 12/10/2020

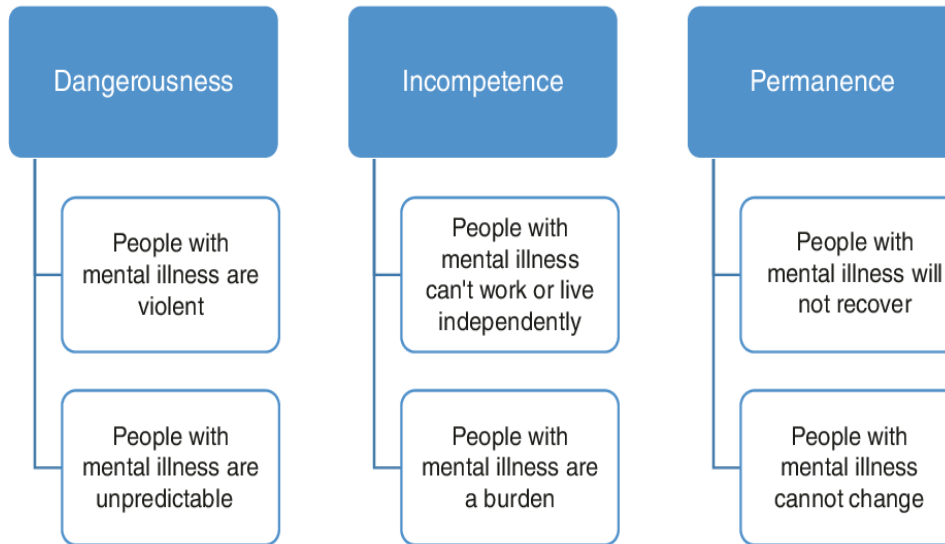
fondation
fondaMental
Réseau de
coopération scientifique
en santé mentale

STIGMATISATION ET AUTO- STIGMATISATION

Stigmatisation et Troubles Psychiques Sévères

- 1^{ère} définition par Irving Goffman (1963) complétée par Crocker (1998): « attribut ou caractéristique renvoyant à une identité sociale dévaluée dans un contexte particulier »
- 5 composantes au processus de stigmatisation selon Link et Phelan (2001): distinguer et étiqueter des différences entre deux groupes sociaux; association de ces différences à des stéréotypes négatifs; distinction entre « nous » et « eux »; perte de statut social et discrimination
- Les différentes formes de stigmatisation
 - Stigmatisation publique
 - Stigmatisation perçue
 - Stigmatisation expérimentée et anticipée
 - Stigmatisation structurelle
 - Stress lié à la stigmatisation
 - Auto-stigmatisation
 - Stigmatisation par association

Stigmatisation publique



Roelandt, 2009; Durand-Zaleski, 2012; Sheehan, 2017

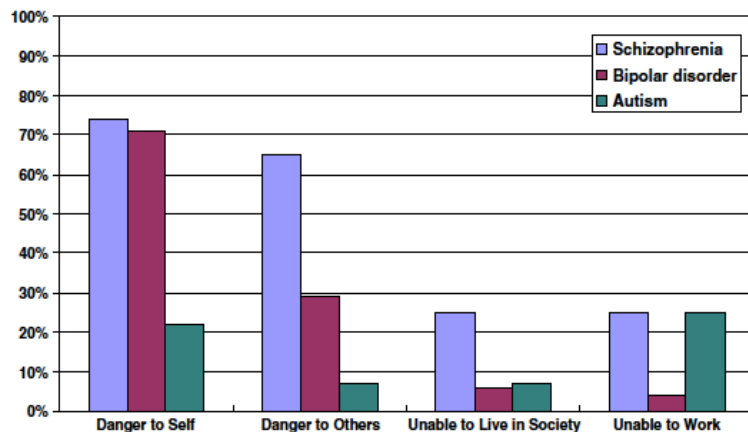
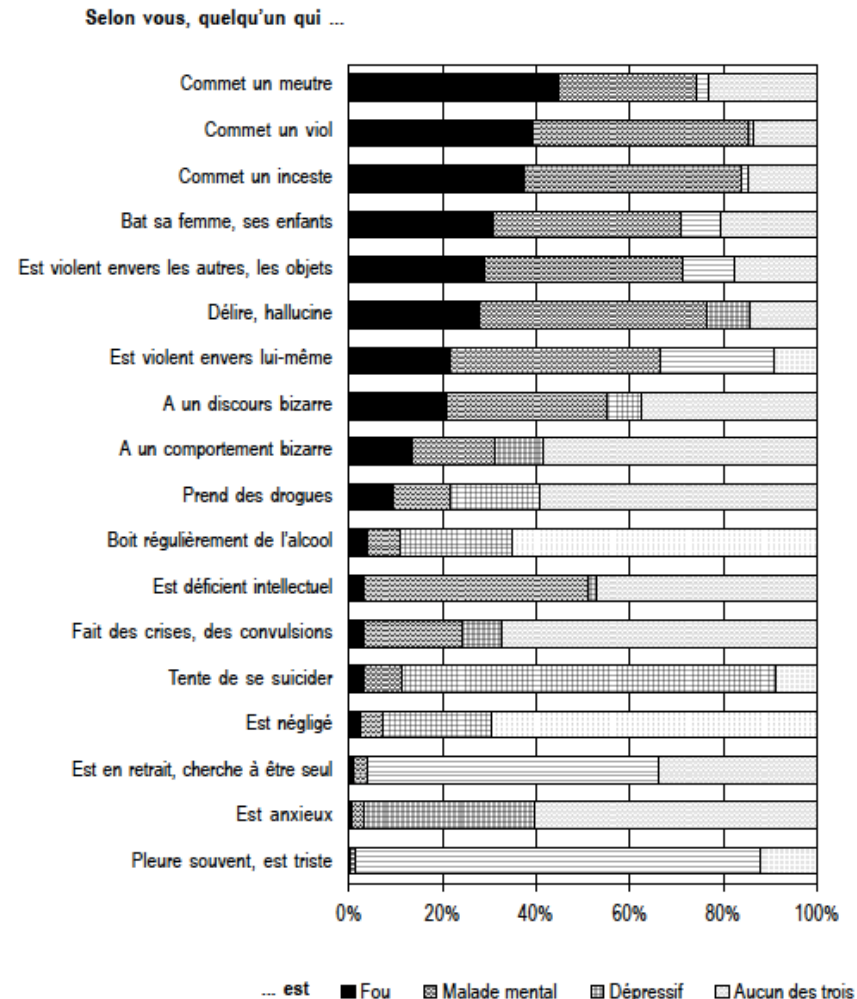


Figure 1 Respondents endorsement of levels of dangerous and social disabilities of individuals with schizophrenia, bipolar disorders and autism.

G
04

comportements et attitudes
associés aux termes : « fou », « malade mental » et « dépressif »



Lecture : 87 % des personnes interrogées pensent que quelqu'un qui pleure souvent, qui est triste, est « dépressif ».
Champ : France métropolitaine – Personnes âgées de 18 ans et plus.

Source : Enquête SMPG – Ministère de la Santé et de la protection sociale, Drees-Asep-CCOMS-EPSM Lille-Métropole - Exploitation Drees.

Stigmatisation publique

Imprévisibilité= 70%

Dangerosité pour soi= 76%

Dangerosité pour les autres=53%

Productivité moindre=51%

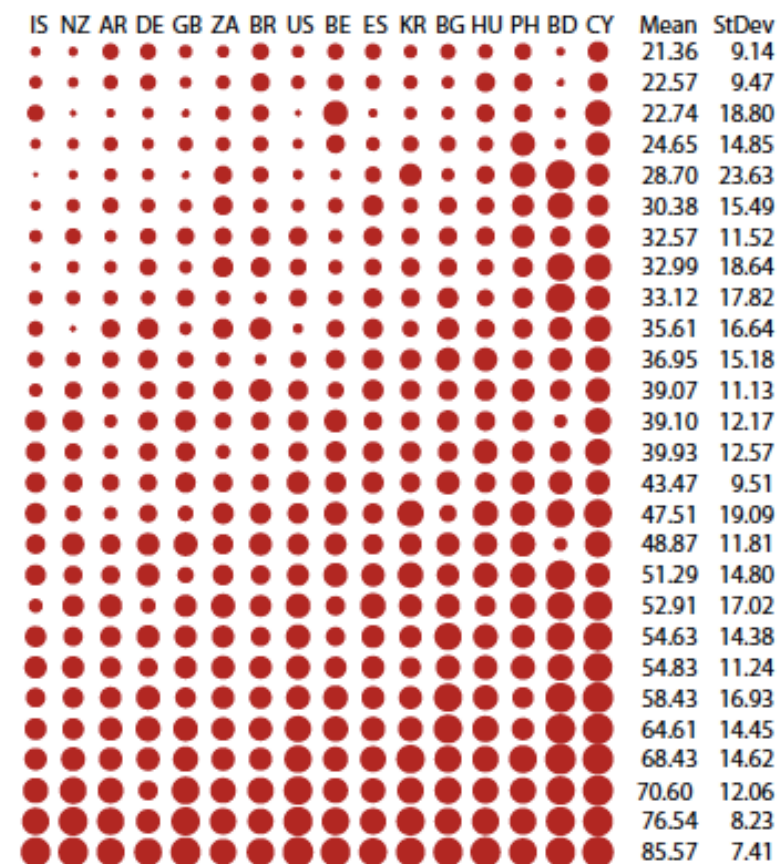
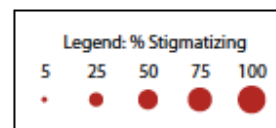
Ne devraient pas avoir la garde de leurs enfants= 85%

Ne devraient pas exercer comme enseignant= 58%

Ne devraient pas occuper des fonctions managériales= 58%

Stigmatisation plus marquée en Asie du Sud-Est et en Europe du Sud / Est

1. Family should keep secret
2. Should be afraid to tell others
3. Should feel embarrassed
4. Treatment makes an outsider
5. Not as intelligent
6. Shouldn't be hired
7. Makes me uncomfortable
8. Shouldn't have children
9. Unwilling to have as neighbor
10. Little hope of being accepted
11. Unwilling to make friends
12. Makes me nervous
13. Lose friends due to treatment
14. Unwilling to socialize with
15. Unwilling to work closely
16. Not as trustworthy
17. Treatment limits opportunities
18. Not as productive
19. Likely to be violent to others
20. Shouldn't hold public office
21. Hard to talk to
22. Shouldn't supervise others
23. Shouldn't teach children
24. Unwilling to have as in-law
25. Unpredictable
26. Likely to be violent to self
27. Unwilling to care for children



Note. AR = Argentina (South America; n = 1420); BD = Bangladesh (Asia; n = 1501); BE = Belgium (Europe; n = 1166); BG = Bulgaria (Europe n = 1121); BR = Brazil (South America; n = 1522); CY = Cyprus (Europe; n = 804); DE = Germany (Europe; n = 1255); ES = Spain (Europe; n = 1206); GB = Great Britain (Europe; n = 1030); HU = Hungary (Europe; n = 1252); IS = Iceland (Europe; n = 1033); KO = South Korea (Asia; n = 1003); NZ = New Zealand (Australia; n = 1020); PH = Philippines (Asia; n = 1200); US = United States (North America; n = 1425); ZA = South Africa (Africa; n = 1550). Area of circle corresponds to percentage stigmatizing on each item in each country. The sample sizes were n = 6542 for schizophrenia and n = 6539 for depression.

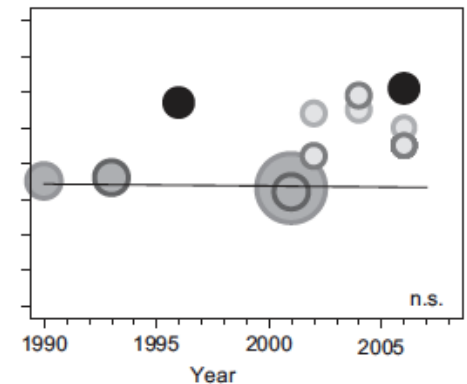
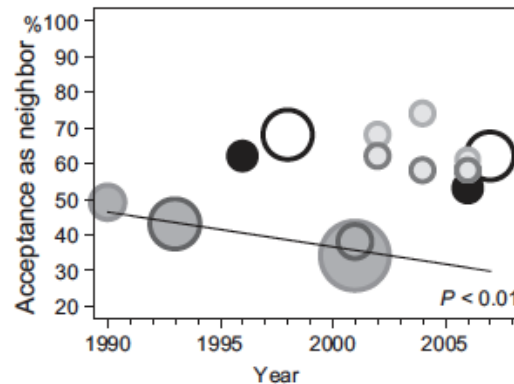
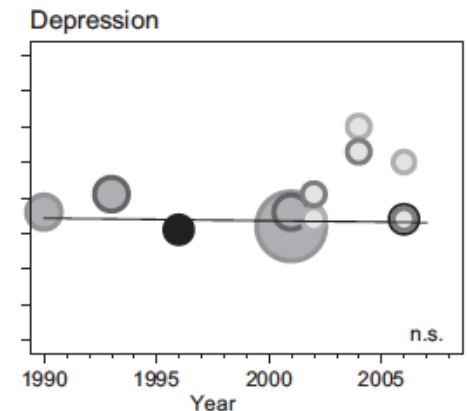
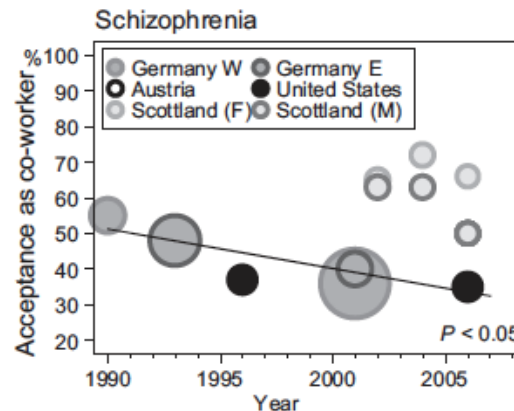
FIGURE 2—Public response to stigma items for (a) schizophrenia and (b) depression: Stigma in Global Context—Mental Health Study, 2004–2012.

Stigmatisation publique

Préjugés stables dans le temps

Attributions causales plus biomédicales : 61-71% pour les causes génétiques et 76-87% pour les anomalies de la neurotransmission aux USA entre 1996 et 2006

Attitudes plus négatives envers les personnes avec schizophrénie



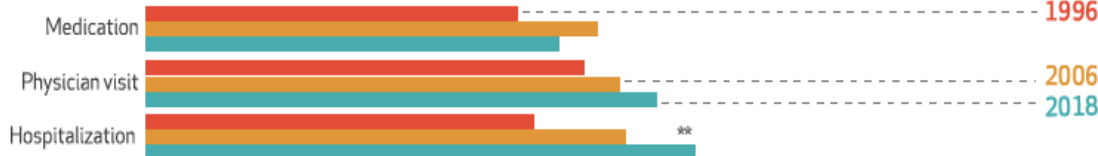
Unadjusted percent of respondents to the 1996, 2006, and 2018 National Stigma Studies who rated the potential for violence of, and their support for coerced treatment for, people with mental illness in study vignettes

SCHIZOPHRENIA

Perceived potential for violence



Support for coerced treatment



Amélioration de l'image de la psychiatrie

Mais moins d'acceptation des lieux de soins en ville et soutien plus marqué aux mesures de contrainte

Mental health-related stigma in health care and mental health-care settings



Claire Henderson, Jo Noblett, Hannah Parke, Sarah Clement, Alison Caffrey, Oliver Gale-Grant, Beate Schulze, Benjamin Druss, Graham Thornicroft

This Review considers the evidence for mental-health-related stigma in health-care and mental-health-care settings. Do mental-health-care and other health-care professionals stigmatise people using their services? If so, what are the effects on quality of mental and physical health care? How can stigma and discrimination in the context of health care be reduced? We show that the contact mental-health-care professionals have with people with mental illness is associated with positive attitudes about civil rights, but does not reduce stigma as does social contact such as with friends or family members with mental illness. Some evidence suggests educational interventions are effective in decreasing stigma especially for general health-care professionals with little or no formal mental health training. Intervention studies are needed to underpin policy; for instance, to decrease disparity in mortality associated with poor access to physical health care for people with mental illness compared with people without mental illness.

Lancet Psychiatry 2014;
1: 467-82

See Online for podcast interview
with Claire Henderson

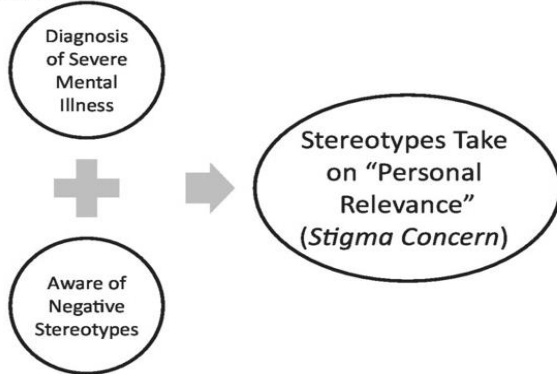
Health Service and Population
Research Department, Institute
of Psychiatry, Psychology and
Neuroscience, King's College
London, London, UK
(C Henderson PhD, H Parke MSc,
S Clement PhD,
Prof G Thornicroft); Springfield

- **soins somatiques**: moindre accès à des soins de qualité standard (par ex, attribution des symptômes à la pathologie psychiatrique et non réalisation d'examens complémentaires)
- Dangersité potentielle estimée par les MG et les pharmaciens =77 et 90% (Baromètre UNAFAM)
- **soins psychiatriques**: vision pessimiste des possibilités d'évolution, désir de distance sociale, tendance à la « surprotection » (non-adressage à une structure de réinsertion professionnelle par ex,..)
- Attitudes stigmatisantes souvent implicites (« automatic stigma ») pouvant persister y compris chez des professionnels aux pratiques orientées vers le rétablissement (ACT; Stull, 2013; Brener, 2013)

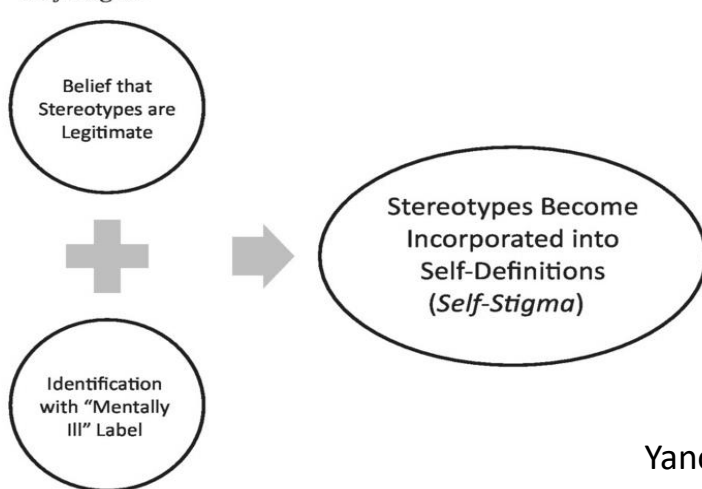
Stigmatisation structurelle

- Lois ou pratiques restreignant la liberté des personnes avec TPSP (droit de vote, de siéger dans un jury, d'exercer des responsabilités ou encore d'avoir la garde de ses enfants)
- Budget moindre accordé au domaine de la santé mentale en comparaison des autres problématiques de santé et attitudes négatives de l'opinion publique, peu encline à préserver les ressources allouées à la santé mentale des restrictions budgétaires en cas de crise financière (10% des personnes interrogées en Allemagne en 2001 pour la schizophrénie et la dépression contre 80% pour le cancer)
- Traitement médiatique des personnes avec TPSP
 - Usage métaphorique dans 73.9% des cas (pour illustrer l'incohérence supposée ou la bizarrerie d'un comportement par ex)
 - Dans les usages non-métaphoriques: prédominance des thèmes relatifs à la violence / dangerosité (63,2%)
 - En France, usage métaphorique dans 56,3% des articles
 - Lien avec la violence / dangerosité dans les usages non-métaphoriques (11%; presse nationale; 58% PQR)

Step 1: Awareness of Stigma's Personal Relevance After Diagnosis Leads to Stigma Concern



Step 2: Belief in Legitimacy of Stereotypes and Identification with the Label Lead to Self-Stigma



Yanos, 2019

Stigmatisation perçue

69.4% sur 1229 participants avec schizophrénie et 71.6 % des 1182 participants avec troubles de l'humeur inclus dans l'étude GAMIAN-Europe

Brohan, 2010 ; 2011

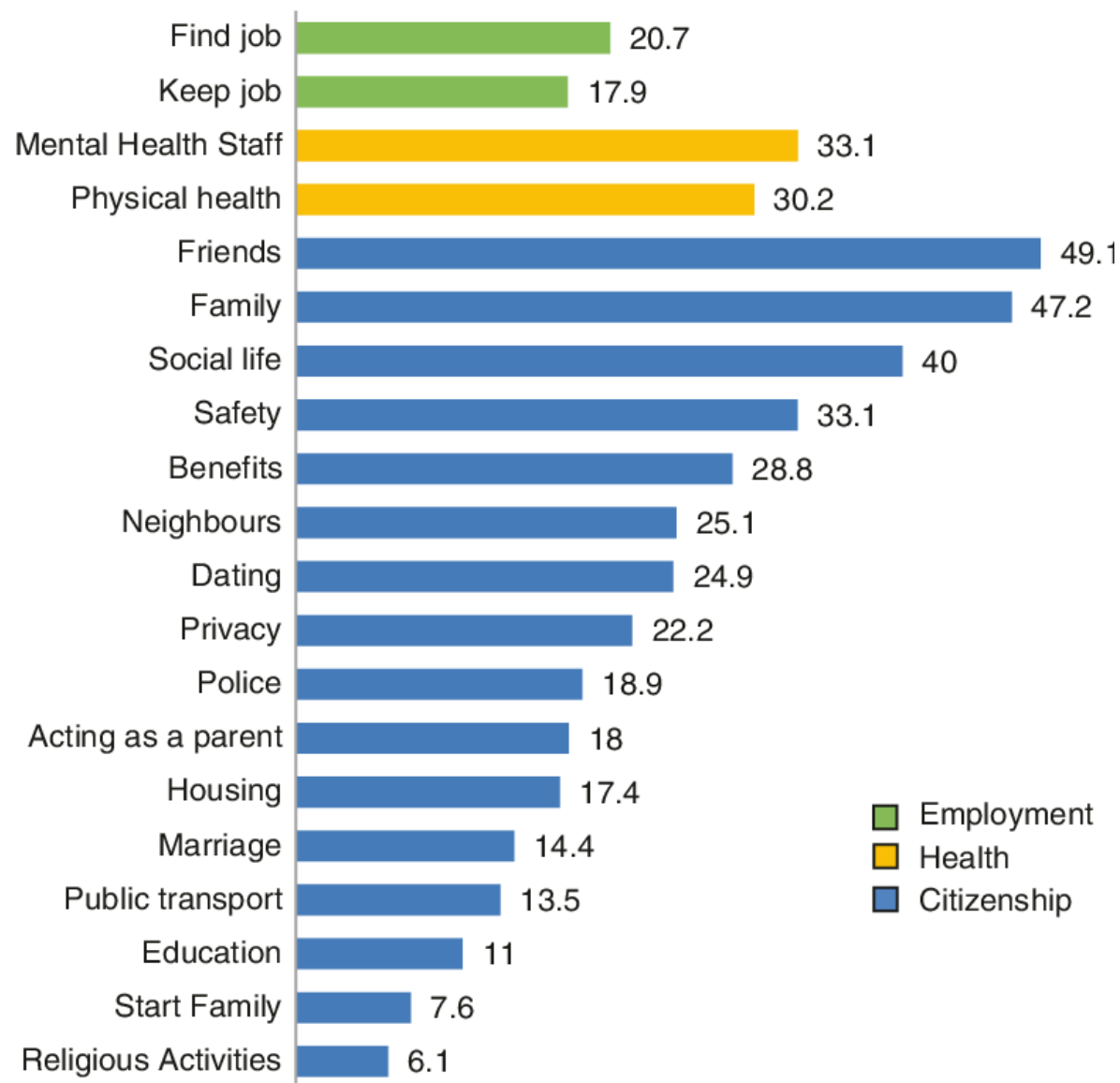
Conséquences:

- Augmentation du stress lié à la stigmatisation chez les UHR
- Allongement de la DUP, symptômes plus sévères, altération du fonctionnement psychosocial, moindre avancée dans le processus de rétablissement
- Stigmatisation anticipée et utilisation plus fréquente de stratégies d'évitement

Rusch, 2014; Zaské, 2018; Mueser, 2019

« Tout ce que je connaissais, c'était les stéréotypes que j'avais vus à la télévision ou dans les films. Pour moi, les maladies mentales, c'était le Dr Jekyll et M. Hyde, les tueurs en série psychopathes, l'asile de fous, les imbéciles, les schizos, les dingues, les cinglés, la camisole et les fous délirants. C'était tout ce que je savais sur les maladies mentales, et ce qui m'a effrayée, c'est que les professionnels disaient que j'étais l'une d'entre eux. » (Deegan, 1993)

Stigmatisation expérimentée et anticipée



Discrimination avérée mais aussi
« micro-agressions »

Joseph, 2015; Gonzales, 2015

72% des usagers anticipent d'être
stigmatisé en cas de divulgation des
troubles

Anticipation d'être stigmatisé dans
la recherche d'emploi / les relations
sentimentales: 64 et 65%

33% anticipent d'être stigmatisés
sans expérience préalable de
discrimination

Thornicroft,

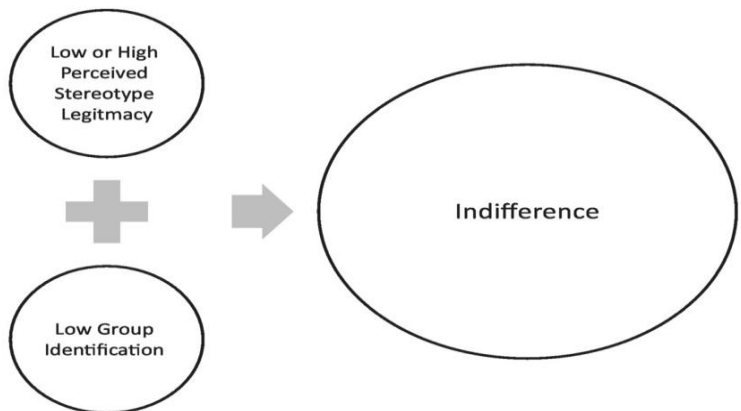
2009

Présence chez les personnes avec
troubles psychiatriques débutants
(50-70%)

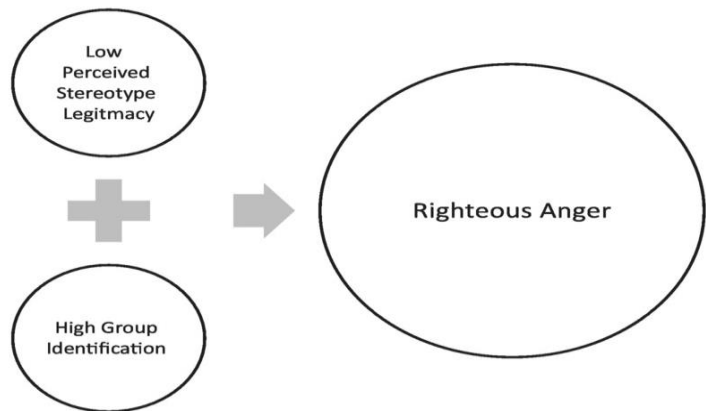
Altération de l'estime de soi et de la
qualité de vie

Tarrier, 2009; Moses, 2011; 2014

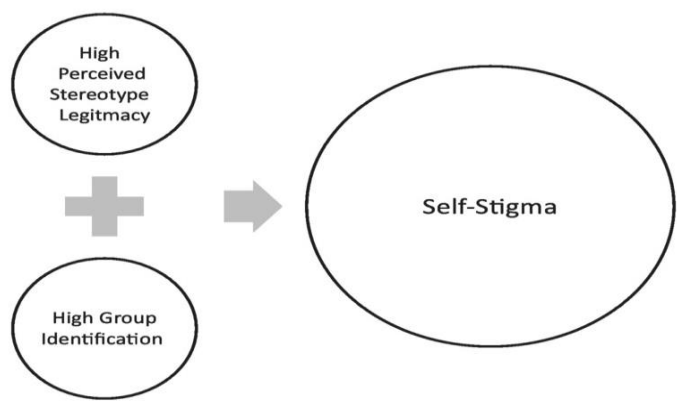
Response 1: Indifference



Response 2: Righteous Anger



Response 3: Self-Stigma



Réactions possibles

Stress lié à la stigmatisation: préjudice > ressources disponibles

Augmenté par la stigmatisation perçue et sa légitimité, la sensibilité au rejet social et l'identification groupale négative

Rusch, 2009

Conséquences du stress lié à la stigmatisation

- i) un sentiment de honte ; ii) une anxiété sociale plus marquée ; iii) un recours plus fréquent à des stratégies d'évitement en situation sociale ; iv) une perte d'estime de soi et un sentiment de désespoir ; v) une altération du fonctionnement social

Facteur de risque de l'auto-stigmatisation

Rusch, 2009; 2013; Xu, 2018

L'auto-stigmatisation : mécanisme et conséquences

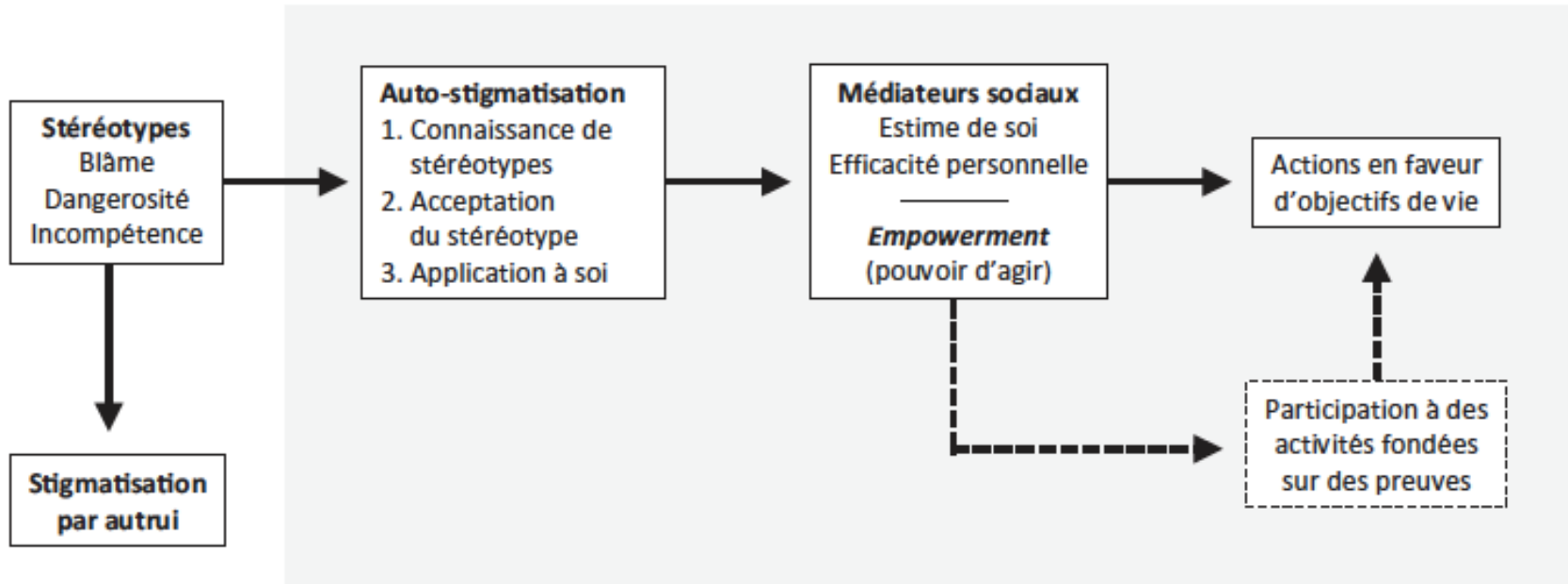


Figure 10.1. Le « why try effect ».

(D'après Corrigan PW et al. World Psychiatry 2009 ; 8 : 75–81.)

« Je me suis perçue, à juste titre, malheureusement, comme ayant un trouble psychique sévère et donc comme reléguée à ce que j'ai appelé « les déchets sociaux ». Je me torturais avec la pensée persistante et répétitive que tous les gens que je rencontrerais, mêmes les étrangers absolus, ne m'aimeraient pas et souhaiteraient que les personnes malades mentales comme moi n'existent pas. A cause de cette pensée, j'aurais pu faire des choses comme m'éloigner des autres aux arrêts de bus, me cacher et ramper vers les coins les plus éloignés du métro. Me percevant moi-même comme un déchet, j'aurais même pu changer de trottoir lorsque je croisais d'autres personnes, en pensant leur montrer le respect dû aux personnes d'une classe sociale plus élevée. Cette dernière catégorie comprenait, bien sûr, tous les autres êtres humains. » (Kathleen Gallo, 1994)

Facteurs favorisant l'auto-stigmatisation

- Résultats contrastés pour la plupart des variables sociodémographiques (âge, genre, niveau d'études, emploi, statut marital, sources de revenus...) ou en lien avec la pathologie (âge de début des troubles, diagnostic psychiatrique, durée de la maladie, nombre d'hospitalisations en psychiatrie, soins sous contrainte ou en milieu carcéral)
- Insight (n=23), fonctionnement cognitif et métacognitif (n=13), sentiment d'efficacité personnelle (n=13), stratégies de coping (n=8), symptômes psychiatriques résiduels (n=44)
- Environnement social (n=10) et soutien social perçu (n=17)
- Stigmatisation (publique, perçue, expérimentée ou anticipée) y compris par les professionnels de santé mentale
 - Stress en lien avec la stigmatisation et réactions émotionnelles négatives suite à une hospitalisation sous contrainte
- Facteurs moins étudiés: PTSD associé, effets secondaires des traitements, traits de personnalité évitants, statut parental, être immigré récemment...

Auto-stigmatisation dans les troubles débutants

- L'auto-identification comme personne présentant des troubles psychiatriques débutants peut contribuer à l'auto-stigmatisation (stigma lié aux symptômes > stigma lié aux soins psychiatriques)
Moses, 2009; Yang, 2015
- Se percevoir comme « à risque de transition psychotique » (« self-labelling ») entraîne une altération du bien-être et de l'estime de soi, un isolement social et à des risques suicidaire et de transition psychotique augmentés
Rusch, 2014; 2015; Xu, 2016a; 2016b
- Effet positifs liés à l'auto-identification: soulagement, attitudes plus favorables par rapport à la prise d'un traitement médicamenteux
Yang, 2015; Xu, 2015
- Rôle majeur du stress lié à la stigmatisation
Rusch, 2014; 2015; Xu, 2016a; 2016b
- Auto-stigmatisation identique dans les UHR et la schizophrénie
Pyle, 2015
- Conséquences: symptômes psychiatriques plus marqués, un retentissement supérieur des symptômes UHR, recours moindre aux soins, altération du bien-être et de l'estime de soi et risque suicidaire augmenté

Auto-stigmatisation et facteurs culturels

- Stigmatisation expérimentée identique voire supérieure dans les pays en développement
 - Inde et Chine= fréquence moindre de la discrimination vécue mais auto-stigmatisation supérieure aux pays occidentaux
 - Mesures non adaptées ? Ou retrait social plus marqué ?
Yang, 2014a; 2014b; Koschkorke, 2014; Lv, 2013; Li, 2017
- Auto-stigmatisation plus marquée dans les pays Asiatiques, en Afrique et au Moyen Orient
 - attribution de la pathologie à des causes surnaturelles ou des causes morales / sociales
 - Traitement traditionnel
 - Sentiment de honte si incapacité à remplir des rôles sociaux culturellement valorisés (« what matters most ») comme l'emploi, le mariage ou le fait d'avoir des enfants
 - Peur de perdre la face dans les pays asiatiques
 - Peur des conséquences d'une divulgation des troubles sur le statut social et économique des proches
 - Rôle des effets secondaires extra-pyramidaux pour les pays Africains
- Importance de prendre en compte les facteurs culturels dans la réduction de la stigmatisation et de l'auto-stigmatisation (par ex, décision de divulguer ou non)

Auto-stigmatisation et évolution longitudinale

- Auto-stigmatisation élevée à V0:
 - symptômes positifs plus marqués
 - anxiété sociale
 - dépression,
 - Idées suicidaires
 - faible adhésion au traitement
 - risque plus élevé de ré-hospitalisation
 - Estime de soi diminuée
 - Coping évitant
 - Fonctionnement social et professionnel altérés
 - Bénéfices moindres du soutien à l'emploi
 - Rétablissement moins avancé
- Augmentation de l'auto-stigmatisation pendant le suivi: dépression, idées suicidaires, adhésion au traitement et estime de soi diminués, fonctionnement social altéré
- Réduction de l'auto-stigmatisation: amélioration de la dépression, des idées suicidaires, de l'estime de soi et du fonctionnement psychosocial

Cite this article: Dubreucq J, Plasse J, Gabayet F, Faraldo M, Blanc O, Chereau I, Cervello S, Couhet G, Demily C, Guillard-Bouhet N, Gouache B, Jaafari N, Legrand G, Legros-Lafarge E, Pommier R, Quilès C, Straub D, Verdoux H, Vignaga F, Massoubre C, Franck N, REHABase Network (2019). Self-stigma in serious mental illness and autism spectrum disorder: Results from the REHABase national psychiatric rehabilitation cohort. *European Psychiatry*

<https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2019.12>

Self-stigma in serious mental illness and autism spectrum disorder: Results from the REHABase national psychiatric rehabilitation cohort

Abstract

Background. Self-stigma is a major issue in serious mental illness (SMI) and is negatively associated with patient outcomes. Most studies have been conducted in schizophrenia (SZ). Less is known about self-stigma in other SMI and autism spectrum disorder (ASD). The objectives of this study are: (i) to assess the frequency of self-stigma in a multicentric nonselected psychiatric rehabilitation SMI and ASD sample; and (ii) to investigate the correlates of elevated self-stigma in different SMI conditions and in ASD.

Methods. A total of 738 SMI or ASD outpatients were recruited from the French National Centers of Reference for Psychiatric Rehabilitation cohort (REHABase). Evaluations included sociodemographic data, illness characteristics, and standardized scales for clinical severity, quality of life, satisfaction with life, wellbeing, personal recovery, a large cognitive battery, and daily functioning assessment.

Results. 31.2% of the total sample had elevated self-stigma. The highest prevalence (43.8%) was found in borderline personality disorder and the lowest (22.2%) in ASD. In the multivariate analysis, elevated self-stigma was best predicted by early stages of personal recovery (moratorium, $p = 0.001$, OR = 4.0 [1.78–8.98]; awareness, $p = 0.011$, OR = 2.87 [1.28–6.44]), history of suicide attempt ($p = 0.001$, OR = 2.27 [1.37–3.76]), insight ($p = 0.002$, OR = 1.22 [1.08–1.38]), wellbeing ($p = 0.037$, OR = 0.77 [0.60–0.98]), and satisfaction with interpersonal relationships ($p < 0.001$, OR = 0.85 [0.78–0.93]).

Conclusions. The present study has confirmed the importance of addressing self-stigma in SMI and ASD patients enrolled in psychiatric rehabilitation. The effectiveness of psychiatric rehabilitation on self-stigma and the potential mediating effects of changes in self-stigma on treatment outcomes should be further investigated.

Results: 54.1% of the total sample had elevated SR. Elevated SR was associated with a preserved executive functioning, a lower insight into illness and all recovery-related outcomes in the univariate analyses. In the multivariate analysis adjusted by age, gender and self-stigma, elevated stigma resistance was best predicted by the later stages of personal recovery (rebuilding; $p=0.004$, $OR=2.89$ [1.36-4.88]; growth; $p=0.005$, $OR=2.79$ [1.30-4.43]).

Conclusion: The present study has indicated the importance of addressing stigma resistance in patients enrolled in psychiatric rehabilitation. Recovery-oriented psychoeducation, metacognitive therapies and family interventions might improve SR and protect against insight-related depression. The effectiveness of psychiatric rehabilitation on SR and the potential mediating effects of changes in SR on treatment outcomes should be further investigated.

Stigma resistance is associated with later stages of personal recovery in people with

Serious Mental Illness enrolled in psychiatric rehabilitation

Running title: Stigma Resistance in Serious Mental Illness

Influence des fonctions
exécutives et de la satisfaction
dans les relations familiales sur
la résistance à la stigmatisation

Médiation par la SR des effets de
l'insight sur le bien-être et le
rétablissement

<i>Predictors (n = 421)</i>	Elevated stigma resistance			
	Odds Ratios	CI	Statistic	p
(Intercept)	1,03	0.45 – 2.39	0,08	0,938
STORI : 2- Awareness (ref : 1 - Moratorium)	1,4	0.72 – 2.73	0,98	0,328
STORI : 3- Preparation (ref : 1 - Moratorium)	1,2	0.58 – 2.49	0,49	0,628
STORI : 4- Rebuilding (ref : 1 - Moratorium)	2,56	1.36 – 4.88	2,89	0,004
STORI : 5- Growth (ref : 1 - Moratorium)	2,39	1.30 – 4.43	2,79	0,005
ISMI (without stigma resistance)	0,67	0.43 – 1.04	-1,78	0,075
Gender: Female	0,71	0.47 – 1.09	-1,56	0,119
Age at the time of admission	0,99	0.97 – 1.01	-0,66	0,506

Logistic regression adjusted by ISMI (without stigma resistance), gender and age at the time of admission.
 $\chi^2(7) = 26.32$, $p = 0.00$

Stigmatisation par association

- Envers les proches
 - Stéréotypes: attribution d'une responsabilité dans l'apparition ou la récurrence des troubles, peur de l'hérédité des troubles
 - Stigmatisation perçue pour 20-50% des proches
 - Conséquences: sentiment de honte pour 20 à 50% des proches; augmentation du fardeau lié aux TPSP, particulièrement en cas de recours à des stratégies adaptatives inefficaces (auto-dévalorisation, déni, désengagement ; niveau plus élevé d'émotions exprimées ; évitement des contacts sociaux

Corrigan, 2006; Mak et al., 2008 ; Wong et al., 2009 ; Moses et al., 2011 ; Krupchanka et al., 2016; Van der Sanden et al ; 2013; Gupta et al., 2016

- Envers les professionnels de santé mentale
 - Stéréotypes: dévalorisation de leur profession et attribution de problèmes personnels de santé mentale
 - Stigmatisation perçue > 50%
 - Conséquences: élévation du risque de burnout lui-même associé à une stigmatisation perçue plus forte chez les usagers et à l'auto-stigmatisation

Verhaeghe et Bracke, 2012; Stuart et al., 2015 ; Sebbane et al., 2015 ; Ebsworth et al., 2017; Vayshenker et al., 2018; Yanos et al., 2019

RÉDUIRE L'AUTO-STIGMATISATION

Réduire la stigmatisation publique et structurelle

Strategy	Method and efficacy
Protest	Organizations or individuals protest against stigmatizing public statements, for example, in TV or commercials
	Anecdotal evidence that after protest such statements are withdrawn (e.g., a TV series stopped), but no evidence for improvement of attitudes
Education	To correct erroneous and stigmatizing assumptions/stereotypes, replace myths with facts about mental illness
	Evidence from RCTs that education improves knowledge and attitudes and reduces discriminating behavior
Contact	Cooperative, small-group contact between people with mental illness in recovery and target group members (e.g., local employers); can be combined with education (e.g., a person with mental illness providing information)
	Evidence from RCTs that contact improves attitudes and reduces discriminating behavior

- Campagnes nationales de déstigmatisation: Opening Doors; Opening Minds: Time To Change; See Me; See Change ; One of Us; Beyond Blue et Sane Australia; Like Minds, Like Mine; SISM Rusch et Xu, 2017
- Effet positif sur le traitement médiatique des personnes avec TPSP (Thornicroft, 2013; Whitley et al., 2017) et réduction de la stigmatisation perçue et expérimentée (Angermeyer, 2014; Corker, 2016)
- Augmentation du budget accordé à la recherche en santé mentale et financement de dispositifs innovants (réseau des centres référents, des centres experts, logement et emploi accompagné, etc...)

Après les Food Trucks, un PsyTruck sillonne les routes de l'Isère, la Savoie et la Haute-Savoie

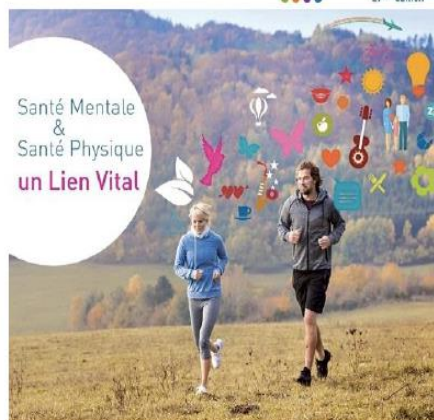
L'initiative se déroule dans le cadre des semaines d'information sur la santé mentale, du 16 au 29 mars 2016. Le "Psy Truck", le "camion des psys" en anglais, va à la rencontre du public pour sensibiliser aux troubles mentaux.



© JEFF PACHOUD / AFP



Semaines d'information
sur la **santé mentale**
14-27 Mars 2016
27^{ème} édition



FINAEDENFEC, ANIMATION, CYBERJOURNALE, CROQUIS, FINÉ DÉBAT, DROTES FILMÉTES



CONTEXTE

Un constat : les journalistes mesurent de plus en plus l'importance de traiter le sujet des troubles mentaux, première cause de handicap dans le monde et pourtant, ils demeurent mal informés sur ces questions.
En région nord - sud-est, la rédaction régionale de recherche en psychiatrie académique a initié un partenariat unique avec l'école supérieure de journalisme.
Collectif : sensibiliser les journalistes et leurs journalistes aux grandes notions de la maladie mentale et de la psychiatrie.

avec ce contexte d'actualité initié par l'association des universités en psychiatrie, les étudiants l'ont journalisés avec : plongée dans l'histoire de la santé mentale, une approche globale qui permettrait également de créer les liens nécessaires de demain.

Les auteurs :

- Alice Andrieux
 - Emma Caillet
 - Charles-Edouard Rousseau
- maître de psychiatrie, faculté de médecine Jean Wernberg université Lille 1



"Schizo", "autiste", "mongolien", faut-il bannir ces mots pour ne plus avoir peur des maladies mentales?

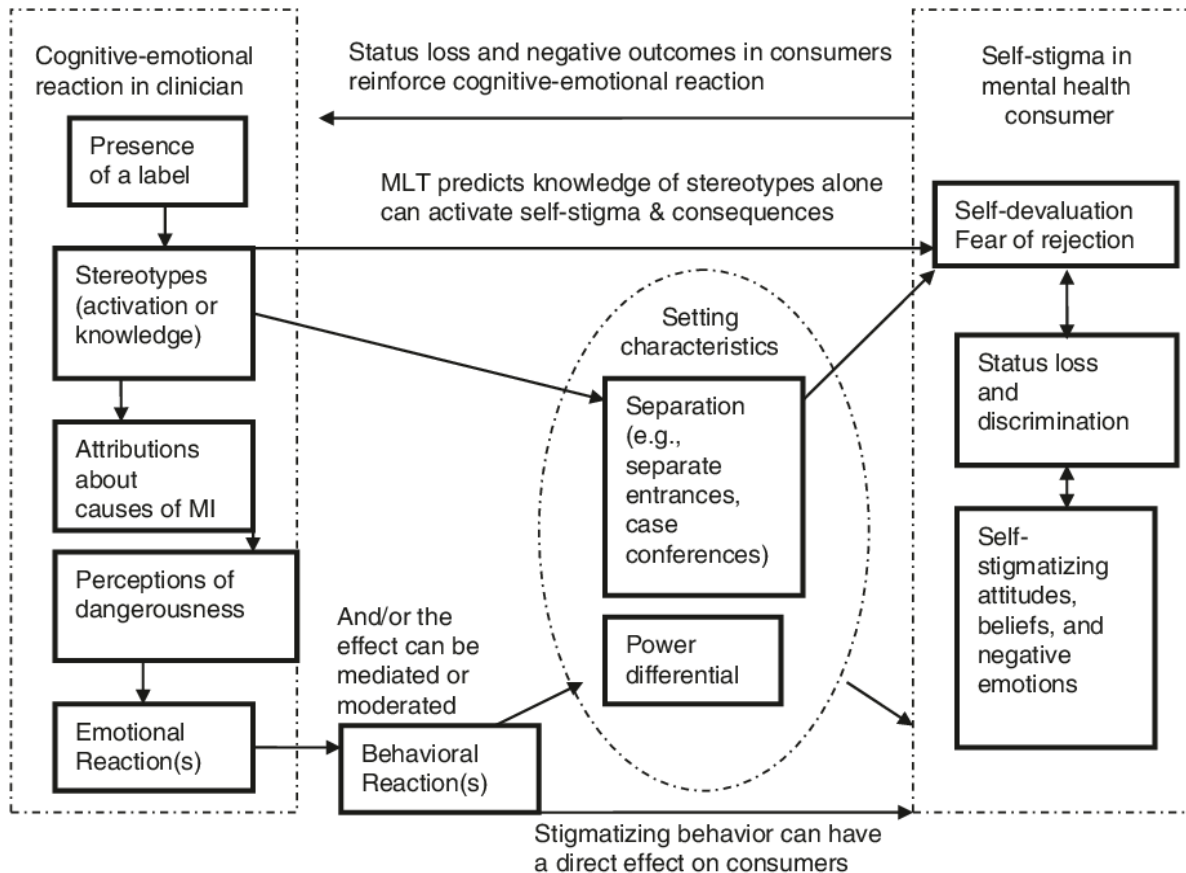
LeHuffPost | Par Annabel Benhaïem

Publication: 11/06/2016 09h26 CEST | Mis à jour: 11/06/2016 22h24 CEST

Diffuser les pratiques orientées vers le rétablissement

Réduire l'auto-stigmatisation

- Créer un environnement favorable au rétablissement (porteur d'espoir, focalisé sur les ressources préservées et soutenant l'auto-détermination)
- Relation horizontale collaborative (10 principes pour une pratique orientée rétablissement)
- Décision médicale partagée (Plan de Crise conjoint)
- Limiter le recours à l'isolement / la contention
- Intégrer des pairs aidants



Objectifs: i) réduire le stress lié à la stigmatisation et les réactions émotionnelles négatives (honte, mépris de soi) suite à une hospitalisation sous contrainte
ii) Prévenir l'auto-stigmatisation et faciliter le rétablissement

Intervenir précocement auprès des personnes et de leurs proches

- Effets longitudinaux de la réhabilitation psychosociale sur l'auto-stigmatisation : (2.31 à 1.93, Harris, 2015; 2.36 to 2.20, Lysaker 2012; 2.11 to 1.96, Pearl, 2016; 2.1 to 2.04; Sibitz, 2011, 1.80 à 1.50, Rusch, 2014)
- **Interventions précoces**
 - Repérage des personnes à risque d'auto-stigmatisation
 - Réduire le stress lié à la stigmatisation et la durée de psychose non traitée
 - Psychoéducation orientée rétablissement (« paradoxe de l'insight »)
 - Développer ou renforcer des stratégies adaptatives efficaces : remédiation cognitive, TCC, entraînement des habiletés sociales (EHS), EHS en milieu professionnel, etc...
 - Intervention de pair-aidants et auprès des aidants (BREF; AVEC; ProFamille)
- **Mais efficacité limitée des équipes d'intervention précoces sur l'auto-stigmatisation** (36.8% à 3 ans; Ho, 2018)

Programmes de réduction de l'auto-stigmatisation

- Programmes associant psychoéducation, restructuration cognitive et entraînement des compétences sociales
 - Narrative Enhancement and Cognitive Therapy (Yanos, 2012)
 - Self-Stigma Reduction Program (Fung, 2011)
 - Ending Self-Stigma (Lucksted, 2011)
- Programmes sur la prise de décision de divulguer ou non son trouble psychique
- Honest, Open and Proud (Corrigan, 2015; Mulfinger, 2018)
- Programme de remédiation de la cognition sociale
- RemedRugby (Dubreucq, 2020, European Psychiatry)
- En association avec un programme d'emploi accompagné
- TCC-SE (Lecomte, 2015)
- Perception du Travail (Dubreucq, 2018)

NECT : QU'EST-CE QUE C'EST ?

Développé par une équipe américaine en 2012, le programme NECT vise à réduire l'auto-stigmatisation et son impact sur les personnes ayant un trouble psychique.

L'auto-stigmatisation revient à internaliser et appliquer à soi des stéréotypes négatifs concernant les troubles psychiques.

Elle est retrouvée chez 41.7% des personnes avec schizophrénie et 21.7% des personnes avec troubles bipolaires. Elle est associée à une moindre adhésion aux soins, une diminution de l'estime de soi et du pouvoir d'agir, une perte d'espoir et une diminution de la qualité de vie.

QUELS SONT LES OBJECTIFS DU PROGRAMME ?

- ✓ Renforcer les capacités à reconnaître les préjugés négatifs concernant les troubles psychiques et à les rejeter ;
- ✓ Modifier certaines croyances dysfonctionnelles pouvant entraver la participation sociale ou l'accès à l'emploi ;
- ✓ Favoriser le développement d'une identité positive au-delà de la maladie et contribuer au processus de rétablissement ;
- ✓ Pouvoir reparler de son vécu suite à une hospitalisation sous contrainte, ou après avoir vécu une mise en chambre d'isolement ;
- ✓ Renforcer le pouvoir d'agir, l'adhésion aux soins et prévenir la survenue de rechutes.

EN PRATIQUE

20 séances d'1h30 par semaine.

En groupe de 4 à 8 personnes et 2 animateurs.

Au Centre de Réhabilitation Psychosociale et de Remédiation Cognitive (C3R).

THEMES

- Stigmatisation, auto-stigmatisation, rétablissement ;
- Préjugés courants relatifs aux troubles psychiques ;
- Remise en question des croyances au sujet de soi, de la maladie et de soi par rapport à la maladie ;
- Divulgaration ou non de son trouble (avantages / inconvénients, comment réaliser une divulgation contrôlée) ;
- Echanges autour de son ressenti par rapport à la pathologie, à la psychiatrie et aux traitements ;
- Construction d'un récit de soi intégrant des pensées alternatives (« j'ai un trouble mais cela ne me définit pas »), des forces et des réussites.

QUI PEUT PARTICIPER ?

Le programme fait l'objet d'une étude de validation.

Critères de participation :

- Âge : de 18 à 50 ans ;
- Diagnostic de schizophrénie, trouble schizophréniforme, trouble schizotypique, trouble schizo-affectif, ou trouble bipolaire de type I ou II ;
- Auto-stigmatisation modérée ou forte (score total ISMI > 2.5).

Critères de non-participation :

- Troubles neurologiques d'origine vasculaire, infectieuse ou neuro-dégénérative ;
- Prise de médicaments à visée somatique ayant un impact cérébral ou psychique (ex : corticoïdes) ;
- Participation simultanée à d'autres programmes ciblant l'auto-stigmatisation ou l'amélioration du fonctionnement social (EHS, RemedRugby).

The effectiveness of narrative enhancement and cognitive therapy: a randomized controlled study of a self-stigma intervention

Lars Hansson¹ · Annika Lexén¹ · Joacim Holmén²

Published in final edited form as:

J Clin Psychol. 2014 April ; 70(4): 303–312. doi:10.1002/jclp.22050.

Narrative Enhancement and Cognitive Therapy (NECT) Effectiveness: A Quasi-Experimental Study

David Roe¹, Ilanit Hasson-Ohayon², Michal Mashiach-Eizenberg³, Oren Derhy⁴, Paul H. Lysaker⁵, and Philip T. Yanos⁶

Effet sur l'auto-stigmatisation, l'espoir et l'estime de soi avec maintien à 6 mois

Objectif principal

Évaluer l'effet du programme NECT sur le fonctionnement social

Objectifs secondaires

évaluer l'impact du programme sur l'auto-stigmatisation, l'intensité des symptômes psychiatriques, l'insight, l'adhésion au traitement médicamenteux, le bien être, la qualité de vie, l'estime de soi, l'avancée dans le processus de rétablissement.



RéHpsy

8 place du conseil national de la
résistance
38400 Saint Martin d'Hères



04 56 58 84 30



contact@rehpsy.fr

site : **www.rehpsy.fr**



C3R

8 place du conseil national de la
résistance
38400 Saint Martin d'Hères



04 56 58 88 00



jdubreucq@ch-alpes-isere.fr

